

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

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

TRAVAUX ORIGINAUX

A TRAVERS LES HOPITAUX DE PARIS.

De l'arthrite tuberculeuse.

Observations prises aux cliniques du Dr MICHAUX, à l'hôpital Beaujon,
par M. Jules JEZIN-PRUNE, M.D. Laval.

L'arthrite tuberculeuse ou la *tumeur blanche*, comme on l'appelle encore, a depuis longtemps attiré l'attention des chirurgiens. Étudiée successivement par Wiseman, en 1676 (*white swelling*), Malgaigne, Laënnec, Velpeau, Cornil, Villemin, Nélaton, Chauveau, Bonnet et une foule d'autres, elle a passé par de nombreuses théories, si bien qu'on en vint à distinguer trois espèces de tumeurs blanches : *La synovite fongueuse, l'abcès froid articulaire et l'arthropathie tuberculeuse*. Les grands travaux de l'anatomie pathologique devaient cependant la ramener à une théorie plus simple, et bientôt, grâce à la bactériologie, l'expérimentation et la découverte du bacille de la tuberculose par Robert Koch en 1882, les tumeurs blanches sont des *arthrites tuberculeuses*, mot qui renferme, outre les synovites fongueuses, la granulie de la séreuse articulaire. En parlant de bacille de Koch, il ne faut pas oublier de prononcer le nom de Toussaint, bactériologiste français qui aurait entrevu ce même bacille plusieurs années avant Robert Koch lui-même.

Cornil et Ranvier font encore une différence entre la tuberculose vraie et les lésions fongueuses ou scrofuleuses. Ils prétendent que ces dernières auraient pour caractère la dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires du cartilage et de l'os voisin, les lésions ultérieures étant d'ordre inflammatoire, consécutives à la nécrobiose graisseuse.

L'arthrite tuberculeuse est donc due à la présence, dans une articulation, du bacille de Koch. Elle peut être due à un état tuberculeux purement local, ou à un état tuberculeux généralisé. Nous avons en ce moment à l'hôpital Beaujon quelques cas d'arthrites tuberculeuses entrant dans ces deux ordres de choses; nous reviendrons plus tard sur leur histoire et sur la marche de la maladie.

Dans le cas où le patient serait déjà tuberculeux, il est facile de trouver des traces de tuberculose dans les autres organes; c'est pourquoi il est très important de bien éclairer cette question, tant au point de vue du diagnostic et du pronostic, qu'à celui du traitement soit médical soit chirurgical.

Cette maladie peut évoluer chez des sujets de tout âge. On en a trouvé à l'état fœtal chez les enfants, de même que chez les adolescents et chez des vieillards. Il faut bien noter qu'elle est plus fréquente chez les enfants et les adolescents. M. Paul Reclus fixe ainsi la limite de l'intensité de l'arthrite tuberculeuse suivant les différents âges :

Jusqu'à vingt cinq ans, le plus fréquent.

De vingt-cinq à quarante, moins fréquent.

De quarante à cinquante, rare.

De cinquante, exceptionnel.

M. le professeur Tuffier nous fait remarquer que cette limite d'âge est trop exclusive et qu'il arrive de rencontrer des cas d'arthrite tuberculeuse chez des vieillards, et même en plus grand nombre qu'on aurait pu le croire tout d'abord. Ce qui n'empêche pas cependant qu'elle est plus fréquente dans la jeunesse. Les avancés de M. Tuffier nous ont été entièrement prouvés par les cas que nous possédons à l'hôpital Beaujon et qui nous ont valu d'intéressantes conférences de la part de M. le Dr Michaux.

Voici les quelques cas que nous avons étudiés avec M. Michaux. Tumeur blanche du genou, homme âgé de cinquante quatre ans; tumeur de l'articulation tibio-tarsienne chez une jeune fille de vingt-quatre ans. Tumeur du coude chez un homme de quarante-huit ans et du genou chez un jeune homme de vingt ans. Voici donc sur quatre malades entrés pour ainsi dire en même temps, deux qui sont âgés de quarante-huit et cinquante quatre, et ceci dans un seul service.

Le premier de ces cas est, comme nous venons de le dire, un homme âgé de cinquante-quatre ans; il vint pour la première fois à l'hôpital il y a quelques mois et souffrant d'une tumeur blanche tibio tarsienne. L'intervention chirurgicale ayant été déclarée d'urgence, on lui fit l'amputation dite sus-malléolaire. Le malade guérit, mais environ quatre mois après sa sortie de l'hôpital, il nous revint présentant tous les signes d'une arthrite tuberculeuse du genou. Avant d'être opéré, le malade fut mis à un régime reconstituant, et le membre dans l'immobilité absolue. Lorsque le patient fut en état de supporter l'opération, il fut amputé et présente aujourd'hui les signes les plus favorables d'une guérison prochaine.

Le second cas, une jeune fille d'environ vingt quatre ans, présentant une arthrite tuberculeuse locale, progressive, de l'articulation tibio-tarsienne, nous a donné beaucoup de trouble et présente un très grand intérêt au point de vue opératoire. La malade, après avoir été mise sous l'influence de l'éther, subit la résection tibio tarsienne d'après la méthode Farabeuf. Mais au bout de quelques jours, des phénomènes de récidence se montrèrent, et au bout d'un mois, le chirurgien fut obligé de pratiquer l'amputation complète. Voici probablement ce qui était arrivé. Comme nous

le verrons plus loin, une articulation frappée de tuberculose présente des foyers tuberculeux dans lesquels on trouve les germes de la maladie. Le chirurgien, en opérant, avait dû, sans le vouloir, ouvrir un de ces foyers, et la partie saine ayant été mise en contact avec l'agent pathogène, elle fut elle-même contaminée et devint le siège d'un nouveau travail pathologique.

Il est donc important, nous disait le chirurgien de l'hôpital Beaujon, d'être excessivement minutieux si l'on ne veut pas exposer les malades à de nouvelles opérations. Aujourd'hui la malade est dans le meilleur état possible.

Quant aux deux autres malades, ils ont été également opérés, mais je donnerai dans une autre étude un résultat plus affirmatif que celui que je pourrais donner en ce moment.

II.—Les arthrites tuberculeuses, avons nous dit, peuvent exister dans un grand nombre d'articulations; celles qui sont le plus fréquemment atteintes sont les suivantes: Colonne vertébrale, épaule, coude, poignet, hanche, genou, tarse, et enfin les doigts (*spina-ventosa*).

Les causes pouvant donner naissance à cette maladie peuvent se ranger comme suit:

- (a) L'âge.
- (b) L'hérédité.
- (c) La tuberculose acquise.

Nous avons vu dans l'article précédent que l'âge y faisait beaucoup pour l'éclosion de la maladie, mais il n'y est en réalité que comme idiosyncrasie, puisqu'il ne peut être directement ni cause ni effet. L'hérédité est une des causes fréquentes, ainsi que la tuberculose acquise, ou encore à la suite de longues maladies, de mauvais traitements hygiéniques, du contact constant avec des personnes tuberculeuses, une vie déréglée et des habitudes vicieuses.

L'arthrite tuberculeuse peut se déclarer soit d'une façon insidieuse ou à la suite d'un traumatisme, même insignifiant quelques fois, ou encore sous l'influence d'une inflammation existant dans le voisinage.

Avant d'aller plus loin dans l'étude de cette maladie au point de vue clinique, je vais donner ici les quelques notes prises par moi, au cours de M. Tuffier, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de Paris.

III.—Depuis longtemps on savait, par les voies de l'expérimentation, qu'en inoculant à des animaux des substances tuberculeuses, on pouvait provoquer la tuberculose, et tirant une conclusion des différents faits observés, on en était venu à dire que cette maladie était *virulente, infectieuse et inoculable*. Bouchard, avant la découverte du bacille de la tuberculose, la considérait comme une affection parasitaire. Mais depuis que Robert Koch a isolé, reconnu, cultivé et expérimenté le bacille de cette terrible mala-

die, il a été universellement reconnu que la tuberculose était due à la présence dans l'organisme d'un bacille ayant la forme d'un bâtonnet. Cet animalcule peut s'introduire dans l'économie, soit par les voies respiratoires, soit par les organes de la digestion et par la peau. Une fois agissant dans les grands centres vitaux, on peut le retrouver dans les tubercules, les crachats, les urines, le pus et les selles.

La question relative à l'action des bacilles de Koch sur les organes a provoqué un grand nombre de théories. Citons par exemple celles de Cornil, de Cohnheim, d'Arnold, de Mallassez, de Weigert et de Baumgarten, mais la plus logique est encore celle que voici : sous l'influence du bacille, la cellule du tissu s'irrite et fermente, les cellules se fusionnent pour former une nouvelle cellule dite : *cellule géante*; cette cellule géante est d'une forme arrondie, possédant un grand nombre de noyaux à nucléoles, elle est entourée d'une couche de cellules épithélioïdes, laquelle couche est elle-même enveloppée de cellules embryonnaires. Elle est le follicule tuberculeux élémentaire.

Ces follicules élémentaires se groupant les uns aux autres, forment ce que l'on appelle le *tubercule*. Nous avons donc le tubercule qui est composé de cellules géantes, embryonnaires et épithélioïdes.

Au bout de quelque temps, le tubercule lui-même subit des transformations. Les cellules du tubercule se soudent les unes aux autres, leur protoplasma devient homogène et clair et elles prennent une apparence vitreuse. Bientôt elles forment une substance plus granuleuse qui se ramollit et devient une espèce de bouillie; nous sommes alors en présence de la caséification.

Pour en revenir à l'arthrite tuberculeuse, que se passe-t-il dans l'articulation pendant que le tubercule suit les différentes phases que nous venons d'étudier. Les différents tissus d'une articulation peuvent être atteints. On a remarqué que chez les jeunes sujets les extrémités osseuses semblaient être le point le plus exposé, tandis que chez l'adulte, la synoviale présente les premières lésions. Dans les os, les tubercules suivent les phénomènes que nous avons énumérés, mais dans la synoviale il se passe un travail plus compliqué.

La synoviale passe tout d'abord par les différents degrés de l'inflammation, et sa surface interne se couvre de bourgeons charnus auxquels on a donné le nom de *fongosités*; d'où la *synovite fongueuse*. Ces fongosités présentent les caractères des infiltrations tuberculeuses. Bientôt ces fongosités dissocient la synoviale et les différents tissus de l'articulation, jusqu'au moment où, parvenue à l'extérieur, elle a formé un trajet fistuleux par où s'échappe un liquide lactescent. Les cartilages osseux s'épaississent, se nécrosent et s'échappent sous forme de séquestre. Sous l'influence de ce travail inflammatoire il se forme une suppura-

tion abondante qui s'échappe par la ou les fistules en épuisant à la longue les forces du malade.

IV.—Dans la symptomatologie des tumeurs blanches, nous avons à considérer quatre états :

I. La douleur.

II. Le gonflement.

III. La déformation.

IV. L'attitude vicieuse.

La douleur peut survenir d'une façon rapide au moment où le patient s'en doute le moins. Si c'est un enfant, en jouant il tombe sur les genoux, ou sur les côtes, ou se *foule* légèrement l'articulation du pied. La douleur, au lieu de disparaître au bout de quelque temps comme cela arrive généralement, persiste au contraire et donne au chirurgien les premières indications d'une inflammation grave. La douleur peut arriver insidieusement, progressivement, avec un accroissement notable et même avec intermittences. Bientôt, sous l'influence du processus inflammatoire, la partie malade augmente de volume; nous avons alors le *gonflement*, avec augmentation de la température et fluctuation; enfin le membre, par la déformation de l'articulation, prend une attitude vicieuse facile à reconnaître. Comme notre clinicien nous le faisait remarquer, il est assez facile de reconnaître une arthrite tuberculeuse, mais il existe cependant quelques maladies articulaires avec lesquelles il ne faudrait pas le confondre.

Hydarthrose : Fluctuation au début, pas de douleur et pas de gêne.

Arthrite déformante : Est une maladie plus propre à la vieillesse.

Tumeurs malignes : Les mouvements sont plus libres et ne sont gênés que par un développement exagéré de la tumeur.

Ostéomyélite des adolescents : Débute par une fièvre intense avec phénomènes ataxo-dynamiques graves.

Synovites fongueuses des tendons : Articulation libre; pas de douleur, mais cette maladie peut être la cause ou l'effet de l'arthrite tuberculeuse proprement dite.

V.—L'arthrite tuberculeuse peut quelquefois guérir d'elle-même sans aucune intervention médicale ou chirurgicale, et cela par la dégénérescence des tubercules et la formation fibreuse. Mais cette conclusion est très rare et on est toujours obligé d'en arriver à un traitement.

Nous avons dans l'arthrite tuberculeuse deux grandes indications à suivre. L'état général du malade et le siège de la maladie.

L'état général du malade devra être maintenu dans les dispositions les plus favorables que possible. D'abord l'hygiène jouera un grand rôle, et le climat, la disposition de la chambre, l'aération seront d'un grand secours. Quand aux médicaments reconstituants, ils sont très nombreux, mais voici ceux qui sont les plus employés dans les hôpitaux: Arsenic, huile de foie de morue, huile de squalé, phosphates.

Phosphate de soude.....	6 grammes.
“ de potasse.....	3 “
Vin de Bagnols.....	200 “
Sirop d'écorce d'orange	60 “

Enfin, en général, toutes les potions toniques stimulantes et propres à soutenir les forces du malade. Lutter contre la fièvre, la douleur et les complications avec les moyens ordinaires.

Quant au traitement chirurgical, l'opérateur devra prendre en considération l'état général du malade, les causes de la maladie, le siège et l'étendue de l'affection.

La vapeur d'eau comme hémostatique.—On sait l'ardeur avec laquelle le Dr Reclus a prôné l'emploi de l'eau chaude en gynécologie et en chirurgie. (Voir notre n° 8 : *Des traitements à l'eau chaude*). Un professeur de Moscou, le docteur Snéguirew, recommande l'application de la vapeur d'eau chaude au traitement des hémorrhagies parenchymateuses rebelles et spécialement contre certaines hémorrhagies utérines.

Après avoir dilaté le col, il introduit dans l'utérus une canule reliée à une petite chaudière dans laquelle de l'eau est maintenue en ébullition, puis il laisse agir pendant quelques instants sur la muqueuse utérine les vapeurs qui se dégagent. La douleur serait nulle. L'effet hémostatique s'accompagnerait d'une action antiseptique qui se manifeste, entre autres, par la désodorisation complète d'écoulements auparavant fétides.

Dans ces derniers temps, des opérations importantes, telles que des résections du genou et des extirpations de tumeurs du sein et d'autres organes, ont pu être pratiquées dans plusieurs hôpitaux de Moscou sans avoir recours aux ligatures, aux pinces hémostatiques ni à la compression élastique, grâce au procédé d'hémostase de M. Snéguirew par la vapeur d'eau chaude. L'application de ce procédé ne provoque aucuns troubles généraux ni locaux. Les plaies qui y ont été soumises guérissent par première intention.

Pour donner une idée de la rare puissance d'action de cette méthode, il suffira de dire que, dans des expériences instituées sur des chiens, on a pu arrêter ainsi presque instantanément l'écoulement de sang provenant de sections transversales ou longitudinales de l'artère fémorale, et que des lobes du foie, du poumon, des fragments volumineux du cerveau et du rein, des cornes utérines entières ont pu être excisés en l'absence presque complète d'hémorragie.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Du rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre.—Communication de M. le professeur BOUCHARD au Congrès de médecine de Rome.

Admis à l'honneur de présenter devant le Congrès le résultat de quelques-unes de mes observations ou de mes expériences, j'ai cru pouvoir en choisir qui ont trait à la *fièvre* et qui, par quelques côtés, me paraissent être de nature à éclairer des questions encore incertaines de physiologie, de pathogénie et de pathologie.

Ce que je sou mets à mes collègues, ce n'est pas l'exposé synthétique des doctrines pyrétologiques, c'est une série d'études fragmentaires où des faits cliniques très communs, mais peut-être un peu négligés, ont été groupés, analysés et soumis au contrôle de l'expérimentation.

Un fait qui a sans doute été très fréquemment observé, mais dont on fait peu mention et sur lequel on s'explique peu, c'est que les malades fébricitants qu'on amène à l'hôpital ont, quatre fois sur cinq au moins, une température supérieure d'un degré et plus à la température qu'ils présenteront le lendemain et les jours suivants.

Un autre fait bien connu, c'est que les visites reçues par les malades fébricitants amènent une élévation immédiate de la température et que, dans la convalescence, quand la fièvre est tombée, ces visites la font très souvent reparaître sous forme d'un accès court, mais parfois violent.

Ce qu'on sait bien, c'est qu'un aliment pris intempestivement au cours d'une fièvre continue augmente cette fièvre et que, au décours des maladies fébriles le premier aliment est très souvent l'occasion d'un relèvement de la température. On sait également que la fatigue musculaire exagère ou ramène la fièvre, que se lever pour la première fois est souvent, pour un typhique guéri, l'occasion d'une élévation thermique et que, au retour d'une promenade même très modérée, les phtisiques ont souvent deux degrés de plus qu'au départ.

Il est un fait enfin sur lequel j'appelle l'attention, c'est que, chez les débiles, les malades, les convalescents, un trouble intellectuel ou émotif suffit pour ramener ou pour provoquer la fièvre.

Ces mêmes causes ne produisent pas la fièvre chez l'homme sain, aussi ne leur attribue-t-on pas généralement la fièvre qu'on les voit provoquer chez les malades. Mais, comme ces faits, que l'observation quotidienne permet de vérifier, ne sont pas contestables, on les interprète autrement : on dit que les indigestions, la fatigue corporelle ou intellectuelle, les perturbations morales, qui jouent un rôle étiologique empiriquement établi dans le développement des maladies, peuvent agir aussi pour aggraver ces maladies ou pour compromettre leur guérison. Dans ce système le trouble nerveux, musculaire, digestif, aggraverait le typhus ou la tuberculose, la fièvre serait produite par ces maladies aggravées et non par la cause perturbatrice, qui ne serait que cause indirecte.

Ma pensée est que ces retours de fièvre, produits, dans tant de circonstances diverses, par les causes que j'ai indiquées, dépendent directement de la cause elle-même, qui trouve chez l'homme débile, mieux que chez l'homme sain, un système nerveux capable de subir les influences perturbatrices de la thermogénèse et de la déperdition thermique.

Notre organisme est réglé de manière à se maintenir automatiquement (je ne dis pas à une température constante, puisque, même dans un milieu à température fixe, le thermomètre placé dans un organe intérieur marque régulièrement, à l'état normal, des oscillations de un degré dans chaque période de vingt-quatre heures), il est réglé au moins de manière à empêcher automatiquement des écarts de plus d'un demi-degré au-dessus ou au-dessous de cette température moyenne que Jurgensen nous a appris à considérer comme une constante. Notre corps est un thermostat, moins rigoureux, mais autrement sensible et compliqué que les thermostats qu'a réalisés notre industrie. Comme chez eux, l'élévation de la température intérieure modère la combustion que produit l'échauffement; comme chez eux, l'abaissement de la température intérieure active le foyer. Mais, ce que ne font pas nos thermostats, notre corps, quand il s'échauffe, s'il ne modère pas la source de chaleur, augmente la déperdition du calorique; et quand il se refroidit, il restreint cette déperdition en même temps qu'il active la combustion. Bien plus, cette double action modératrice sur la recette et la dépense de calorique, il l'exerce non seulement quand il s'est déjà échauffé ou refroidi, mais avant d'avoir subi la moindre déviation de sa température, alors qu'il en est non seulement menacé, au moment où il se produit dans le milieu extérieur des changements de température qui pourraient avoir pour effet d'échauffer ou de refroidir l'organisme.

La thermorégulation est, si je puis ainsi dire, prophylactique et curative. Nous nous défendons contre le chaud et contre le froid extérieur, avant qu'il aient eu le temps d'influencer notre propre

température. Nous luttons également contre les élévations ou les abaissements déjà réalisés de notre température intérieure.

Si la température de l'air extérieure s'élève ou s'abaisse au-dessus ou au dessous du degré pour lequel ont été une fois réglés et notre thermogénèse et l'activité de nos appareils déperditeurs de calorique, les variations de température des extrémités de nos nerfs cutanés provoquent une sensation qui peut nous inviter à nous découvrir ou à nous protéger, mais surtout elles provoquent inconsciemment des réflexes qui réalisent automatiquement la défense. Parmi ces réflexes, il en est qui restreignent ou activent les actes chimiques intérieurs producteurs du calorique. D'autres réflexes mettent en jeu ou réfrènent les appareils déperditeurs.

Nous savons, en effet, que le froid extérieur, même modéré, augmente la production de l'acide carbonique et même la formation de l'urée, qu'un froid un peu plus vif provoque le frisson avec trémulation musculaire; l'activité plus grande de la destruction de la matière dans les cellules et la contraction musculaire augmentent la thermogénèse. D'autre part, nous savons que le froid extérieur amène le spasme des vaisseaux superficiels, qui empêche le sang de venir en aussi grande quantité se refroidir à la peau; nous savons aussi qu'il supprime l'évaporation cutanée, autre source de refroidissement du sang. Ainsi, le froid extérieur, par ces deux ordres de réflexes, augmente la thermogénèse et tend à restreindre la déperdition.

Si l'air extérieur devient plus chaud, tout en restant au-dessous de la température du corps, les extrémités nerveuses chauffées arrêtent-elles les combustions intérieures? Je ne le sais, mais les vaisseaux superficiels se dilatent, la circulation et la respiration s'accélèrent, la sudation s'établit, le sang vient ainsi plus largement se refroidir au contact de l'air extérieur, mais surtout il perd du calorique par l'évaporation pulmonaire et cutanée et, cette perte par évaporation suffit encore à empêcher l'échauffement du corps, même si l'air est chaud et humide l'évaporation ne se faisant plus, la lutte contre l'échauffement devient paradoxale, la dilatation vasculaire, l'activité respiratoire et circulatoire ne peuvent qu'accélérer l'échauffement du sang.

Les réflexes nous protègent donc infiniment mieux contre le froid extérieur que contre le chaud extérieur. Ce ne sont pas des réflexes qui nous défendent contre le froid intérieur ou contre le chaud intérieur. Le système nerveux intervient alors par une action directe provoquée par le refroidissement ou par l'échauffement du centre nerveux, plus exactement, de l'encéphale.

Ch. Richet nous a appris que, quand la température centrale du corps descend à 34 degrés, le frisson survient avec trémulation musculaire. Alors, la quantité de l'acide carbonique augmente et la température se relève; la contraction musculaire vient au secours de la thermogénèse. La section de la moëlle supprime le

frisson dans le tronc et les membres, mais le laisse persister dans la face. C'est le frisson réchauffant, produit par le refroidissement central, qu'il ne faut pas confondre avec cet autre frisson, également réchauffant, dont je parlais tout à l'heure, et qui résulte de la réfrigération périphérique.

La chaleur intérieure provoque aussi la mise en jeu des appareils par où se fait la déperdition du calorique. Tous ceux qui ont étudié l'action des bains chauds, d'eau ou de vapeur, ou, comme je l'ai fait, l'action d'un air à température exacte du corps, mais saturé de vapeur d'eau, savent que la température centrale s'élève rapidement et que, en même temps, le cœur s'accélère, ses battements arrivant à dépasser 200 par minute; la respiration devient très fréquente: c'est la dyspnée thermique de Fick et de Goldstein c'est ce que Lorain nommait si justement la dyspnée modératrice de la température. Elle est due à l'échauffement des centres et non à l'échauffement des extrémités nerveuses périphériques. La sudation survient également bientôt avec une abondance extrême; Luchsinger l'attribue à l'excitation des nerfs de sudation par un sang plus chaud. Mes expériences prouvent que la sueur thermique a deux origines, mais que l'élévation de la température du centre est une de ces origines.

Dans des expériences sur le travail musculaire que j'indiquerai plus tard, j'ai vu que, pendant un exercice modéré constamment le même, la sudation apparaissait à l'instant où la température rectale arrivait à 37°,6; aussi bien quand la température de l'air était à 15 degrés, que quand elle était à 26 degrés. Seulement, la sudation se produisait au bout de dix-neuf minutes de travail, quand l'air était à 15 degrés, et au bout de huit minutes quand il était à 26 degrés.

Cette influence de l'échauffement du centre sur la production des sueurs, n'empêche pas qu'il y ait, comme je le disais tout à l'heure, des sueurs thermiques réflexes, dues à l'échauffement des extrémités des nerfs cutanés. Chez un homme qui transpire plus facilement de la moitié supérieure du corps, j'abaisse, par le repos horizontal, la température rectale jusqu'à 37 degrés et même jusqu'à 36°,8. A ce moment, il me suffit de couvrir certaines régions pour y provoquer des sueurs locales. Si je couvre l'aine et le cou, la sudation s'y produit. Si je couvre plus l'aine que le cou, la sudation apparaît plus vite à l'aine qu'au cou. Au moment où la sueur commence à l'aine, j'y note 35°,9; au même instant, la peau du cou, qui ne transpire pas, est à 35°,1.

Un abaissement de la température centrale de 3 degrés provoque le frisson réchauffant; une élévation de 0°,4 suffit pour amener la sudation réfrigérante. C'est dire que, si les réflexes nous protègent mieux contre le froid extérieur que contre le chaud extérieur, les variations de température des centres nerveux nous défendent plus vite contre le chaud intérieur que contre le froid intérieur.

Encore, cette vitesse est-elle très relative; elle est, en moyenne, de onze minutes dans mes expériences, où la sudation est provoquée par l'échauffement du travail musculaire, tandis que les actes de protection contre le refroidissement, qui résultent de l'application extérieure du froid, se font avec la rapidité d'un réflexe.

Les choses ne se passent pas toujours ainsi. Dans l'état pathologique, un poison morbide intervient souvent qui, malgré la température élevée et du centre et de la périphérie, rend la sudation impossible. Chez le même sujet qui, à l'état normal, transpire dans une région de la peau qui est à 35°9, quand le centre est à 36°8, j'ai vu, pendant un accès d'influenza, la peau rester sèche, avec des températures de 37°5 à 38°2, alors que la température du rectum était de 38°1 à 38°8. Cependant, un poison antagoniste, l'antipyrine, à la dose de 1 gr. 50, triomphe de la résistance à la sudation, et l'évaporation de la sueur fait passer la peau de 37°5 à 37 degrés, pendant que, comme conséquence, la température du centre descend de 38°1 à 38°.

Tous ce que nous savons des conditions de la régulation automatique de la température nous apprend que l'homme est beaucoup mieux armé pour empêcher sa température de cesser d'être normale que pour la ramener à l'état normal. Il en résulte qu'il résiste longtemps aux causes perturbatrices constantes, sans que la vigilance et l'énergie de son système nerveux se trouvent, en défaut, jusqu'au moment où il est épuisé par la lutte; alors c'est la déroute. Chossat ne nous a-t-il pas montré que, dans l'inanition, la température se maintient à peu près normale jusqu'au jour de la mort? Ce jour-là, elle s'abaisse rapidement de 2°5, et, au moment de la mort, elle tombe brusquement de 13 degrés à 14 degrés.

Inversement, Cl. Bernard ne nous a-t-il pas appris que, chez les animaux placés dans un milieu surchauffé, la température, arrivée à 40—41 degrés, se maintient longtemps à ce niveau sans le dépasser? puis, tout d'un coup, la résistance étant vaincue, elle monte à 45 degrés et l'animal meurt.

Cette période, pendant laquelle le système nerveux lutte avec efficacité contre les causes d'hyperthermie, est plus ou moins longue, suivant que son énergie est plus ou moins considérable.

Il en résulte que, chez les individus faibles ou affaiblis, chez ceux qui sont radicalement débiles, chez les épuisés, chez ceux qui souffrent de maladies chroniques ou de maladies aiguës de longue durée, chez les convalescents, on voit survenir des accès de fièvre, ou des recrudescences de fièvre, pour des causes qui, chez l'homme sain, peuvent bien accroître la calorification, mais ne réussissent pas à élever la température. Ainsi s'explique encore ce fait singulier que, au décours de la fièvre typhoïde, la même cause peut produire indifféremment la syncope ou l'accès fébrile. C'est pour cette raison encore que, chez les convalescents,

l'élévation thermique qui suit chaque lever diminue graduellement, à mesure que l'alimentation croissante leur rend des forces. De même, pour ceux qui commencent à s'exercer aux différents genres de sport, la fièvre de l'exercice musculaire diminue, à mesure qu'ils acquièrent des forces, et devient nulle quand ils sont entraînés. C'est également de cette façon que j'explique pourquoi l'homme fort ne présente que de faibles oscillations de la température; l'abaissement nocturne est faible chez lui, l'élévation diurne est peu marquée, la ligne thermique est tendue, comme on dit, elle se rapproche de la ligne droite, tandis que la courbe de l'homme faible est marquée par de grandes oscillations. Or, chez cet homme faible, on rend la ligne thermique tendue quand on rend provisoirement à son système nerveux quelque énergie, par l'administration de doses modérées de quinine.

Exarzinons, à la lueur de ces explications, et analysons les faits cliniques que j'ai signalés en commençant.

Dans les exemples que j'ai indiqués, il en est qui présentent une certaine complexité et dont l'interprétation se fera d'elle-même, si nous arrivons à comprendre les faits plus simples.

Quand nous constatons dans les hôpitaux chez un fiévreux, à son entrée, une température notablement supérieure à celle qu'on notera aux mêmes heures, les jours suivants, on pourrait dire que le traitement que nous avons institué montre ainsi son efficacité ou que le malade ressent l'influence sédative de la paix du lieu et de la tranquillité communicative des choses et des personnes qui l'entourent.

Cela doit être ainsi, mais cela ne revient-il pas à dire que l'élévation thermique entretenue par l'agitation du milieu extérieur tombe quand cette cause est supprimée? Au surplus, la preuve a été faite bien souvent qu'un typhique avait, pendant les jours qui ont précédé son admission à l'hôpital, la même température que pendant les jours qui ont suivi, et que les températures du jour de l'entrée différant par excès des précédentes et des suivantes, constituent un véritable accès. Les causes de cet accès de recrudescence thermique peuvent être nombreuses. Indépendamment de ce défaut de tranquillité dont souffrent les malades pauvres, dans ces logements exigus où leurs proches continuent à vivre près d'eux de leur vie habituelle, il y a l'inquiétude, la répugnance, la résistance. Il y a ensuite la fatigue, souvent très grande, nécessitée par le déplacement. Les perturbations intellectuelles, émotives, volitives, la fatigue corporelle, ne peuvent-elles pas réclamer chacune une part dans la production de cet accès fébrile?

De même, pour les accès fébriles que provoquent, chez certains malades, les visites hebdomadaires ou bi hebdomadaires dans les hôpitaux, on peut incriminer l'émotion, la fatigue corporelle de la parole, parfois aussi l'usage prématuré d'aliments. À laquelle de ces causes faut-il attribuer la recrudescence de température?

Il est des cas où, le travail musculaire intervenant seul, peut seul expliquer l'élévation thermique. Un malade, au déclin de la fièvre typhoïde ou au début de la convalescence, qui se lève ou qui, simplement, se livre dans son lit à quelques soins de toilette, subit de ce fait une notable élévation de température.

L'expérience sur l'homme sain avait déjà montré à Liebermeister que des différences de quelques dixièmes de degré peuvent être constatées dans la température axillaire, suivant que l'homme est couché, assis ou debout. J'ai fait, bien des fois, la même constatation pour la température rectale, en ayant soin de faire l'expérience au milieu du jour, loin de la période où la température de l'homme s'abaisse normalement pendant le repos nocturne.

Ce qui fait que l'on attribue plutôt à des causes pathologiques qu'à l'échauffement du travail musculaire ces accès fébriles du typhique ou du phthisique, c'est précisément que les expériences de Liebermeister, comme les miennes, sont loin d'être généralement admises. On admet encore que les actions chimiques qui accompagnent la contraction musculaire, dégagent une chaleur qui est immédiatement employée comme travail, et on pense que les contractions toniques seules peuvent être causes de notables élévations thermiques. Je laisse de côté la question du mécanisme de l'élévation thermique par le travail musculaire chez l'homme sain; je ne cherche pas la part qui revient au muscle, ni celle qui pourrait être imputée au système nerveux, mais je rappellerai que, depuis J. Davy, l'échauffement par l'exercice musculaire a été constaté un trop grand nombre de fois pour être mis en doute. Obérnier, après une heure de course, trouve $39^{\circ},6$. J'ai constaté moi-même $39^{\circ},2$ après un exercice de quarante cinq minutes. Fovel cite une élévation de $1^{\circ},34$ et Bergmann voit la température du chien s'élever par la course de $39^{\circ},3$ à $40^{\circ},5$ et même 41 degrés. J'ai fait, sur l'homme sain, de force médiocre, habitué à l'exercice, mais non véritablement entraîné, une série d'expériences dans lesquelles le même exercice était accompli chaque jour, pendant le même temps et avec la même vitesse. Cet exercice commençait immédiatement après le lever, à un moment où la température rectale, abaissée par le repos nocturne, était remontée à 37 degrés ou $37^{\circ},1$.

L'élévation moyenne, en une demi-heure, était de 1 degré.

L'ascension, d'abord assez rapide, devenait graduellement plus lente, à partir du début de la sudation, puis restait stationnaire, malgré la prolongation du travail. Quand j'ai varié l'expérience, j'ai reconnu que l'élévation thermique était en rapport avec l'intensité de l'effort plus qu'avec sa durée. Quand j'ai provoqué un effort énergétique, mais de courte durée, j'ai vu que la température continuait à monter encore pendant dix à quinze minutes après la cessation de l'exercice. Dans les expériences habituelles, l'abaissement de la température commençait de seize à vingt-deux minutes après la fin du travail.

L'homme étant placé dans le repos horizontal, la température revenait, au bout d'une heure ou de deux heures, au degré qu'elle avait au moment du réveil ou à un dixième de degré plus bas, puis remontait un peu au-dessus, et reprenait l'équilibre premier, après une ou deux oscillations, oscillations qu'on retrouvait d'ailleurs dans la fréquence du pouls et dans la fréquence de la respiration.

L'invariable régularité de ces résultats m'autorise à dire que, dans l'état normal, un travail modéré produit chez l'homme une notable élévation de la température, qui est bientôt limitée par la perte de calorique qui se produit à la peau dès que la transpiration commence, et qui refroidit la peau d'abord et tout le corps ensuite. Cet abaissement de la température cutanée qui, dans le travail musculaire, commence à se produire pendant que la température rectale continue à monter, est, je crois, la circonstance qui explique pourquoi tant d'expérimentateurs, qui ont expérimenté dans les mêmes conditions que moi, ont nié la fièvre du travail musculaire. Ils prenaient la température cutanée et rectale chez l'homme sain au repos. La moyenne d'un grand nombre d'observations m'a montré que la température de l'aîne est de 0°,6 moins élevée que celle du rectum. Chez le même individu, si l'on provoque la sudation par travail musculaire, la différence s'accroît et arrive à 1°,2. Il semblerait que les choses se passent de même quand l'élévation thermique est due à une maladie fébrile. Tant que la maladie s'oppose à la sudation, la peau et le rectum s'échauffent parallèlement; la moyenne des différences chez un malade était aussi de 0°,6. Quand l'hyperthermie est arrivée à forcer la résistance à provoquer les sueurs, cette différence est devenue 1°,1.

Les lois des variations de la température centrale et de la température cutanée, dans le travail musculaire, me semblent donc avoir des bases positives. Se peigner dans son lit, pour une convalescente, c'est un travail musculaire cent fois moindre que celui que fournissait l'homme de nos expériences. Il en résulte cependant pour elle une fatigue qui peut produire la syncope; il en résulte le plus souvent un accès de fièvre avec élévation d'un degré, soit parce que son système nerveux, trop faible, n'a pas su modérer les actions chimiques qui, pendant la contraction musculaire, donnent de la chaleur, soit parce qu'il n'a pas su proportionner à la chaleur produite le fonctionnement des appareils déperditeurs de calorique.

Il est plus difficile encore d'établir, chez l'homme sain, la réalité de l'action thermogène du repas. Cette action n'est pas contestée; si l'oxygène intervient dans la production de la chaleur, il n'y a pas doute que les aliments fournissent directement ou indirectement le combustible. On sait également que le fonctionnement des glandes digestives, salivaires, hépatique est une source de

chaleur. Mais autre chose est la production de chaleur, autre chose l'élévation de la température. Dans les conditions de santé et d'alimentation modérée, on ne constate pas, chez l'homme, après le repas, de notables élévations de la température centrale. Dans les conditions normales, l'animal, pour entretenir une température constante détruit constamment de la matière; l'aliment d'abord, à l'état de matière circulante, puis ses réserves, et au besoin, la substance de ces cellules. Mais l'approvisionnement du combustible est intermittent, et il ne se brûle pas dès qu'il est introduit; une partie répare les cellules, une autre reconstitue les réserves, une partie seulement se brûle dès que l'absorption le permet, et alors les réserves sont épargnées et les cellules protégées. Mais, quand les repas sont trop copieux ou quand la fonction digestive est languissante, le repas est suivi d'une élévation thermique, soit par action plus grande des énergies glandulaires, soit par action exercée sur le système nerveux par des produits de digestion imparfaite. C'est la fièvre de mauvaise digestion, c'est la fièvre des dyspeptiques. Cette fièvre dyspeptique est une réalité: la rougeur de la face, la dyspnée, l'accélération excessive du pouls, ne sont pas le simple résultat de reflexes provoqués par le contact d'une trop grande masse normale avec une muqueuse excitable; c'est le syndrome d'une vraie fièvre avec élévation de la température centrale. J'ai vu cette température monter à $39^{\circ},4$. Comme, en raison du retour périodique des repas, ces accès sont aussi périodiques, j'ai vu de telles fièvres traitées par la quinine. Ces fièvres, qui ne sont pas rares chez l'adulte, sont fréquentes chez les enfants.

Quand la débilité d'une longue maladie ou d'une convalescence a fait perdre au tube digestif sa puissance fonctionnelle, les premiers repas ou les repas disproportionnés à l'état des forces deviennent causes d'accès fébriles qu'il ne faudrait pas attribuer à une rechute ou à une recrudescence de la maladie.

Je ne conteste nullement les expériences qui établissent que le travail intellectuel amène l'échauffement du système nerveux; mais, ce qui ne me paraît pas démontré, c'est que cet échauffement du cerveau amène l'élévation de température de tout le corps. Les muscles qui, dans l'ensemble du corps, représentent une masse vingt-quatre fois plus grande que celle du cerveau, peuvent bien, en s'échauffant par le travail, échauffer tout le corps. Après cinq minutes de travail, la température d'un muscle s'élève d'un degré. La température du cerveau ne s'élève d'un degré, par l'activité intellectuelle, ni en cinq minutes ni en une heure. Elle ne s'élève pas, pendant ce temps, de $0^{\circ},4$. Car, quand le corps subit cette élévation de température au dessus de sa normale, la sueur commence et la sudation n'est qu'exceptionnellement l'effet du travail intellectuel. Mais l'activité cérébrale peut, quand elle se produit, dépasser les zones intellectuelles et atteindre les zones

thermiques. La fièvre pourrait alors être produite par une action sur la nutrition de tout le corps. Cette élévation de la température par le travail intellectuel, peu manifeste ou contestée, quand il s'agit de l'homme normal, est certaine chez les malades. Les cliniciens savent tous que, dans l'état fébrile ou dans la convalescence, parler, lire, traiter une affaire, est cause de recrudescence ou de retour de la fièvre. Les émotions, surtout les émotions désagréables, les discussions, la colère, la résistance morale, sont, chez les débilisés, une cause d'accès fébrile. J'ai administré, dans le traitement de la fièvre typhoïde, près de 60,000 bains réfrigérants. Ces bains, dont la température initiale est seulement de deux degrés inférieure à celle du rectum, sont refroidis d'un degré toutes les dix minutes, jusqu'à 30°. Ils abaissent la température d'un demi-degré à un degré, parfois de trois degrés. Dans quelques cas, la température reste stationnaire; elle peut même s'élever. Sauf de très rares exceptions, ces élévations de température dans le bain réfrigérant n'ont été observées que chez des femmes qui résistaient à la médication, qui refusaient la balnéation, qui ne la subissaient que par contrainte.

Ces faits, qui peuvent éclairer un côté de ce qu'on appelle la fièvre hystérique, n'ont rien à voir avec l'auto-suggestion. Ils sont l'effet de la lutte et de la fatigue nerveuse. Comme pour la fièvre du travail musculaire, ils montrent que, si un système nerveux robuste sait garantir l'économie contre les variations thermiques, la faiblesse nerveuse rend sa protection moins vigilante ou moins efficace. On peut alors voir, comme avec un verre grossissant, des effets peu apparents à l'état normal. Les causes, dont on conteste la réalité, produisent alors des actions évidentes. Le système nerveux débilisé est un réactif particulièrement sensible pour les agents provocateurs de fièvre.—*Semaine médicale.*

Danger de la saccharine.—La saccharine peut-elle être autorisée dans l'alimentation ?

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France a été de nouveau appelé à donner son avis sur les conditions de vente de ce produit.

MM. Ogier et Pouchet se sont livrés à des expériences nombreuses dans le but d'apprécier l'action de la saccharine. On sait qu'elle a une action antiseptique très marquée sur le contenu de l'estomac. Mais, par là même, son ingestion retarde d'une façon notable la digestion, et son introduction dans l'alimentation ne laisserait pas par suite de présenter de réels inconvénients.

La saccharine est employée dans quelques affections gastriques et elle rend des services dans l'alimentation des diabétiques où jusqu'à un certain point elle peut remplacer le sucre. Par conséquent, la fabrication de la saccharine sera autorisée, mais son introduction dans les substances alimentaires sera absolument interdite.

CHIRURGIE.

Traitement des luxations récidivantes de l'épaule par la suture de la capsule articulaire ou arthrorraphie, par M. le docteur A. RICARD.—(Rapport à l'Académie de médecine par M. VERNEUIL, membre de l'Institut).—Si les vétérans de la chirurgie, invoquant leur expérience et l'histoire de l'art, sont parfois en droit d'apprécier avec quelque sévérité et d'accueillir avec froideur certaines innovations ou rénovations opératoires insuffisamment justifiées ; s'ils cherchent à modérer les ardeurs d'une pratique trop militante en montrant les avantages de l'expectation, voire même de l'abstention ; si enfin, dans l'éternel conflit entre les méthodes violentes et l'intervention quand même d'un côté, les procédés de douceur et les moyens thérapeutiques de l'autre, ils prennent volontiers parti pour les seconds contre les premiers, ils ont en revanche le strict devoir de donner sans réserve leur approbation et l'appui de leur autorité à des conceptions chirurgicales nouvelles, logiques, bien réglées, bien exécutées, remplissant les indications majeures et l'emportant de toute évidence sur les programmes curatifs antérieurs.

C'est la meilleure réponse qu'ils puissent faire à ceux qui les accusent de s'arrêter dans la route du progrès sinon même de marcher à reculons.

Ce préambule vous fera comprendre la satisfaction que j'éprouve à porter le jugement le plus favorable sur une opération inédite, simple, ingénieuse, dérivée de la thérapeutique étiologique et de la chirurgie réparatrice, triomphant enfin d'une lésion, sinon très grave, du moins très fâcheuse, compromettant à un haut degré l'existence matérielle des travailleurs qui en sont atteints, alors qu'ils ont besoin de leurs bras pour vivre ; genre d'infirmité contre laquelle la nature ne fait rien et à laquelle l'art n'a opposé jusqu'à présent que des mesures inefficaces ou très imparfaites.

Vous ne vous étonnerez pas davantage que je m'applaudisse de compter parmi mes disciples les plus convaincus et les plus dévoués, le promoteur de cet incontestable progrès.

Je veux parler des luxations à répétition de l'épaule, trop connues cliniquement pour qu'il soit nécessaire d'en donner ici la description et d'en rappeler les inconvénients, mais dont il conviendra pourtant de poursuivre l'étude tant que l'étiologie, la pathogénie et les conditions anatomiques en resteront obscures et tant que la plupart des chirurgiens se contenteront humblement de les réduire faute d'avoir le moyen d'en prévenir le retour.

C'est sur ce sujet que M. le docteur Ricard nous a lu, le 31

octobre 1892, une note pleine d'intérêt, relatant et commentant deux cas tout à fait types, qu'il a observés, opérés et radicalement guéris; résultat que nul autre n'avait obtenu jusqu'à ce jour.

Rapporteur de ce travail, je m'acquitte de ma tâche bien tardivement en apparence, mais ayant voulu, d'accord avec notre jeune confrère, qu'un délai suffisant démontrât la valeur du procédé opératoire et la solidité du succès.

M. Ricard, dans une courte introduction, passe en revue les moyens palliatifs et curatifs proposés et mis en usage par divers praticiens, à savoir: les appareils prothétiques ou contentifs, les injections caustiques péri-articulaires, l'arthrodèse et la résection de la tête humérale, et montre sans peine qu'aucun de ces expédients n'a remis l'articulation lésée dans ses conditions anatomiques et fonctionnelles normales et que plusieurs d'entre eux n'ont fait que changer les premières et supprimer les secondes, sans bénéfice réel pour les opérés.

J'ajouterai de mon côté et me fais fort de prouver que les insuccès ou les pseudo-succès, qu'il eût été aussi facile de prévoir qu'il est aisé d'expliquer, découlent naturellement de ce que les moyens précités ne s'adressent point directement à la cause vraie du mal et négligent complètement l'indication à remplir. Si l'on cherche, en effet, ce qui caractérise la luxation récidivante, on s'aperçoit bientôt qu'elle ne diffère de la luxation ordinaire que par l'extrême facilité avec laquelle la tête humérale, sortie une première fois de sa cavité sous l'influence d'une violence généralement considérable et remplacée par un procédé quelconque, s'est échappée de nouveau une seconde, une troisième, une dixième fois, sinon plus, sous l'influence d'une violence minime qu'une articulation saine aurait aisément supportée. D'où cette conclusion que c'est logiquement à une lésion permanente, reliquat du premier accident, qu'il faut rapporter la récurrence si facile des déplacements ultérieurs.

D'autre part, l'étude étiologique des déplacements brusques d'organes sains—prolapsus, hernie, luxation—apprend que leur production implique, sinon la destruction, au moins l'affaiblissement des moyens de fixité ou de contention des organes susdits, et comme, dans l'articulation de l'épaule, c'est la capsule fibreuse qui constitue l'agent principal de fixité et de contention de la tête humérale saine, c'est dans cette capsule même qu'il faut tout d'abord chercher la lésion qui rend possible le déplacement primitif et faciles les déplacements secondaires.

Comme dans la première luxation, la tête s'échappe indubitablement par une déchirure plus ou moins large de la capsule. L'esprit émet aussitôt pour la luxation récidivante une hypothèse très acceptable. La boutonnière faite à la capsule pour livrer passage à la tête reste béante tant que la réduction n'est pas effectuée; puis elle se réforme quand la tête est rentrée; mais si,

par aventure, ses bords se cicatrisent isolément, la fissure persiste béante ou entrebâillée, toute prête à se laisser à nouveau traverser par la tête, à première réquisition, et dès que celle-ci se présente pour forcer le passage.

Cette disposition expliquerait, entre autres particularités de la luxation récidivante, la facilité toujours croissante de sa production, de sorte que, si la seconde rechute exige encore une certaine violence, les autres s'effectuent si aisément que les malheureux infirmes en arrivent à ne plus oser faire le moindre mouvement du bras. La limitation de la lésion à la capsule et la bénignité intrinsèque d'une simple diérèse avec intégrité des autres éléments articulaires et péri-articulaires : squelette et musculature, expliquent également comment, dans l'intervalle souvent très prolongé qui sépare les récidives, la jointure peut fonctionner d'une façon tout à fait normale, sans gêne et sans douleur. M. Ricard savait bien qu'on avait attribué la luxation récidivante à d'autres lésions anatomiques :

Fracture du rebord glénoïdien ;

Arrachement des insertions musculaires des muscles rotateurs ;

Large décollement capsulo-périostique au dessous de la cavité glénoïde ;

Encoche siégeant sur la tête humérale, etc.

Mais outre que ces lésions, d'ailleurs rarement observées, sont bien variées pour entraîner toujours les mêmes conséquences, elles ne sauraient rendre compte de récidives survenant à des époques tout à fait indéterminées, quelquefois de longs mois après le premier accident, sans que rien les fasse prévoir, étant donné le fonctionnement régulier de la jointure qui semble impliquer sa restauration anatomique.

C'est pourquoi M. Ricard qui ainsi qu'il l'avoue sincèrement, s'attendait bien à rencontrer la fameuse boutonnière (et j'aurais nourri la même illusion), avait très rationnellement conçu à l'avance le plan opératoire qui suit :

1o Mettre largement à nu, par une opération préliminaire, la déchirure de la capsule ;

2o Cette déchirure étant de l'ordre des diérèses, lui opposer le procédé anaplastique de nom contraire, c'est-à-dire la synthèse : suture capsulaire ou *arthrorraphie* ;

3o Reforme, par une opération complémentaire immédiate, l'ouverture superficielle ayant donné accès jusqu'à l'article ;

4o Instituer un traitement post-opératoire capable de prévenir l'arthrite et la péri-arthrite menaçant le rétablissement fonctionnel.

Or, le programme était si bien tracé, et l'on était si près de la réalité, en localisant la lésion originale dans la capsule, que, bien qu'on se fût trompé sur la nature exacte de la susdite lésion, il fut possible séance tenante, et sans la moindre hésitation, de modifier légèrement un des temps prémédités, et d'exécuter intégralement les trois autres.

Voici, en effet, comment les choses se sont passées.

Quelques mots d'abord sur les patients.

L..., journalier, vingt-sept ans, sans antécédents pathologiques, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 mars 1892.

La première luxation se fait à gauche, le 26 août 1887, en tombant d'une machine à battre. La seconde, dix mois après, dans une nouvelle chute. La troisième, pendant la nuit, en dormant. L'accident, depuis, s'est renouvelé maintes fois, notamment le 6 janvier et le 23 mars 1892, à la moindre occasion, en soulevant un seau d'eau, en écartant le bras, en mettant le paletot, et L... en était arrivé à ne plus oser se servir de son bras. Réduction généralement très facile sauf une fois où il fallut se servir de moufle. La luxation du 23 mars était sous-coracoïdienne; on ne sait si les autres appartenaient à la même variété.

Le membre présente des troubles de l'innervation et de la nutrition.

Premier temps.—Opération préliminaire après antiseptic locale et chloroformisation. Incision verticale de 12 centimètres dans l'interstice protero-deltaïdien, incision horizontales partant de l'extrémité supérieure de la première et suivant l'insertion du deltoïde à la clavicule et à l'acromion. Le muscle ainsi détaché en avant et en haut forme un vaste lambeau triangulaire qu'on relève en dehors et en arrière.

On remarquera que ces incisions respectant entièrement le nerf circonflexe, le muscle remis en place a conservé et repris plus tard toute sa vigueur.

Le coraco-brachial est simplement relevé et porté en dedans.

On découvre ensuite le sous-scapulaire dont on libère et dissèque le bord supérieur ainsi que le tendon près de son insertion humérale de façon à mettre largement à nu la capsule articulaire.

On cherche alors, mais en vain, la solution de continuité, la boutonnière, et l'on trouve seulement la capsule lâche, mince, dilatée, flottante, sacciforme, n'étant plus constituée que par quelques faisceaux fibreux épars, étalés sur la face externe de la synoviale, sous laquelle le doigt rencontre la tête humérale en son lieu et place. C'est en rapprochant le bras du tronc et en le portant en rotation forcée en dedans qu'on porte au maximum le relâchement de la capsule et qu'on distingue le mieux la partie amincie qui admet sans peine l'extrémité réunie des quatre doigts.

Deuxième temps.—Sans qu'on ait songé à s'en assurer en cherchant à reproduire momentanément la luxation,—petite lacune dans l'exploration que devront combler ceux qui répéteront l'opération de M. Ricard,—tout porte à croire que c'est dans cette espèce de sac synovial, flasque et sans résistance, que la tête humérale venait se loger à chaque nouveau déplacement, tout comme, en cas de hernie, l'intestin réduit retombe dans le sac herniaire sous l'influence de l'effort. Or, de même que pour obtenir

La cure radicale l'on supprime le sac ou l'on obture son collet, l'opérateur changeant son plan primitif, et saisissant l'indication formelle, se mit en devoir d'empêcher la hernie de la tête humérale, si l'on ne permet ce rapprochement, en supprimant le sac synovial malencontreusement créé pour la recevoir; ce qu'on pouvait faire de deux façons, soit en réséquant ce sac et en suturant les lèvres de son ouverture, soit en remplaçant l'exérèse de la bourse fléro-séreuse par sa condensation, son froncement et l'effacement de sa cavité à l'aide d'une suture en plein sac.

M. Ricard adopta cette dernière manière de faire qui avait, avec l'avantage d'être plus simple, celui de ne point créer de plaie pénétrante de l'articulation.

En conséquence, le bras étant porté fortement en adduction et en rotation interne, il fit passer verticalement, en bas, dans l'épaisseur du tendon du muscle sous-scapulaire, en haut dans la partie de la capsule restée épaisse et résistante au delà de la région amincie, trois fils de grosse soie plate, situés à deux centimètres environ de distance, serrés de façon à changer la partie amincie de la capsule en un bourrelet épais, saillant, solide, indépressible, à travers lequel on ne pouvait même plus sentir la tête humérale.

Troisième temps—Après hémostase soignée, lavage de la plaie; opération complémentaire, c'est-à-dire réinsertion du deltoïde par une suture en surget au catgut, réunion de la peau au crin de Florence sans drainage et pansement iodoformé.

Quatrième temps.—Immobilisation absolue du bras.

L'opération, tout compris, avait duré une heure.

Suites très simples, apyrexie complète; l'opéré se lève le cinquième jour; renouvellement du pansement extérieur le onzième, ablation des sutures cutanées le trente et unième, réunion parfaite, aucune irritation; simple pansoment protecteur; bras immobilisé de nouveau jusqu'au trente-septième jour, où il est mis en écharpe, Le membre étant faible, le deltoïde et le biceps légèrement atrophiés, on pratique l'électrisation et le massage exclusivement musculaire sans chercher à mobiliser l'articulation.

Au quarante cinquième jour, on autorise la reprise progressive des mouvements volontaires qui se font sans douleur et dans une grande étendue. L... reste dans le service à titre d'infirmier, soulevant les malades, portant les brancard, etc. En novembre 1892, la luxation ne s'était pas reproduite. La mobilité articulaire était absolument normale. Ce brillant résultat ne s'est point démenti, comme on a pu s'en assurer à deux reprises, en juillet et en octobre 1893, dix-huit mois après l'opération.

L'histoire du second sujet est identique.

M..., trente-deux ans, porteur aux Halles. Alcoolique, épileptique, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1892. Première luxation dix-mois auparavant. Depuis, vingt-huit récidives ordinairement pendant les attaques, mais aussi aux moindres mouvements. La réduction, presque toujours difficile, exige d'ordinaire l'anesthésie.

Opération le 11 août. Même procédé, même lésion capsulaire, mêmes suites bénignes. On administre le bromure de potassium à 4 grammes pour prévenir les crises d'épilepsie.

12 septembre. Suppression du pansement. Membre affaibli. Les mouvements articulaires se font librement et sans douleur. Massage et électrisation des muscles.

Malgré la reprise du travail et des attaques d'épilepsie, la luxation ne s'était pas reproduite le 25 octobre, pas plus que le 25 août 1893, plus d'un an après l'opération.

Il n'est pas besoin, je pense, de commenter longuement la note de M. Ricard pour en démontrer l'importance et la valeur. Trois faits surtout s'en dégagent :

a. Constatation de la lésion capsulaire, probablement constante, expliquant et permettant la luxation récidivante.

b. Création d'un procédé opératoire combattant, corrigeant et faisant disparaître la lésion susdite, avec temps accessoires et moyens adjuvants propres à assurer le succès définitif.

c. Nouveau triomphe de la thérapeutique rationnelle basée sur les causes et la nature du mal.

Avant d'adresser à notre jeune confrère nos remerciements, nos félicitations et nos encouragements, vous permettez à votre rapporteur de présenter deux remarques personnelles.

La première est relative au traitement post-opératoire, toujours si utile pour conduire à bien les convalescences chirurgicales, mais qui, dans le cas particulier qui nous occupe, a puissamment contribué, suivant moi, à la simplicité des suites immédiates et à l'excellence du résultat définitif.

Vous vous rappelez qu'aussitôt le pansement fini, le bras appliqué sur le thorax avec la main reposant sur l'épaule saine a été très soigneusement immobilisé, d'où vraisemblablement l'absence complète de douleur et l'apyrexie absolue. Mais ce qui mérite toute votre attention, c'est le temps relativement très long pendant lequel cette immobilisation a été rigoureusement maintenue, savoir : trente-huit jours dans un cas et au moins trente et un dans l'autre. Après quoi on a mis le bras en écharpe et, comme on constatait l'affaiblissement et la légère atrophie des muscles biceps et deltoïde, on pratiqua l'électrisation et le massage exclusivement musculaire, *mais en s'abstenant de toute mobilisation articulaire provoquée*, qui, d'ailleurs, eût été bien superflue, puisque *la mobilité naturelle de la jointure paraissait conservée*. C'est seulement après un nouveau délai d'une semaine environ qu'on autorisa enfin les opérés à se servir progressivement et prudemment de leur membre.

Je prévois la stupeur dans laquelle cette conduite et surtout son éclatant succès jetteront les chirurgiens *ankylophobes*, qui s'imaginent qu'il faut incessamment manipuler et tourmenter les jointures blessées pour les empêcher de s'enraidir et sauvegarder

leurs mouvements, mais comme depuis plus de quinze ans je combats sans relâche cette dangereuse erreur thérapeutique et fais chaque jour de nouveaux prosélytes, je saisis toutes les occasions de puiser des arguments dans la pratique des autres chirurgiens qui ont bien voulu se convertir à mes doctrines et répètent avec moi que c'est l'inflammation et non l'immobilité qui amène l'ankylose, que la mobilisation artificielle surtout aggrave notablement l'arthrite, que l'immobilité, par contre, est, pour les articulations enflammées, l'antiphlogistique le plus puissant, qu'en conséquence l'immobilisation artificielle constitue un des moyens les plus efficaces, sinon le meilleur, pour prévenir l'ankylose si redoutable.

Seconde remarque :

Si l'immobilisation prolongée paraît contribuer puissamment à la cure radicale de la luxation récidivante de l'épaule, on peut se demander si on ne pourrait point à son aide prévenir la production de cette fâcheuse infirmité, je m'explique : si dans l'avenir il se confirme que la dilatation sacciforme de la capsule avec affaiblissement et défaut de résistance de la paroi est la cause anatomique constante des déplacements réitérés de la tête humérale, il conviendra de rechercher la pathogénie, le mécanisme de formation de la lésion en question.

Or, le raisonnement et l'expérience apprennent qu'une capsule fibreuse articulaire comme celle qui maintient réunis le scapulum et l'humérus, ne se peut dilater que par la pression rapide ou lente, mais excentrique, exercée sur elle de dedans en dehors, soit par la tête osseuse elle-même, soit par un épanchement liquide abondant et durable : hydarthrose ou hémarthrose; encore faut-il le plus souvent le concours d'une cause adjuvante affaiblissant soit la capsule elle-même, soit l'appareil musculaire qui la consolide extérieurement.

C'est par ce second mécanisme que se produit par exemple la luxation dite congénitale du fémur, que je crois avoir son origine dans la paralysie initiale des muscles pelvi-trochantériens. Faute d'être soutenue par cette puissante musculature, la capsule coxo-fémorale se dilate et permet l'issue d'abord intermittente (variété de luxation récidivante) puis permanente de cette tête.

Cette interprétation ne peut s'appliquer à la luxation récidivante traumatique de l'épaule puisque les muscles huméro-scapulaires conservent leur énergie et leur intégrité fonctionnelles; en revanche rien n'empêche de supposer qu'une fois effectuée la réduction de la première luxation de l'épaule et ébauchée la réparation anatomique de la capsule, l'inachèvement de cette réparation ou son imperfection puisse résulter d'un épanchement séreux qui distendrait le néo sac (comme l'épanchement péritonéal créerait l'hydrocèle dite congénitale, suivant la théorie que j'ai proposée) et qui pourrait mieux rendre compte de cette hydarthrose scapulo-humérale si inopportune, que la reprise prématurée

des fonctions du membre et que l'insuffisance de la période de repos nécessaire à la bonne cicatrisation de la capsule ?

Puisqu'on ne permet l'usage d'un membre fracturé que lorsqu'on croit accomplie la solidification du cal osseux, pourquoi en cas de luxation ne pas attendre la consolidation du cal fibreux ?

D'où cette conclusion, qu'ici encore, l'ankylophobie qui conduit à mobiliser trop tôt les articulations luxées, expose aux inflammations articulaires, à la distension de l'appareil ligamenteux, à la réparation imparfaite, enfin à la luxation, d'où cette déduction pratique qu'il faut revenir aux traitements rationnels, qui imposent le repos aux organes malades, et repos d'autant plus rigoureux et prolongé que les lésions primitives auront été plus graves.

Depuis bien longtemps, et bien des fois, j'ai réduit des luxations diverses, et j'ai adopté les règles suivantes : si les désordres sont minimes, si la réduction a été faite de très bonne heure et avec peu d'efforts, j'immobilise en moyenne quinze jours ; j'arrive pour le moins à doubler ce temps dans les conditions opposées. Or, non seulement j'en suis encore à voir les inconvénients de cette conduite, mais j'affirme avoir été souvent très surpris, en supprimant l'appareil contentif rigoureusement appliqué, de trouver toute chose en place, une jointure sans gonflement ni douleur, une mobilité inespérée, inattendue, ou tout au plus une légère rigidité, disparaissant d'elle-même d'autant plus vite qu'on ne faisait aucune manœuvre artificielle, ou que, si à la rigueur on voulait absolument faire, conformément à la mode, le sempiternel massage, on se contentait de manipulations sans mobilisation.—*Gazette des hôpitaux.*

Un nouveau procédé de désarticulation du genou, par le professeur MONTAZ, de Grenoble.—Assurément la désarticulation du genou est une des opérations qui ont le moins bénéficié des méthodes antiseptiques. Elle est peu pratiquée à l'heure actuelle, si on la compare à ses voisines, l'amputation de jambe au lieu d'élection, et surtout l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. A notre avis, il n'y a pas d'autre raison à donner de cet oubli, que la déféctuosité des procédés opératoires. Si, par une rigoureuse antiseptie, on arrive aux réunions immédiates sans drainage pour les amputations de la cuisse, pourquoi n'obtiendrait-on pas le même résultat au genou ? S'il n'y a pas d'infection, on doit avoir la réunion *per primam*, là comme ailleurs.

Eh bien ! je viens de le dire, toute la raison réside dans ce fait que les chirurgiens s'acharnent à tailler un malheureux lambeau cutané antérieur, immense, lamentable, doublé de rien, avec l'artère principale en arrière sectionnée très haut et n'envoyant aucun ramuscule à ce lambeau. Si, rompant avec les errements classiques, ils voulaient bien opter pour la méthode que je leur apporte, ils verraient que la désarticulation du genou mérite de

sortir de son discrédit et constitue, au point de vue de la facilité, de l'innocuité, des résultats éloignés, une admirable opération.

Le procédé à lambeau postérieur que je préconise n'est pas tout à fait un nouveau venu en chirurgie. Hoin (de Dijon) l'a employé une fois, mais par nécessité dans un traumatisme. Brasdor, Blandin, Syme s'en sont servis.

Voici ce qu'en dit M. Farabeuf dans les notes de son livre : "Supposant que la peau antérieure doive être forcément coupée à peu près au niveau de l'interligne ou de la section osseuse, je crois que le lambeau postérieur devrait descendre à deux diamètres plus bas et sa largeur s'étendre de chaque côté à plusieurs centimètres en avant des bords latéraux des jumeaux. Quand la peau serait incisée et rétractée, il conviendrait de couper les jumeaux au-dessus de leur insertion avec le soléaire et de les décoller de la face postérieure de ce muscle. Ce serait après la désarticulation que, rasant la face postérieure du muscle poplité, on couperait les vaisseaux et les nerfs, au moment où ils s'engagent dans l'anneau du soléaire. On comprend l'importance de l'immobilisation et de la suture, du drainage, après une telle opération."

Ce qui prouve une fois de plus qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

Voici ce procédé tel qu'il a été réglé et perfectionné par mon distingué ami le docteur Arrou, prosecteur des hôpitaux de Paris, à Clamart, et tel qu'il a été décrit par le docteur Falibois.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires : lavage au sublimé des parties sur lesquelles va porter l'opération, asepsie des instruments, etc., etc., etc., le malade est attiré au bord du lit, les deux jambes pendantes.

Le chirurgien se place de manière à avoir la jambe qui va être enlevée à sa gauche. Un aide la soutient ; un autre aide est placé près de la cuisse. On est donc en dehors pour la jambe gauche, en dedans pour la jambe droite.

Après avoir cherché l'interligne articulaire sur les côtés du tendon rotulien, en fléchissant légèrement la jambe, il faut estimer approximativement le diamètre antéro-postérieur de l'articulation et marquer sur le milieu du mollet un point situé à un diamètre et demi de l'articulation.

Abaissez deux lignes droites suivant le bord postérieur du tibia et du péroné commençant à l'interligne et s'arrêtant au niveau du point infime postérieur ; rejoignez ces deux lignes en arrondissant, en haut en passant en avant sur le tibia, en bas sur le mollet en arrière.

Premier temps.—(Jambe gauche.) Commencez votre incision en avant, sur l'interligne, transversalement. Dirigez-vous en arrière et un peu en bas ; arrivé près du péroné, arrondissez votre incision qui devient alors brusquement verticale. Longez le péroné

jusqu'en face du point infime postérieur (à un diamètre et demi). Arrondissez de nouveau et coupez la peau du mollet horizontalement. Remontez en suivant la verticale interne, sur le bord postérieur du tibia. Puis, près de l'article, devenez franchement horizontal et terminez au point de départ.

Cette façon de faire, sans quitter les chairs, est très élégante ; mais il faut, à un moment donné, prendre le couteau de la main gauche. On doit donc être ambidextre, ce que je crois indispensable à tout chirurgien un peu habile.

Si vous voulez être plus terre à terre, faites deux incisions verticales isolées sur le péroné et sur le bord postérieur du tibia et réunissez les transversalement, en haut et en bas.

Repassez dans la plaie pour inciser jusqu'aux aponévroses et en haut jusqu'au tibia ; libérez ainsi la peau tout le long et en avant, pour découvrir le tiers inférieur de la rotule.

Deux temps.—Fléchissez légèrement la jambe et attaquez le tendon rotulien à plein tranchant, juste sur le bord inférieur de la rotule, en dirigeant la lame en haut du côté des condyles du fémur, sur lesquels elle viendra s'arrêter.

Abaissez votre couteau, sectionnez la capsule et, du même coup, le ligament latéral gauche. Finissez de détacher le ligament adipeux et, avec la pointe du couteau, sur le tibia coupez les ligaments croisés. Ceci fait, pliez la jambe sur la cuisse, de façon à la luxer complètement.

Troisième temps.—Avec le couteau rasez la partie postérieure du plateau tibial. Puis laissez le couteau et faites une sous-périostée. Avec la rugine détachez les parties molles en passant sous le périoste. Ayez soin d'aller jusqu'au ligament-interosseux. En route vous aurez à couper la tibiale antérieure. Arrivé aux deux premiers tiers de votre incision, plutôt plus que moins, laissez la rugine et reprenez le couteau pour finir ; en redressant la jambe vous allez sortir obliquement au niveau de votre incision cutanée.

Quatrième temps.—Après avoir fait la toilette des parties molles, liez la tibiale antérieure, si vous ne l'avez déjà fait, la tibiale postérieure et la péronière ; puis, attirant à vous le nerf tibial postérieur et le disséquant au besoin, vous le réséquerez aussi haut qu'il vous sera possible. Lavez avec soin ; incurvez votre lambeau en avant ; suturez-le à la peau située devant la rotule et, si vous n'êtes pas absolument sûr de votre antiseptie, couchez deux drains dans la plaie contre les condyles. Pansement.

C'est pour ne pas blesser les vaisseaux et pour les conserver jusqu'à l'extrémité du lambeau que le docteur Falibois conseille l'usage de la rugine. Avec le couteau il serait bien plus difficile de raser l'os.

Composition du lambeau et avantages du procédé.—Nous allons, dans ce chapitre, faire l'anatomie du lambeau postérieur, en montrant la constitution et les immenses avantages.

D'arrière en avant nous trouvons d'abord la peau. On lui a reproché de s'incurver difficilement en avant, d'être fine et inhabituée aux pressions. La première objection est au moins dérisoire. La peau se recourbe dans tous les sens; car c'est un organe essentiellement mou et élastique. Au coude un des meilleurs procédés de désarticulation n'est-il pas le lambeau antérieur? Quant à l'adaptation de la peau à des pressions violentes, elle ne fait aucun doute. Que de procédés d'amputation dans la contiguïté ou la continuité placent à l'extrémité du moignon une peau jusque-là vierge de toute pression! Ces reproches constituent donc de la pure fantaisie.

Les muscles du lambeau sont les jumeaux, le soléaire et le poplité. Les jumeaux sont conservés dans presque toute leur étendue, leurs insertions supérieures maintenues, enfin leur riche irrigation laissée intacte.

Nous ne parlerons pas des muscles postérieurs de la cuisse, triceps, demi-tendineux, demi-membraneux, du droit interne et même du couturier. Ils sont réduits là à l'état de tendons. Tout au plus, pourra-t-on les suturer aux parties molles.

Le soléaire est désinséré en haut et en bas; mais il garde ses connexions avec les muscles voisins et surtout avec les vaisseaux, ce qui est plus important. Il existe spécialement une branche du tronc tibio-péronier qui alimente son extrémité supérieure et qui se trouve admirablement conservée dans notre procédé. La séparation de ses attaches supérieures et inférieures n'a donc aucun inconvénient. Si on avait réfléchi un instant que la nutrition des muscles ne se fait pas par leurs attaches, mais par les vaisseaux qui les pénètrent, on n'aurait pas fait cette objection qui n'a pour elle que le grotesque.

Le muscle poplité, assez volumineux, conserve son insertion supérieure sur le condyle fémoral; en bas il est désinséré du tibia avec le périoste. Il est donc intact et joue un rôle de protection à l'égard des vaisseaux qu'on trouve derrière lui. De plus il apporte son étoffe à la constitution du coussin musculaire.

Voyons maintenant les vaisseaux du lambeau.

L'artère poplitée est conservée intacte. Elle trouve dans l'espace qui sépare les condyles, en arrière et en bas, une berge naturelle au fond de laquelle elle vient se loger, à l'abri de toute compression. Il serait d'ailleurs facile d'exciser un V renversé de l'espace intercondylien, pour augmenter encore cette protection; mais c'est une complication inutile. Les artères de moignons sont vouées à l'atrophie, comme l'a bien montré Segond.

Le tronc tibio-péronier continue la poplitée dans le lambeau et se trouve recouvert par le muscle poplité. Toutes ses branches sont respectées, sauf l'artère nourricière du tibia.

La tibiale antérieure et la péronière sont conservées jusqu'à l'extrémité du lambeau surtout si, comme l'a conseillé le docteur Falibois, on fait une sous-périostée.

La tibiale antérieure est divisée à un ou deux centimètres de sa naissance. Placée si près de l'origine du vaisseau, cette ligature n'a pas plus d'inconvénient qu'à la carotide externe.

Voyons maintenant ce que deviennent les nerfs dans le lambeau.

Le nerf sciatique se divisant en haut du creux poplité, nous trouvons le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne. Le premier donne trois branches collatérales, l'accessoire du saphène externe, la cutanée péronière et la musculaire. Seul le nerf accessoire du saphène externe est représenté sur la partie externe du lambeau et innervera sa couverture cutanée. Les deux autres naissent trop bas et disparaissent avec la jambe.

Le sciatique poplité interne sera réséqué assez haut dans le lambeau, afin d'éviter sa compression sous les condyles du fémur et aussi afin de se mettre en garde contre la production des névromes. Ses trois branches collatérales sont le saphène externe, l'articulaire, les musculaires. Le saphène externe persiste jusqu'à l'extrémité du lambeau, à l'état de filet sous aponévrotique d'abord, puis sous cutané. Il n'a aucun intérêt pour nous. L'articulaire continue à se répandre dans ce qui reste de l'articulation du genou. Enfin les branches musculaires continueront à innervier le poplité, le moignon de soléaire, les jumeaux. Ceci est une bonne condition et ne peut que contribuer à maintenir relativement intacts des tronçons musculaires voués à l'atrophie.

Nous conservons la rotule dans notre procédé. C'est une mutilation de moins. L'insertion du triceps est par là maintenue meilleure; les ailerons latéraux restent. Enfin, par sa saillie en avant, cet osselet contribue encore à donner au moignon la forme générale d'un renflement. La prothèse ne peut qu'y gagner. Si la rotule remonte un peu, ce qui est possible, elle entraînera avec elle la cicatrice opératoire déjà antérieure et l'éloignera du moignon.

Enfin, les condyles fémoraux sont laissés intacts, ainsi que leur cartilage d'encroûtement. Il y a beau temps qu'on a renoncé aux décortications cartilagineuses; elles n'avaient de raison d'être que dans la période sale de la chirurgie.

Avantages.—Notre procédé présente des avantages considérables. Il permet d'abord de reculer les indications de l'amputation de la cui-se. Dans les traumatismes de la face antérieure de la jambe et du genou, plus fréquents que ceux de la région poplité, le lambeau postérieur se trouvera tout indiqué.

Dans les ostéomyélites graves, du tibia où la peau antérieure de la jambe est souvent trouée de fistules, on pourra encore l'utiliser. Mais il n'y aurait là qu'un procédé de nécessité, comme dans le cas de Hoin, et cela ne constitue pas une méthode opératoire.

Mais, en laissant définitivement les procédés à lambeau antérieur, fondés sur de vieux errements, nous obtenons un moignon idéal, admirablement matelassé par les muscles postérieurs, bien

innervé, irrigué d'une façon merveilleuse; puisque, suivant une règle absolue de médecine opératoire, nous conduisons jusqu'au bord inférieur du lambeau l'artère principale du membre. La rotule est conservée. Les condyles du fémur ménagés vont prêter à la marche une large surface d'appui. Le triceps crural, le grand adducteur, gardent leurs insertions. La cicatrice n'est nullement comprimée, puisqu'elle est antérieure et latérale et tend plutôt à remonter.

Enfin la technique opératoire ne présente aucune difficulté spéciale. Toute l'attention devra se porter sur la conservation des vaisseaux, très rapprochés des surfaces osseuses. À ce point de vue, la méthode de la rugine (Falibois) offre une grande sécurité.

Nous pouvons donc, sans témérité, considérer notre méthode comme appelée à un certain avenir.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Le mécanisme de l'accouchement et la symphyséotomie.— Conférence de M. le professeur FARABEUF. MESSIEURS, ce que je vais vous dire, vous démontrer et vous montrer, vous ne le trouverez nulle part : les auteurs classiques ne contiennent rien sur la plupart des articles que je vais traiter... non, esquisser devant vous. Pour le reste, ils enseignent absolument le contraire de l'opinion que je me suis faite après avoir observé et expérimenté depuis 1886 jusqu'à aujourd'hui.

Mes deux amis et collaborateurs pour la clinique, Pinard et Varnier, ont communiqué en mon nom, au récent Congrès de Rome, plusieurs parties de mon travail, mais sans pouvoir rien démontrer avec des pièces naturelles. Ici à Rouen, pour la première fois, je vais tout exposer, j'entends tout ce qu'il y a de pratique, car je vous ferai grâce des expériences, des calculs, des recherches anatomiques, etc. Ce sera déjà bien trop pour mes forces et pour votre patience.

Mais c'est un ensemble d'articles ou de théorèmes qui s'enchaînent et se déduisent. Je réduirai chacun d'eux au strict nécessaire, mais je ne peux en supprimer aucun sans compromettre l'intelligence des manœuvres et démonstrations techniques, qui naturellement ne viendront qu'à la fin.

Et même, pour que la partie jeune des spectateurs comprenne, je débute par leur dire en quelques mots ce que tous, vous, mes confrères et mes collègues, savez aussi bien que moi.

Le fœtus qui s'est développé dans le ventre doit, pour être expulsé, traverser le bassin presque toujours la tête la première.

Celle ci entre donc comme elle peut dans ce qu'on appelle l'*excavation*, elle s'y tourne comme il faut, l'occiput vers la porte de sortie qui est en avant; enfin elle sort par un canal de parties molles résistantes mais dilatables, dont je n'ai pas à m'occuper.

Ce qui est aujourd'hui important, essentiel, c'est son entrée, c'est la manière dont elle franchit l'orifice supérieur de l'excavation, le *détroit supérieur*, anneau *inextensible* parce qu'il est formé par une ceinture osseuse, les pubis, les lignes innominées, les ailes du sacrum et le *promontoire* ou angle-vertébral.

Sur la femme debout, le détroit supérieur regarde plus en avant qu'en haut, parce que son plan fait avec l'horizon un angle de 60°. De là résulte que le promontoire est situé bien au-dessus du niveau horizontal du pubis, à une hauteur en ligne verticale inférieure de 10 à 15 millimètres seulement à la distance inclinée promonto-pubienne dite *diamètre antéro-postérieur* ou *promonto-pubien minimum* du détroit.

L'orifice osseux que le bassin offre ainsi à la tête est toujours assez large dans ses diamètres transverses qui, l'emportant de beaucoup à l'état normal sur l'antéro-postérieur, conservent des dimensions suffisantes dans les rétrécissements communs, que caractérise un simple aplatissement du bassin d'avant en arrière.

C'est donc la distance du promontoire au pubis, le diamètre antéro-postérieur, promonto-pubien, qui est en défaut: de 110 millimètres, il tombe à 100, 90, 80, 70, rarement plus bas et très exceptionnellement à 60 et au-dessous.

La tête du fœtus, plus longue du front à l'occiput que large d'un pariétal à l'autre, se place au mieux sur cet orifice oblong fléchi complètement ou non, c'est et ce ne peut-être que son diamètre bi-pariétal qui s'offre à l'intervalle promonto-pubien. Or, ce bi-pariétal mesure 95 millimètres et il est fort peu réductible.

Dans un bassin large, normal, la tête, ou plutôt l'arrière tête pénètre facilement, sans être attardée ni obligée de s'accommoder.

Dès que le bassin est *juste*, elle s'accommode avec lenteur et quelque difficulté; quand il est trop juste, quoique suffisant encore, une intervention prudente et savante peut seule aider l'utérus qui n'a pas la force nécessaire pour réduire la tête. Enfin, si le détroit est insuffisant ou la tête trop grosse, ce qui est la même chose, l'accouchement ne peut se terminer que par l'agrandissement momentané du bassin, qui sauve la mère et l'enfant, ou la perforation et le broiement de la tête de celui-ci.

I

A l'état normal, la tête s'oriente donc transversalement ou à peu près; mais comment s'incline-t-elle, comment se pose-t-elle sur le détroit supérieur?

Cherche-t-elle à y pénétrer de haut en bas et en arrière dans

l'axe du détroit, pour s'en coiffer comme d'un chapeau bien équilibré, enserrant les deux pariétaux aussi près d'une oreille que de l'autre ?

Si cela est, c'est le *synclytisme*, enseigné couramment en France et ailleurs. Alors, l'une des bosses pariétales serait en rapport avec le pubis en même temps que l'autre avec le promontoire. Vu l'inclinaison du détroit, le fœtus mis dans cette attitude sous nos yeux forme une saillie énorme en avant qui ne plaide pas en faveur de cette hypothèse.

C'est encore bien pis si l'on réalise la doctrine de Nægele, c'est-à-dire l'*asynclytisme* avec inclinaison sur le pariétal antérieur : je vous montre qu'alors la bosse et tout le pariétal et l'oreille antérieure sont dans le bassin, tandis que la bosse postérieure et *a fortiori* l'oreille sont encore au-dessus du promontoire. Le toucher vaginal fait reconnaître toute la moitié antérieure du crâne et n'atteint la suture sagittale qu'à une profondeur considérable. N'était-ce la hauteur, on croirait avoir affaire à une tête descendue au fond de l'excavation avec bascule dans la concavité sacrée.

En 1886, dans des expériences cadavériques, ayant vu que les choses allaient bien mieux en posant la tête à l'inverse de ce qu'a dit Nægele, je me mis à chercher si ce que je donnais d'abord comme une hypothèse anatomique ne serait pas la vraie. Il se trouva que j'avais deviné juste et c'est là le point de départ nécessaire de toute ma démonstration. Expliquons-nous donc. La tête pénètre, ai-je dit, en *asynclytisme* opposé à celui de Nægele. La bosse postérieure est déjà loin au-dessous du promontoire, dans la concavité du sacrum, alors que la bosse antérieure repose encore sur le pubis. Vous voyez l'attitude, elle paraît rationnelle. Mais une apparence satisfaisante n'est pas une preuve.

II

Maintenant que Varnier a rassemblé un grand nombre d'observations et de figures de coupes congelées, d'autopsies et de constatations cliniques contrôlées par Pinard, je puis bien dire hardiment : c'est la bosse postérieure qui passe la première. La bosse antérieure ne franchit le pubis qu'après, et, point capital, la tête passe en basculant comme un battant de cloche qui s'en irait battre la concavité du sacrum. C'est le contraire et de l'*asynclytisme* de Nægele et du *synclytisme* ou passage simultané des bosses que l'on enseignait. Voyez sur cette simple figure que dans l'hypothèse de Nægele où la tête est largement appuyée en avant sur les pubis, la bosse pariétale postérieure est en conflit avec le dessus du promontoire et devrait s'aplatir pour le franchir, ce qui est impossible. De même pour que les deux bosses puissent passer à la fois, le diamètre bi-pariétal devrait subir une réduction excessive, car nous sommes toujours, bien entendu, dans l'hypothèse d'un bassin juste.

Je n'ai pas inventé ce fait que, posée comme je dis, la tête passait mieux en basculant; il y a longtemps qu'en introduisant un levier, une cuiller de forceps en avant de la tête entre elle et le pubis, on a constaté qu'on pouvait le faire basculer en arrière et s'engager, mais j'ai compris ce fait et ses conséquences.

Expériences de laboratoire, documents bibliographiques, observations cliniques, tout me permet de vous dire: Voilà le véritable mécanisme.

Mais il faut pour cela que le sacrum soit *divergent* relativement à la symphyse, c'est-à-dire que la paroi postérieure de l'excavation s'écarte de plus en plus des pubis en allant de haut en bas depuis le promontoire jusqu'au milieu du sacrum. Il est donc de la plus haute importance de connaître la distance qui sépare le pubis de la face pelvienne, concave ou non, du sacrum, de ce que j'appelle le *diamètre mi-sacro pubien*, qui doit être au moins aussi grand que le diamètre bi pariétal, très peu réductible, puisqu'il doit le recevoir.

Or, ce diamètre, les accoucheurs ne le mesurent jamais! Ils n'en ont donc pas compris l'extrême importance. Faites attention qu'il est plus important encore de le connaître que le promonto-pubien. Celui-ci peut être notablement plus étroit que le diamètre céphalique qui s'ouvrira à lui, tempe appliquée au promontoire, pariétal sur les pubis.

Car ce diamètre temporo pariétal, la tempe qui est dépressible, peut le réduire de plus de 10 millimètres sans danger. Dans le mi sacro-pubien, au contraire, le bi-pariétal est en cause et une fois le chevauchement sagittal réalisé, il ne cède plus d'un millimètre.

III

Il me faut maintenant, pour permettre aux praticiens qui m'entendent de constater sur la parturiente les preuves de mon opinion, définir l'*engagement*. J'ai cherché en vain cette définition; les accoucheurs ne l'ont pas donnée.

Il ne suffit pas que la tête soit sentie dans l'excavation pour être dite engagée. Que depuis plusieurs heures elle soit fixée, appuyée, c'est à dire bien poussée par l'utérus, et l'on pourra trouver l'excavation plus d'à moitié remplie, les deux tiers du crâne y étant plongés sans qu'il soit positivement engagé, c'est-à-dire sans qu'on puisse dire que tout va se terminer maintenant à bref délai et bien. Il faut pour l'*engagement* que les deux extrémités du grand diamètre céphalique soient sous ou dans le détroit supérieur: je dis qu'il y a engagement lorsque la bosse pariétale postérieure étant depuis longtemps sous le promontoire, l'antérieure a fini par descendre au niveau du culmen pubien, de la partie la plus étroite.

Il y a 6 semaines, un cas s'est présenté avec l'inclinaison de

Naegelé. La tête étant facilement sentie, on apercevait les cheveux. Un de mes élèves, sachant que malgré les apparences, la tête n'était pas en train de passer, dit que la symphyséotomie allait s'imposer. Le chef de service s'exclama d'abord, parce qu'il avait toujours fait et qu'il faisait confusion entre l'engagement et la simple fixation; entre le premier, qui est une question résolue et la seconde, qui ne se résoudra peut-être. — *La Normandie médicale.*— *A suivre.*

Diagnostic différentiel d'une douleur abdominale chez la femme.—La femme consulte souvent le médecin pour des douleurs abdominales qu'elle rattache à une cause utérine. Or, il importe, au point de vue pratique, de préciser le diagnostic de ces douleurs, de s'assurer si elles sont pariétales, pelviennes, névralgiques ou extra-pelviennes: tel est le problème ardu, dont nous trouvons la solution dans la *Revue de clinique et de thérapeutique*.

La douleur pariétale a son point de départ dans la faiblesse des parois abdominales, la distention ou la fatigue musculaire ou une sensibilité individuelle excessive. Elle est caractérisée par une persistance extrême, une localisation indécise et la provocation seulement dans la station debout ou pendant les efforts de la marche. Quand elle persiste dans le décubitus dorsal ou malgré le repos, on soupçonnera les viscères de l'utérus, que l'on aura soin, dans ce cas, d'explorer attentivement; ces organes sont ils intacts, on arrivera par élimination à poser le diagnostic de douleur musculaire, liée à la faiblesse ou à la neurasthénie.

La douleur pelvienne peut être inflammatoire ou congestive, causée par une métrite chronique, une salpingite, ovarite, périmétrie, congestion ou déplacement de l'utérus. Localisée profondément, rémittente, amoindrie par le décubitus, elle a son siège principal dans la région des lombes ou le bas-ventre. Se rapporte-telle à l'ovaire ou à la matrice, elle existe soit au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure, soit à l'hypogastre ou au sacrum: elle augmente pendant le coït et à l'époque menstruelle. Dépend-elle de contractions utérines, elle revient par paroxysmes d'une durée d'une minute. Elle est comparable, suivant Hermann, à la douleur du fibrome abdominal ou de la dysménorrhée. Le décubitus ne la modifie point.

La douleur névralgique est indépendante de la position debout ou couchée, et liée à un état morbide général: anémie, neurasthénie. Elle est variable, rémittente, mobile, comme toutes les manifestations nerveuses.

La douleur extra-pelvienne peut être causée par le foie, l'intestin, l'estomac et le rein. La colique hépatique est vive, épigastrique, paroxystique, accompagnée de nausées ou vomissements, parfois d'ictère; la colique intestinale se fait sentir sur le trajet des colons ascendant, transverse ou descendant; le décubitus ne la diminue pas, mais bien l'expulsion de gaz ou de fèces.

La gastralgie accompagne la dyspepsie, l'ulcère, le cancer et les affections nerveuses ou inflammatoires de l'estomac ; elle augmente ou diminue avec l'ingestion des aliments.

La colique néphrétique est violente, paroxystique et souvent accompagnée de vomissements, d'urines sanguinolentes ou renfermant des graviers, quant à la douleur du rein mobile elle se distingue par son caractère d'acuité, sa courte durée et sa disparition coïncidant avec les causes de l'accident.

Quand ceux-ci sont retenus dans l'uretère, la palpation permet de constater leur présence, grâce au gonflement et à la sensibilité exagérée de l'un des reins ; toutefois, il ne faut pas oublier que le degré extrême de concentration de l'urine et l'irritation causée par son passage à travers le filtre rénal peut déterminer cette même sensibilité, qui disparaît facilement par l'ingestion de boissons délayantes et diurétiques.

La douleur de la néphrite chronique et de la pyélite peut être diagnostiquée aisément par l'examen microscopique et chimique des urines.

L'asepsie en obstétrique.—M. VERT résume dans les termes suivants ses vues sur les précautions à prendre pour assurer l'asepsie dans la pratique obstétricale : Le médecin et la sage-femme doivent se revêtir de vêtements parfaitement propres, au moment de pratiquer l'accouchement. Autant que possible, on fera prendre un bain à la parturiente. Dans tous les cas, on devra laver les parties génitales externes à l'eau et au savon, le lavage étant fait par une personne dont les mains sont en état de parfaite propreté. Après chaque exploration interne, et avant chaque opération, il est indispensable de désinfecter, dans le sens le plus rigoureux du mot, les mains de l'opérateur et les parties génitales externes de la femme. On fera de même peu de temps avant la sortie de l'enfant. Dans les circonstances normales, la désinfection des organes génitaux internes n'est pas nécessaire. De même dans les circonstances normales, il n'est indiqué de désinfecter ni les organes génitaux externes, ni les organes génitaux internes. Les manœuvres d'exploration interne devront être réduites au strict nécessaire, sous le contrôle de l'autre main et de la vue, mais sans que jamais cette autre main soit mise en contact avec le périnée. La couche d'ouate qu'on a coutume d'appliquer sur la vulve n'a pas pour but de réaliser une occlusion aseptique, mais celui de retenir les produits de sécrétion, cela surtout en vue de faciliter le diagnostic des complications éventuelles. On devra toujours s'approvisionner de gaze stérilisée qui, il est vrai, n'est indispensable que dans un nombre de cas relativement restreint.

Note sur l'emploi du permanganate de potasse en gynécologie, par le Dr E. MONOD, chirurgien des hôpitaux.—A ceux de nos lecteurs qui n'auraient pas présenté à l'esprit l'importante

communication de M. Janet, au Congrès de Chirurgie de 1892, sur l'action du permanganate de potasse dans le traitement de la blennorrhagie, je rappellerai les faits acquis par les consciencieuses recherches de l'auteur. Tandis que le nitrate d'argent et le sublimé ont pour premier effet de déterminer une suppuration abondante de l'urètre, suppuration qui fournit aux gonocoques un excellent terrain de culture, le permanganate de potasse provoque un écoulement séreux, très différent de la sécrétion habituelle de la blennorrhagie, qui balaye les microbes déjà formés et qui paraît impropre à leur développement ultérieur. Ce qui prouve le fait, quelle que soit d'ailleurs l'interprétation qu'on en donne, c'est que l'examen bactériologique de la sécrétion urétrale, à la suite de lavages au sublimé et au permanganate, permet de constater, dans le premier cas, la présence d'un grand nombre de gonocoques, et leur absence totale dans le second. M. Janet conclut de ces expériences que le permanganate de potasse est doué d'une action en quelque sorte spécifique sur le microbe de la blennorrhagie, dont il modifie profondément le milieu de culture.

Très frappé par ces résultats, marqués au coin de la rigueur scientifique la plus absolue, j'ai songé tout naturellement, comme l'ont fait sans doute plusieurs de mes confrères, à expérimenter les effets de ce produit dans les différentes formes de la blennorrhagie chez la femme. Mes recherches sont restées jusqu'ici sur le terrain purement clinique et n'ont pas encore pu recevoir la consécration des examens de laboratoire. De plus, elles en sont à leur début et, par conséquent, peu nombreuses. Les résultats que j'ai obtenus sont cependant assez encourageants pour que je les consigne dans cette simple note, que je me propose de compléter dans la suite.

Je puis tout d'abord confirmer les conclusions de l'intéressant travail que mon ami, M. Rocaz, publie dans le présent numéro des *Annales*, en ce qui concerne la supériorité des lavages au permanganate de potasse sur les autres moyens de traitement sur la vulvo-vaginite des petites filles.

Quoi qu'on en dise, il n'y a pas de savant médecin matérialiste. S'il en est qui se laissent accuser de matérialisme, je suis tenté de croire qu'on les calomnie.

Entendu par le Domino au foyer de l'Opéra :

— En somme, mon cher ami, qu'est-ce que la médecine, sinon un libre-échange ?

— Un libre échange ?

— Sans doute : le malade prend l'avis du docteur, et le docteur prend la vie du malade. — *Echo de la Semaine.*

PEDIATRIE.

Traitement de la fièvre typhoïde chez l'enfant.—Faut-il appliquer la méthode de Brand dans la fièvre typhoïde chez l'enfant? Oui, répond l'École de Lyon. A Paris, la plupart des médecins sont moins audacieux; cependant Comby conseille les bains froids à partir de 5 à 6 ans: donner au moins, dans les 24 heures, 3 ou 4 bains à 25°; s'il y a de l'hyperthermie, des phénomènes ataxo-adiynamiques, donner des bains à 20° toutes les 3 heures pendant 10 à 15 minutes quand les enfants ont atteint 8 ou 10 ans, réagissent bien, se réchauffent facilement après le bain; suspendre en cas d'hémorragie intestinale ou de complication broncho-pulmonaire.

Marfan réserve les bains froids aux formes graves; le bain doit être d'abord donné à 22°, et refroidi à 20; puis on le donne à 20, et on le refroidit jusqu'à 18. Durée, 3 ou 4 minutes, affusions froides sur la tête. Retirer l'enfant dès qu'il commence à frissonner. S'il se produit de l'apnée, retirer l'enfant de l'eau, le frictionner, faire des tractions rythmées de la langue. Après le bain, envelopper l'enfant dans une couverture de laine et donner des boissons chaudes. Renouveler le bain dès que la température rectale dépasse 37°, en commençant à le prendre 3 heures après la précédente immersion. Marfan emploie les bains froids dans tous les cas sérieux, quel que soit l'âge de l'enfant.

Le Gendre n'a recours aux bains froids à 20° toutes les 3 heures que dans les cas très graves.

En tous cas, si l'on se décide à baigner le petit malade, on n'oubliera pas que le collapsus est toujours à craindre.

L'enveloppement dans le drap mouillé donne d'excellents résultats; on peut le renouveler toutes les deux ou trois heures, chaque enveloppement durant 20, 30 minutes, une heure et même plus, selon les résultats obtenus.

Si, pour une raison quelconque, les bains froids ou les enveloppements mouillés ne sont pas employés, que faire?

1° Commencer le traitement par un purgatif (sulfate de magnésie ou de soude) que l'on répètera tous les trois jours ou administrer le calomel à dose purgative et lui substituer ensuite les purgatifs salins.

2°

Naphtol B	}	ââ 2 gr. 50
Salicylate de bismuth...		

divisés en 10 paquets, un toutes les deux heures dans du pain azyme ou du lait chaud ou une cuillerée de potion Todd, selon l'âge de l'enfant. S'il y a constipation, remplacer le salicylate de

Bismuth par le salicylate de magnésie. Si la diarrhée est modérée, ne donner qu'e le naphthol.

Ou dans les cas moyens, benzinaphthol, 1 à 3 grammes associé de salicylate de bismuth ou de magnésio.

3^o Un lavement antiseptique froid, matin et soir, eau boriquée à 4 pour 100.

4^o Dès le premier jour, huit bains par jour, jusqu'à ce que la température ait atteint 37,5. Au moment où on met l'enfant dans le bain, la température de l'eau doit être de 2, au-dessous de celle du malade; puis on abaisse de 1^o toutes les dix minutes, par addition d'eau, jusqu'à ce qu'on ait atteint 30. C'est le bain de Bouchard.

5^o Le soir, vers les 5 ou 6 heures, chlorhydrate de quinine par fractions, de demi-heure en demi-heure, de 0,50 à 2 grammes selon l'âge. A partir de 5 ans, 1 gramme à 1 gr. 50 suffisent généralement.

6^o Exécution rigoureuse des prescriptions hygiéniques classiques, alimentation liquide, boisson abondante en petite quantité à la fois.

(Combinaison des pratiques de Bouchard, Legroux, Legendre.)

Pratique de Marfan dans les cas légers :

1^o Deux fois par jour un mélange parties égales de sulfate de quinine et de benzo-naphthol ou de bétol, à doses variables selon l'âge : à 6 ans, par exemple, 0,40 de chaque en 24 heures.

2^o Tous les deux jours, demi verre d'eau de sedlitz.

3^o Tous les jours, un grand lavement avec de l'eau bouillie froide. Nettoyer soigneusement la bouche, les narines, la peau ; donner des bouillons, des potages, du lait, de la limonade vineuse.

Accidents cardiaques : Injections sous-cutanées de caféine, digitale tous les trois jours ; injection de sulfate de spartéine.

Congestion pulmonaire : Ventouses sèches, enveloppements froids du thorax.

Hémorragie intestinale : Immobilité, opium, glace sur le ventre.

Péritonite : Même traitement et suspendre l'alimentation buccale.—*Union médicale.*

Traitement de la dyspepsie gastro-intestinale des nouveau-nés.—Dans une thèse récente, M. DAMOURETTE, s'inspirant de la pratique de son maître, M. Budin, propose les moyens suivants pour combattre cette affection :

1^o Désinfection du tube digestif par le calomel, à la dose quotidienne de 5 centigrammes, en deux ou trois prises successives, mais séparées par un intervalle d'une heure ;

2^o De plus benzo-naphthol à la dose quotidienne de 1 gr. divisée en paquets de 10 centigr. Administrer chaque prise en solution dans du lait ;

3^o Lavements avec l'eau boriquée tiède à 4 pour 100.

Moyens aseptiques : Faire ingérer un quart d'heure avant chaque repas une cuillerée à café de la potion suivante :

Pepsine.....	0,50 cent.
Acide chlorhydrique.....	v gouttes.
Jalep gommeux.....	60 gr.

Moyens toniques : Grogs, trois à quatre cuillerées par jour, rhum, 2 à 3 gouttes par tétée.

Comme moyens extérieurs, employer le lavage de l'estomac avec l'eau bouillie et l'eau de Vichy, deux heures environ après chaque tétée, pour éviter l'obstruction de la sonde par des grumeaux de lait caillé.—*Journal des praticiens.*

Pleurésies purulentes chez les enfants, leur traitement.—

La pleurésie purulente est relativement fréquente dans l'enfance. Non diagnostiquée ou abandonnée à elle-même, son pronostic est presque toujours fatal. Convenablement traitée, elle guérit le plus souvent. Si l'on considère l'état dans lequel arrivent, au moins à l'hôpital, les petits malades, on peut dire qu'on assiste à de véritables résurrections d'enfants, condamnés depuis longtemps sous des étiquettes variées : tuberculose, broncho-pneumonie, etc.

Il importe donc d'en faire le diagnostic le plus rapidement possible. Cette question de séméiologie n'entre pas dans le cadre de cette revue, où nous voulons seulement parler du traitement de l'empyème. En dehors des signes classiques connus,—ampliation et immobilisation de toute la poitrine, voussures, élargissement des espaces intercostaux—qui sont toujours si manifestes chez les enfants dont le thorax mobile se prête facilement à toutes ces déformations, on doit toujours songer à la pleurésie purulente quand on constate une matité notable à la base d'un poulmon, avec l'absence complète de tout bruit vésiculaire ou de signes stéthoscopiques anormaux. Aussi faut-il toujours dans ces cas faire une ponction exploratrice.

Une seringue de Strauss, de Félizet, de Debove, en un mot une seringue dont le piston peut, sans s'altérer, supporter l'ébullition, est bouillie dans l'eau phéniquée à 5/100, si l'on ne veut pas pratiquer l'examen microbiologique du pus ; dans de l'eau ordinaire, si cet examen doit être fait. Au point le plus mat du thorax, là où la voussure est le plus manifeste, la peau est brossée avec soin à l'eau chaude et au savon, dégraissée à l'éther et lavée très soigneusement avec la solution de sublimé à 1/1000. Les mains de l'opérateur sont elles-mêmes lavées avec soin suivant les règles antiseptiques. Prenant alors la seringue, dont on a vérifié au préalable le bon fonctionnement, on flambe l'aiguille, et, quand elle est refroidie, on l'enfonce dans l'espace intercostal choisi d'avance en longeant le bord supérieur de la côte inférieure pour éviter la blessure des vaisseaux intercostaux. On aspire alors

lentement ; le plus habituellement, quand il y a du pus, quelques gouttes montent dans la seringue ; si le pus est très liquide, la seringue peut se remplir presque complètement. Dans le cas où la ponction exploratrice est négative : ou bien quelques gouttes de sang montent dans la seringue, alors on a pénétré dans le poumon ; ou bien l'on ne retire absolument rien, ni sang ni pus.

Il ne faudrait pas en conclure d'une façon absolue qu'il n'y a pas de pus dans la plèvre. Il arrive même assez souvent que l'épanchement est tellement épais qu'il ne peut s'engager dans l'aiguille. Il est alors nécessaire de faire une ponction avec l'appareil de Potain ou de Dieulafoy. Nous verrons plus loin comment on doit agir.

Une ponction exploratrice, faites dans les conditions précédentes avec toutes les règles de l'antisepsie, est absolument inoffensive. Jamais l'on n'observe d'accidents, même quand on pénètre dans le poumon.

Quand on a constaté la présence d'un empyème, il est de toute nécessité d'évacuer le plus tôt possible le pus. Il n'y a aucune contre-indication. Ni la température ni l'état général souvent très grave de l'enfant ne doivent arrêter le médecin. Nous parlons bien entendu des cas de pleurésie purulente franche, laissant de côté volontairement les cas dans lesquels, au cours d'une broncho-pneumonie très intense à foyers bilatéraux, quelques cuillerées de liquide se collectent dans une ou dans les deux cavités pleurales.

Pour évacuer le pus, on pratique la thoracentèse avec un appareil aspirateur ordinaire, et en prenant toutes les précautions indiquées plus haut pour que cette intervention soit faite antiseptiquement.

Il n'y a qu'une seule recommandation à faire. Il faut ponctionner avec une aiguille assez grosse, l'aiguille No 2 de Dieulafoy au moins. Il arrive même, quoique très rarement, que celle-ci soit encore trop petite, ou mieux qu'un grumeau purulent, en bouchant l'entrée, empêche l'écoulement du liquide. Il ne faut pas alors hésiter, au moins quand on a la conviction de l'existence d'un épanchement par la réunion de tous les signes cliniques habituels, à faire la ponction avec un gros trocart. Sans doute, il arrive quelquefois que le pus continue à couler par l'orifice du trocart, trop volumineux ; on en est quitte alors pour faire l'empyème séance tenante ; dans tous les cas, cette conduite vaut infiniment mieux que de laisser l'enfant mourir d'une pleurésie purulente méconnue.

Il est bien entendu que, dans l'évacuation d'un épanchement purulent, on doit prendre toutes les précautions qu'on prend d'ordinaire pour l'évacuation des épanchements séreux, surtout pour la plèvre gauche : écoulement lent ; on s'arrête aux premières secousses de toux.

La nature du liquide retiré par la ponction donne au clinicien

de précieux renseignements sur la nature de l'agent pathogène de la pleurésie.

Sans doute, toutes les fois que cela sera possible, un examen bactériologique vaudra mieux. Cependant un pus très épais, jaune, crémeux, est presque toujours produit par le pneumocoque, et comporte un pronostic relativement bénin; le pus peut être fétide, ce qui constitue une indication formelle de l'empyème, etc.

En clinique: ou l'épanchement se reproduit dans les jours qui suivent la ponction, ou il ne se reproduit pas—cas exceptionnel. Si l'on a affaire à la pleurésie purulente méta-pneumonique, si l'enfant n'est pas trop fatigué, on peut faire une seconde, une troisième ponction, l'épanchement guérit par ce seul traitement. Mais si l'état général reste mauvais, si l'épanchement se reproduit, il faut arriver à l'opération de l'empyème. Un bistouri, quelques pinces hémostatiques, une sonde cannelée, une rugine, une cisaille, et une bobine de soie fine suffisent. Si l'enfant n'est pas trop fatigué, il vaut mieux chloroformer, en prenant les plus grandes précautions, surtout si l'épanchement siège à gauche. Si, au contraire, l'état général est inquiétant, on peut opérer à la cocaïne, ou, après, un stipage, au chlorure de méthyle.

On choisit, quand on le peut, la région axillaire dans le 5e ou le 6e espace; mais si l'épanchement, ce qui arrive souvent dans les pleurésies méta-pneumoniques, est enkysté, il vaut mieux inciser directement à l'endroit où la matité est le plus manifeste, la voussure la plus marquée. Dans certains cas, la ligne d'opération est indiquée par une orifice d'écoulement du pus (empyème ouvert spontanément au dehors, trou fait par un gros trocart et par lequel le pus continue à s'écouler).

Les instruments sont bouillis ou flambés, la peau nettoyée avec soin.

L'incision est faite dans l'espace intercostal choisi; la peau, les muscles sont coupés, les artérioles de la paroi pincées. On arrive ainsi sur la paroi costale. Chez l'enfant, on peut poser en principe que, pour faciliter l'écoulement du pus, il vaut mieux faire la résection d'un fragment de côte. A cet âge, en effet, les espaces intercostaux sont trop étroits. Arrivant alors sur la côte supérieure, on incise son périoste; on dénude l'os à la sonde cannelée et à la rugine sur tout son pourtour dans l'étendue que l'on veut couper (2 à 3 centimètres au moins). On glisse la cisaille de Liston entre le périoste et l'os et on coupe la côte; le fragment enlevé, on incise le périoste de la face interne de la côte et la plèvre pariétale. La cavité pleurale est ouverte et le pus s'écoule mélangé souvent à des fausses membranes épaisses.

En dehors de la blessure des vaisseaux intercostaux, facile à éviter en suivant la règle précédente et qu'on pincera si cet accident arrive, il n'y a guère qu'un autre accident: il se peut que le périoste de la côte dénudée saigne notablement. Le plus habi-

tuellement, une compression convenable et un peu prolongée rend maître de cette hémorrhagie en nappe.

Quand le pus est écoulé, on prend deux gros drains qu'on accole en canons de fusil; on les réunit par une épingle de nourrice et on les engage dans la plèvre. On glisse sous l'épingle une lanière de gaze iodoformée et sur tout le thorax on fait un large pansement bien doublé de ouate, surtout, dans les parties déclives, car le suintement des liquides est abondant dans les premiers jours qui suivent l'opération.

Les lavages sont inutiles dans la très grande majorité des cas.

Le pansement doit être renouvelé tous les jours, dans la première semaine. Les drains sont alors nettoyés, débarrassés des fausses membranes qui les entourent ou les obstruent et remis en place. On diminuera progressivement leur longueur.

Dans les semaines suivantes, les drains seront raccourcis de plus en plus, les pansements plus rares: tous les 3, 4, 8 jours.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait, que l'antisepsie la plus rigoureuse doit être suivie dans les pansements consécutifs. Telle plèvre, dont l'infection primitive était due au pneumocoque, et qui devait par suite guérir en 5 à 6 semaines, se trouve infectée secondairement par des pansements sales. Alors la suppuration est intarissable, la fièvre remonte, l'enfant maigrit de nouveau; en dépit des lavages, des cautérisations au chlorure de zinc, des résections costales étendues, la suppuration de la plèvre continue, le poumon n'a aucune tendance à l'expansion et l'enfant meurt épuisé avec des signes de dégénérescence amyloïde. Si, au contraire, on a suivi une antisepsie rigoureuse, l'état général reprend très vite, le poumon redevient rapidement perméable, la paroi très souple du thorax de l'enfant se rétracte et la guérison survient en six semaines ou deux mois.

Quelquefois une des extrémités costales baignant dans le pus suppure pour son compte; un grattage de cette portion d'os suffira le plus souvent à tarir une fistulette qui a pour origine la paroi et non la plèvre.—A. PÉRON, in *Gazette médicale de Paris*.

Psoriasis.—Besnier.

P.—Ichthyol.....	}	ââ 38 grains.
Acide salicylique		
Acide pyrogallique.....		
Aristol	}	ââ 1 once.
Vaseline.....		
Axonge		
Lanoline.....		

M.—Cette préparation est très active et ne doit être appliquée qu'en très petites quantités.

FORMULAIRE.

Solution stable de morphine.

P.—Chlorhydrate de morphine.....	15 grains.
Alcool vinique	1½ drachme fl.
Glycérine... ..	2 drachmes fl.
Eau distillée.....	4 drachmes fl.

M.—Filtrer. Cette solution, qui est au trentième, se conserve inaltérable pendant des mois.—*Centralblatt für. Therapie.*

Cancer de l'utérus.

P.—Acide salicylique.....	30 centigr. (5 grs.)
Salicylate de soude.....	10 grammes (154 grs.)
Teinture d'eucalyptus.....	20 “ (6 drachm. fl.)
Eau distillée	200 “ (7 onces. fl.)

M.—Mode d'emploi: Trois cuillerées à soupe dans un litre d'eau, à employer en injection trois fois par jour comme désodorisant.—*Gazette de Gynécologie.*

Vomissements de la grossesse.

P.—Menthol.	60 grains.
Huile d'olive	2 drachmes fl.

M.—Dose : Six à 10 gouttes sur un morceau de sucre.—*Presse médicale.*

Fièvre tuberculeuse chez les enfants.—M. B. Rachford.

P.—Gaiacol.....	4 grammes.
Lanoline.	4 “
Axonge.....	30 “

M.—Faire chaque soir des onctions sur le thorax avec gros comme une noisette de cette pommade.—*Semaine médicale.*

Pilule anti-bilieuse.—Dr Navarre.

P.—Calomel.....	22 grains*
Poudre d'ipécac.....	8 “
Extrait de rhubarbe	60 “
Extrait de jusquiame	34 “
Huile essentielle de lavande	48 gouttes

M.—Pour 40 pilules. Dose : De deux à trois pilules par jour.—*Revue médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTRÉAL, JUIN 1894.

BULLETIN.

Le onzième Congrès International des Sciences Médicales
tenu à Rome du 29 mars au 5 avril 1894.

L'importance des communications faites au Congrès de Rome nous engage à donner à nos lecteurs un résumé succinct mais aussi complet que possible des principaux travaux des sections.

Signalons d'abord la conférence faite au Congrès, le 30 mars, par M. le professeur BOUCHARD: *Du rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre*. L'importance de ce sujet est telle que nous préférons reproduire en entier, dans la présente livraison, le travail de M. Bouchard, plutôt que d'en faire une analyse.

Dans la section de *pathologie générale et d'anatomie pathologique*, on a discuté la question du *parasitisme dans le cancer*, et M. Pio Foa, de Turin, a fait un rapport sur la question, dans lequel il passe en revue toutes les théories et les hypothèses émises à ce sujet. Il conclut que parmi toutes ces hypothèses sur les causes du cancer, celle de son origine parasitaire est jusqu'ici la plus vraisemblable, bien qu'elle ne puisse avoir la prétention d'expliquer tous les faits cliniques et anatomiques relatifs aux néoplasmes cancéreux.

Au cours de la discussion qui suivit ce rapport, M. le professeur CORNIL, sans être hostile au parasitisme du cancer, dit cependant que jusqu'ici les partisans de la théorie parasitaire du cancer se sont uniquement basés sur la morphologie, et les corps décrits par eux comme étant des parasites ne lui paraissent pas être autre chose que des modifications des noyaux et des cellules résultant des mouvements de la nucléine et de la paranucléine, en rapport avec leur croissance extrême et avec leurs dégénérescences variées.

En effet, le savant professeur n'a trouvé dans le cancer que des cellules et des noyaux, à multiples modifications dans leurs formes, ce qui a pu en imposer pour des parasites. Les noyaux des cel-

lules cancéreuses se divisent tantôt en deux, tantôt en trois, quatre, cinq, six ou sept noyaux secondaires, et ces divisions aboutissent à la production de deux ou plusieurs cellules contenant chacune un noyau, ou à la production de plusieurs noyaux siégeant dans le protoplasma de plusieurs cellules.

En somme, il n'y a dans l'examen microscopique des coupes de cancers, colorées soit en bleu ou en rouge, que des cellules plus ou moins grandes, toutes renfermant des noyaux en plus ou moins grande quantité.

RUFFER (de Londres), n'est pas de l'opinion de M. Cornil et se rattache à celle de Foà. A notre avis, M. Cornil est dans le vrai.

Une autre question, celle de la *transmissibilité du cancer et des tumeurs expérimentales obtenues chez les animaux*, a été traitée par M. le professeur DUPLAY et M. CAZIN. Dans des travaux antérieurs (1892), MM. Duplay et Cazin ont montré que les tumeurs malignes ne paraissent pas être transmissibles par inoculation ou par greffe des animaux d'une espèce à des animaux d'une autre espèce, et tous les expérimentateurs sont d'accord sur ce point. Quant à la transmissibilité des tumeurs malignes dans une même espèce animale, il existe au contraire des faits qui tendent à montrer que cette transmissibilité est possible.

“Nos expériences de greffes et d'inoculations de tissus néoplasiques, disent-ils, sont aujourd'hui au nombre de 120 environ, et sur ce nombre il en est plus de soixante dans lesquelles nous avons cherché, par les procédés les plus variés, à obtenir expérimentalement chez le chien la reproduction de tumeurs développées spontanément chez des animaux de même espèce. Toutes ces expériences ont eu des résultats négatifs chaque fois qu'il s'agissait de néoplasmes malins, et les seuls résultats positifs que nous ayons obtenus sont relatifs à une forme de néoplasie dont la structure se rapproche beaucoup de celle des tissus inflammatoires.

“Cette série heureuse, qui se compose de cas successifs dans lesquels l'affection néoplasique s'est régulièrement transmise par greffe, a eu pour point de départ des tumeurs multiples, développées aux dépens des parois du vagin d'une vieille chienne; ces tumeurs, au nombre de trois, et dont la plus volumineuse avait les dimensions d'une très grosse noix, présentaient nettement ce caractère de tendance à persister et à s'accroître, qui, d'après la définition de MM. Cornil et Ranvier, appartient en propre aux tumeurs véritables.”

MM. Duplay et Cazin citent encore quelques cas où l'inoculation n'a pas donné de résultats appréciables, et concluent comme suit: “En résumé, le cancer ne nous paraît pas transmissible d'un individu à un autre, dans une même espèce, que dans des conditions qui se trouvent réalisées seulement dans un très petit nombre de cas et, par conséquent, contrairement à une opinion, à notre avis tout au moins prématurée, nous devons penser que, si

la contagion du cancer est possible, elle ne s'effectue en réalité que très exceptionnellement."

M. TRASBOT (d'Alfort) a fait des expériences à ce sujet, et ces tentatives faites par centaines n'ont donné aucun résultat positif.

M. CORNIL admet que dans les tentatives de transmission du cancer par greffe, les résultats négatifs sont certainement très nombreux, mais il ajoute qu'il existe des faits positifs dans lesquels les fragments greffés ont continué à vivre et à se développer. Il cite à l'appui le fait qu'un chirurgien avait transplanté avec succès, chez deux de ses malades, un fragment de cancer du sein dans le sein du côté opposé. Ce fait s'explique bien facilement et doit porter à conclure que l'inoculation des fragments cancéreux ne réussit que chez les sujets prédisposés au cancer ou actuellement porteur, de cancer. Le chirurgien dont parle M. Cornil nous semble avoir été d'une incomparable naïveté!

MM. Cazin et Duplay considèrent que la transmission directe du cancer d'un sujet malade à un sujet sain est extrêmement rare, et que l'on n'a nullement le droit de regarder les cancéreux comme des contagieux.

L'examen des causes de l'innocuité de certains parasites a été fait par MM. BOUCHARD et CHARRIN. Les parasites que l'on rencontre dans nos tissus appartiennent à de nombreuses espèces : les uns sont sensibles, quelques-uns rendent des services, d'autres sont indifférents. Il en est qui sont dangereux pour une série d'êtres vivants, alors qu'ils restent inoffensifs pour d'autres sujets. Si on inocule ces parasites, on constate qu'ils sont doués d'une virulence à peu près nulle. Des inoculations de cultures de spores chez les animaux : lapin, cobaye, oiseau, etc., n'ont pas donné de résultats, sauf dans deux cas sur vingt-sept. Si, par exception, la mort survient, l'autopsie ne révèle qu'une congestion diffuse généralisée, une albuminurie moyenne constatée durant la vie.

On peut dire en résumé que si certains parasites qui, en raison des circonstances, peuvent être inoculés à l'homme, et ne se montrent pas dangereux, c'est pour un certain nombre de causes que l'on a classées en trois catégories :

En premier lieu les agents physiques et chimiques les atténuent plus fortement qu'ils n'affaiblissent les microbes ; ces microbes eux-mêmes nuisent à ces parasites.

En second lieu, ces parasites trouvent dans l'organisme des conditions de développement fort médiocres.

En troisième lieu, ils secrètent très lentement les produits nocifs ; ils se multiplient plus lentement que les bactéries ; or les doses comme le nombre importent en matière de virulence.

MM. CESARIS-DEMEL et ORLANDI, de Turin, ont parlé du *bacterium coli* et de son traitement par la sérothérapie. Ils émettent l'opinion que ni au point de vue morphologique, ni au point de

vue biologique on ne peut trouver de caractère différentiel certain entre le *bacterium coli* et le bacille typhique. Il ne s'agit que d'une différence de degré. Le *bacterium coli* leur a paru, d'après leurs expériences, être plus constamment et plus fortement virulent que le bacille typhique, et conserver plus longtemps sa virulence.

MM. Demel et Orlandi ont vu que les produits solubles de l'un ou de l'autre de ces bacilles étaient réciproquement immunisants l'un pour l'autre, que le sérum des animaux rendus réfractaires au *bacterium coli* avait des propriétés préventives contre l'infection produite par le bacille typhique. Le sérum des animaux réfractaires pour le *bacterium coli* est plus actif que le sérum des animaux réfractaires au bacille typhique. Ils ont traité des sujets typhiques par des injections sous-cutanées de sérum d'animaux immunisés, contre le *bacterium coli*. Les essais faits sont trop peu nombreux pour qu'on en tire des conclusions précisées. Ils ont vu cependant que les injections sous-cutanées de doses moyennes de sérum d'animaux immunisés entraînent une diminution de température et une amélioration de l'état général. Si ces injections ne sont pas répétées, ces effets restent transitoires et la courbe fébrile reprend l'aspect classique.

M. TRIPIER, de Lyon, a déjà publié un travail duquel il ressortait que la phtisie des mineurs n'était qu'une phtisie tuberculeuse anthracosique (*anthracose pulmonaire*) et que l'expérimentation avait pu produire la pénétration de particules charbonneuses dans les poumons, et qu'enfin on pouvait trouver des poumons infiltrés de charbon à un haut degré sans aucune autre lésion pulmonaire chez des mineurs ayant succombé accidentellement ou par suite de maladies autres que des maladies pulmonaires. M. Tripier termine en disant qu'il n'y a pas lieu d'admettre une maladie particulière due à la présence dans les poumons de particules charbonneuses. Les cas de tuberculose que l'on a signalés chez certains mineurs dont les poumons étaient infiltrés de charbon étaient des sujets prédisposés à la tuberculose.

M. CHARRIN revient encore aux bactéries et passe en revue l'influence exercée sur leur vitalité par les agents atmosphériques, c'est-à-dire les agents physico-chimiques qui nous environnent.

M. Charrin et M. d'Arsonval ont opéré sur le bacille pyocyanogène et ont obtenu les résultats suivants :

Le froid agit assez vite sur la rapidité de pullulation et de sécrétion, mais pour tuer les infiniments petits, il faut descendre à des températures excessives—60° à—90° cent. Et même à ce chiffre de —60°, il convient de prolonger la réfrigération pendant quatre à six heures.

La chaleur est plus énergique. La pression affaiblit la bactérie du pus bleu. Mais elle doit être énorme et être portée à 30 ou 40 atmosphères pour obtenir des effets comparables.

L'électricité diminue sensiblement les sécrétions des bacilles, mais il a fallu aux expérimentateurs recourir à des courants sinusoïdaux, à haute ou basse fréquence.

L'ozone et l'oxygène pur sont des antiseptiques médiocres et ne parviennent pas à supprimer toute vitalité.

La ventilation vaut mieux et c'est elle qui fait circuler l'oxygène et l'ozone. Les tourbillons aériens opèrent surtout, comme la pluie, des déplacements de microbes.

La sécheresse constitue, pour les parasites infectieux, un danger bien plus grand que l'humidité.

Au point de vue pratique, la lumière est le plus intéressant et peut-être le plus important. La lumière, telle qu'elle est autour de nous, est très énergique. Ses effets se manifestent, qu'on l'emprunte au soleil ou à l'arc électrique.

Les agents cosmiques modifient également les toxines. C'est ainsi que la tuberculine, soumise longtemps à l'oxygène, devient moins active. Ces mêmes agents changent également les terrains inertes. En refroidissant à -90° des bouillons stériles, puis en les ensemençant après les avoir ramenés à 37° , on constate que, dans la majorité des cas, quatre fois sur dix, le bacille pyocyanogène se développe un peu mieux au sein de ces bouillons au préalable congelés. Ces faits montrent que le refroidissement est capable de nuire même à un moment où son application a cessé.

Quant à l'ensemble de ces expériences, il n'est pas nécessaire d'y insister pour voir tous les enseignements que les hygiénistes et les pathologistes peuvent en tirer. En somme, on saisit ce qu'il y a de vrai dans les notions ayant trait aux intempéries, au vent, au courants d'air, à l'obscurité, aux variations thermiques, à l'humidité, parfois à la foudre, en un mot aux différents agents cosmiques invoqués comme causes de maladies.

Nous continuerons dans notre prochaine livraison le résumé des travaux du Congrès et tout d'abord ceux de la médecine.

A travers la thérapeutique.

RADLAUER, chimiste et pharmacien de Berlin, vient d'introduire dans la pratique des granules antiseptiques pour la désinfection de la muqueuse buccale dans les cas d'haleine fétide, de carie dentaire, d'amygdalite suppurée. Ces granules renferment les ingrédients suivants : thymol, menthol, eucalyptol, et essence de vanille. On en laisse se dissoudre trois ou quatre dans la bouche, et cela plusieurs fois par jour.

.

On parle encore de l'emploi de l'huile d'olive dans le traitement des coliques hépatiques. Ce procédé serait irrationnel dans un

grand nombre de cas, vu que le foie n'a aucun besoin, le plus souvent, d'être irrité par cet apport intempestif d'huile. Ce ne sont pas des calculs biliaires ramollis qui sont rendus par les selles, mais, comme l'a démontré M. Albert Robin, ce sont des calculs d'acides gras provenant de l'huile imparfaitement digérée. Par contre, dans la colique néphrétique, l'effet serait excellent (?) et le Dr Aussilloux en aurait obtenu de bons résultats et recommande d'essayer ce moyen. Il prescrit :

Huile d'olive 200 grammes. Prendre par cuillerées à bouche toutes les demi-heures. Avoir soin, avant de prendre chaque cuillerée, de se rincer la bouche avec de l'eau fortement aromatisée par l'alcoolat de menthe. Se rincer encore la bouche après l'ingestion de l'huile. Quel que soit le mode d'action de l'huile en ce cas, on obtiendrait souvent ainsi un réel soulagement des douleurs.

Nous ne garantissons pas la vérité de ces assertions que nous empruntons au journal *La Médecine moderne*.

.

La Revue de thérapeutique et de pharmacie publie la note suivante au sujet d'un nouvel anesthésique local : la *benzoïl-pseudo-tropéine* :

Dans une des dernières séances de la Société ophtalmologique de Londres, M. T. BOCKENHAM a fait une communication sur un nouvel alcaloïde, la benzoïl pseudo-tropéine, isolée par M. Giesel, du coca à petites feuilles, plante originaire de l'île de Java. Au point de vue de sa composition chimique, le nouvel alcaloïde est identique à la pseudo tropéine extraite des feuilles de jusquiame ; il appartient donc au groupe des atropines.

M. Bockenham a fait ses expériences avec un chlorhydrate de benzoïl-pseudo-tropéine préparé par voie de synthèse. Cette préparation a sur celle extraite des feuilles de coca l'avantage d'irriter les yeux à un moindre degré. En solution aqueuse à 3 0/0, le sel en question produit une anesthésie locale très remarquable, qui permet d'extraire aisément des corps étrangers de l'œil, même quand cet organe est déjà le siège d'une violente réaction inflammatoire.

Pour les opérations de strabisme et pour calmer les douleurs consécutives aux cautérisations avec le nitrate d'argent et le sulfate de cuivre, il est nécessaire d'employer une solution à 10 0/0 afin d'obtenir une analgésie complète.

Le nouvel alcaloïde a sur la cocaïne les avantages suivants : il ne produit ni dilatation pupillaire ni troubles de l'accommodation, ni ischémie, ni hyperémie locales. Sa toxicité est d'environ quatre fois moindre que celle de la cocaïne. Les solutions sont plus stables que celles de cocaïne.

.

Contre les vomissements incoercibles de la grossesse, on recommande l'emploi du menthol, suivant la formule: menthol 4 grammes, huile d'olive 10 grammes.—À prendre six à dix gouttes sur un morceau de sucre.

* * *

LEISTIKOW n'a, depuis quatre ans, employé que la chrysarobine dans le traitement de *l'alopecia areata*. Dans l'alopecie totale, les résultats furent satisfaisants, sans qu'on puisse s'y fier absolument. Quand l'affection est localisée les guérisons ont été de 58 p. cent. Sur ces 58 cas, des rechutes survinrent dans 30 cas par cent. Sur ces 30 cas, les deux tiers furent perdus de vue mais les autres furent de nouveau guéris sans autre récidiye.

Leistikow n'employait d'abord que l'onguent de chrysarobine de 5 à 10 par cent, appliqué une ou deux fois par jour, mais maintenant il fait préparer un crayon composé de 30 parties de chrysarobine, 5 de colophane, 35 de cire blanche, et 30 d'huile d'olive, cette forme rendant l'application plus facile. Tous les soirs le crayon est appliqué en friction sur la partie malade que l'on lave proprement avec de l'huile d'olive le lendemain matin. En quelques jours la peau devient souvent irritée et rouge, il faut alors, pour quelque temps, faire usage de la pommade de zinc.

Les examens en médecine dans l'Etat du New-Jersey.

Le *Medical Record* publie le document qui suit émané par le Bureau des examinateurs en médecine du New-Jersey.

JERSEY, N. Y., 31 mai 1894.

Une assemblée spéciale du Bureau pour l'examen des candidats désirant pratiquer la médecine dans cet Etat aura lieu au Capitole, à Trenton, le troisième mardi de juin (le 19) et ce sera la dernière assemblée pour l'examen des candidats tel que le veut notre loi médicale actuelle, attendu que la nouvelle loi adoptée à la dernière session de notre Législature prend effet le 4 juillet 1894.

Cette nouvelle loi exige de tous les candidats d'avoir reçu une éducation compétente dans une école (*common-school*); d'être gradués en médecine et chirurgie qu'il devront avoir étudiées au moins quatre années sur lesquelles ils devront avoir suivi trois cours entiers de leçons avant d'être admis à l'examen de la licence, alors que tous seront soumis au même examen. Cette loi donne aussi au Bureau le droit d'accepter, au lieu d'un examen, le certificat des bureaux d'examineurs et de licence des autres Etats ayant les mêmes exigences que celui du New Jersey.

(Signé),

WM. PERRY WATSON, M.D.,
Secrétaire.

Ces dispositions, comme on le voit, sont plus rigides et plus nombreuses que celles publiées par le *Journal of the American Medical Association* où il était dit que dans le New Jersey les diplômes ne confèrent pas le droit de pratiquer, ce qui est encore le cas, du reste, avec la nouvelle loi, et que le candidat devait obtenir une licence en subissant un examen satisfaisant devant le Bureau des examinateurs en médecine.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LEFERT.—La pratique journalière des maladies de l'estomac et de l'appareil digestif dans les hôpitaux de Paris.— Aide-mémoire et formulaire de thérapeutique appliquée, par le professeur Paul LEFERT, 1 vol. in 16 de 288 page, cartonné, 3 fr.

Dans ce manuel, M. Lefert a réuni sous un petit volume un nombre très considérable de faits bien choisis et bien disposés; il a rempli une triple indication: 1o fournir aux médecins éloignés des grands centres hospitaliers un guide sûr qui, par la facilité des recherches et la simplicité de l'exposition, leur permette de trouver rapidement la solution des difficultés médicales qu'ils ont à surmonter en s'appuyant sur les conseils de maîtres dont le nom fait autorité; 2o donner un moyen au médecin instruit de se remémorer les enseignements reçus dans les hôpitaux; 3o faciliter les recherches bibliographiques et autres, en permettant au médecin, d'une part, de se rendre un compte exact de l'état d'une question par l'exposé simple, mais pourtant complet, des principales opinions émises sur ce sujet, et, d'autre part, de retrouver, grâce à la disposition pratique donnée à la table des auteurs, l'opinion de tel ou tel chirurgien sur les questions qu'il veut étudier. Ce manuel est dû à la collaboration de MM. Barié, Bouchard, Brouardel, Buequoy, Chantemesse, Chauffard, Dobove, Dioulafoy, Dujardin-Beaumetz, Galliard, Gilbert, Hanot, Haven, Huehard, Hutinel, Jaccoud, Lancereaux, Landouzy, Le Gendre, Alb. Mathien, Millard, Netter, C. Paul, Potain, Rendu, Alb. Robin, G. Sée, Tillaux, Troisier.

Un ouvrage auquel ont contribué de pareils collaborateurs présente une valeur scientifique indiscutable. Le nombre des sujets traités en fait, malgré son petit volume, une encyclopédie médicale, soit plus de quatre cents consultations sur les cas les plus nouveaux et les plus variés. Ces consultations sont claires, précises, disant sous une forme résumée tout ce qu'il est important d'avoir résent à la mémoire. Nous y relevons les articles:

Antiseptic de l'estomac, de l'intestin et des voies biliaires, Cancer l'estomac, Chimisme stomacal, Cirrhose, Coliques hépatiques,

Diarrhée, Dilatation de l'estomac, Dyspepsie, Entérite, Entérocolite, Gastralgie, Gavage, Hyperchlorhydrie, Kystes du foie, Lavage de l'estomac et de l'intestin, Lithiase biliaire, Massage stomacal, Névroses de l'estomac, Obésité, Pérityphlite, Régime alimentaire et végétarien, Stomatites, Typhlite, Ulcère de l'estomac.

Librairie J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain, à Paris.

Les Hernies inguinales de l'Enfance, par le Dr G. FÉLIZET, chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants Malades), 1 vol. grand in-8 de 420 pages, avec 73 figures dans le texte, 10 fr.

C'est, dans la bibliographie chirurgicale, le premier travail d'ensemble consacré à l'importante question des hernies inguinales de l'enfance. A l'occasion de 104 opérations radicales pratiquées sur des enfants depuis les premiers mois de la vie jusqu'à l'âge de quinze ans, l'auteur a pu relever les lésions de la maladie herniaire et établir, sur les bases de l'observation directe, l'anatomie pathologique des hernies inguinales congénitales.

La symptomatologie et le diagnostic font l'objet de deux chapitres, dans lesquels l'auteur démontre la possibilité pour le clinicien de poser d'emblée les indications du traitement et de reconnaître quelles sont les hernies justiciables de l'intervention chirurgicale ou de l'application du bandage.

La moitié de ce travail est consacrée au traitement.

La description de l'opération radicale est éclairée par une suite de dessins très nets dus à la plume du Dr L. Maret, de Paris, de façon à permettre à tout chirurgien de pratiquer lui-même le procédé proposé par l'auteur.

Ce travail est basé sur les observations recueillies dans le grand service de chirurgie infantile, créé il y a cinq ans à l'hôpital Tenon. Il ne ressemble à aucun des ouvrages publiés dans ces dernières années, tant en France qu'à l'étranger. C'est une œuvre clinique, qui se recommande à l'attention des chirurgiens par la sincérité de l'observation et l'impartialité des jugements.

Des peurs maladives ou phobies, par le Dr G. GÉLINEAU, in-8 carré, VI^e volume de la Bibliothèque générale de Physiologie. Prix : 3 fr. 50c.

Le Dr GÉLINEAU s'est le premier attaché à démontrer dans son livre que les Phobies sont loin d'être toujours les vassales ou les filles de la Neurasthénie et il s'attache à énumérer les différences qui les séparent. En arguant de leur irréfutable essentialité, il réclame pour elles, en terminant, une place à part dans la classe des Névroses.

Cette étude, la plus complète qu'on ait jusqu'ici présentée sur les Phobies, très fouillée, remplie d'aperçus originaux, sera bien accueillie par tous ceux qui s'occupent des maladies nerveuses.

Bien des pages rappelleront aux praticiens certains types rencontrés jadis, qu'on taxait de bizarrerie et qui n'étaient pas autre chose que des malades non classés jusque-là!

Le Dr Gélinau réussira-t-il à élever les phobies au rang auquel il aspire pour elles?... Nous l'ignorons, mais nous serions tentés de le croire en lisant les arguments serrés et les observations intéressantes qu'il invoque à l'appui de leur essentialité.—Société d'Éditions Scientifiques, Place de l'École de Médecine, 4 rue Antoine-Dubois, Paris.

MAGNAN-SÉRIEUX.—La paralysie générale, par MAGNAN, médecin de l'Asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de Médecine, et SÉRIEUX Paul, médecin adjoint de l'Asile de Villejuif, membre de la Société médico-psychologique, petit in-8.—(*Encyclopédie des Aide-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50 c., cartonné toile anglaise, 3 fr.

MM. Magnan et P. Sérieux, se plaçant surtout au point de vue clinique, ont voulu que non seulement l'aliéniste et le médecin légiste, mais aussi le praticien désireux de connaître la plus grave et la plus fréquente des maladies mentales, puissent trouver dans ce volume une description claire et complète de la paralysie générale.

L'ouvrage constitue une mise au point des questions nombreuses soulevées par les recherches de ces dernières années, et offre un tableau clinique des plus fidèles de la paralysie générale, dans ses formes variées.

Bibliographie méthodique des maladies de l'enfance, in 8, 40 pages à 2 colonnes.—Cette bibliographie contient l'annonce détaillée, la date de publication, le nombre de pages et un compte-rendu ou un extrait de la table des matières des ouvrages importants, d'environ 2000 volumes, thèses et brochures, français et étrangers, anciens et modernes, sur la médecine, la chirurgie et l'hygiène infantile, classés méthodiquement par ordre de maladies. A la bibliographie de l'hygiène se trouve annexée celle de la protection de l'enfance (crèches, dispensaires, tours, etc.), du travail des enfants dans l'industrie, de l'hygiène scolaire et de l'éducation.

Cette bibliographie sera adressée *gratis* à tous les lecteurs de ce journal qui en feront la demande à MM. J. B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris.

MERKLEN.—Examen et séméiotique du cœur, par MERKLEN Pierre, médecin de l'hôpital St-Antoine. *Signes physiques*. Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide-Mémoire*). Broché, 2 fr. 50 c., cartonné toile anglaise, 3 fr.

Cet Aide-Mémoire est un résumé simple et complet des notions actuellement acquises sur la séméiotique du cœur. Les signes

physiques tirés de son examen y sont étudiés avec soin, et l'auteur semble avoir eu pour but d'être utile, d'abord aux étudiants en leur présentant une description facile à suivre des principales méthodes d'exploration du cœur et de leurs résultats, puis aux jeunes médecins en signalant, à propos de chaque signe, les indications qui en découlent pour le diagnostic et le pronostic.

OLLIER.—Régénération des os et résections sous périostées, par OLLIER, Correspondant de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lyon.—Petit in-8. (*Encyclopédie scientifique des Aide Mémoire*), broché, 2 fr. 50, cartonné, 3 fr.

Cet Aide-Mémoire a pour but d'exposer, le plus brièvement possible, les fondements physiologiques, la technique et les résultats de la nouvelle méthode de résection que M. Ollier a déduire, il y a plus de trente ans déjà, de ses expériences sur les animaux.

NOBLE M.D., Charles P., Surgeon in chief of the Kensington Hospital for Women, Philadelphia.

- A new method of examining the kidney, especially for stone.—1894.
- Acute puerperal cellulitis and true pelvic abscess.—1894.
- The perfect needle-holder.—1893.
- Profuse menstruation.—1894.
- A new uterine curetting forceps.—1894.
- Procidencia uteri.—1894.
- Surgical shock.—1893.

Rapports et mémoires sur le Sauvage de l'Aveyron ; L'idiotie et la surdité, par ITARD — Une appréciation de ces rapports, par Delasiauvo. Age d'Itard, par Bousquet. Préface par Bourneville. Un volume in-8 de 200 pages, avec le portrait du Sauvage. Prix, 4 fr.—Publications du Progrès Médical, 14 rue des Carmes, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le professeur CORNIL, sénateur, vient d'être nommé Commandeur de la Couronne de Roumanie.

Université-Laval, Quebec. — Les changements qui suivent viennent d'être faits dans le personnel de la Faculté : M. le docteur M. D. BROCHU a été nommé professeur de Pathologie interne en remplacement de M. le professeur VERGE qui ne peut occuper sa chaire par cause de maladie ; M. le Dr E. SIMARD à la chaire d'hygiène, naguère occupée par M. le Dr Brochu ; M. le Dr S. E. GRONDIN, déjà agrégé, devient professeur de Gynécologie.

VARIÉTÉS.

LA FOLIE AMOUREUSE. (1)

C'est là l'histoire banale de chaque jour. A chaque instant, dans la ville, comme à la campagne, mais surtout dans les centres urbains, les journaux racontent ses fins lamentables de désespérés de la vie, d'amoureux dont la raison s'enfuit ou qui cherchent dans la mort l'oubli de leurs souffrances. D'autres résistent, mais restent ébranlés, chancelants toute leur existence de ce choc où leurs espérances ont sombré ; ils excitent le rire de la foule qui se moque de leurs excentricités. Et cependant hélas, est il spectacle plus poignant que celui d'un navire désemparé de son gouvernail, d'un corps privé de l'intelligence qui l'illuminait ? Ce pauvre fou,

Le voyez-vous, revenir, assis sur le rivage
Redire au nom chéri qu'il murmure tout bas ?
Sur ses lèvres presser ce qu'il croit son image,
La demander au flot qui ne lui répond pas ?
Sa raison s'égara lorsque sa fiancée
A son heureux rival, un jour donna sa main ;
Lui !... ne la croit qu'absente et quand l'heure est passée,
Il s'éloigne en disant... Elle viendra demain !

Demain ! Ah qu'il en est sur cette pauvre terre
Qui, trompés comme lui dans leurs amours secrets
Voudraient chasser loin d'eux une douleur amère
Et se disent le soir... ni demain... ni jamais !
Non, ne lui dites pas que sa chère infidèle,
A trahi ses serments, a trompé son amour,
Que pour un autre amant, elle est joyeuse et belle.
Qu'elle est bien loin, bien loin ! il l'attend chaque jour !

Attendra-t-il longtemps ?... Ah ! sa raison sommeille,
Mais son corps affaibli du coup qui l'a frappé
S'incline lentement... Son âme seule veille ;
Et lui montre les cieux où l'on n'est plus trompé.
Mais, quand auprès de lui, Dieu tout puissant l'attire,
Quand chacun de ses jours est un pas vers la mort,
Voyez, le pauvre fou sait trouver un sourire,
Pour celle qu'il aimait et qu'il appelle encor !...

Ne riez pas de sa folie.

Car pour beaucoup le doute est du bonheur !
Pour lui surtout, le doute c'est la vie ;
Ah ! par pitié, laissez-lui son erreur !

Ces orages du cœur et de l'esprit affectent surtout les penseurs d'élite qui, pour leur malheur, portant leurs regards ou leurs aspirations sur des personnages vivant sur un trône ou dans des sphères tout à fait supérieures. Que de gens se consomment d'amour

(1) Suite. Voir la livraison de mai.

pour un roi, une reine ou une impératrice et sont allés frapper au guichet du Louvre avant d'entrer à Bicêtre?

Nous pouvons citer comme exemple Gérard de Nerval, devenu amoureux fou de la reine Victoria; Arsène Houssaye a raconté jadis cette étonnante histoire que j'abrègerai; correspondant d'un journal de Paris, il avait été envoyé à Londres pour assister aux cérémonies du sacre de la future impératrice des Indes. Or, voici que, placé aux premiers rangs pour voir passer le cortège royal, le poète recueillit un long regard de la princesse. Il n'en fallait pas davantage pour bouleverser cet être romanesque; plus de doute... jamais coup d'œil aussi significativement amoureux n'avait troublé sa cervelle. Il était aimé de la reine!... lui un simple écrivain!... gentilhomme, il est vrai... mais enfin de petite noblesse et, de plus, un Français... Qu'allait devenir la France après pareille aventure? Qu'allait penser l'Europe diplomatique si leur union était célébrée? Ou s'il s'agissait d'une union morganatique; même moins encore, s'il allait jouer le rôle d'un favori de Raleigh, du comte du Sussex, de quelles embûches, de quelles jalousies n'allait il pas être l'objet?... Le plus sage était de fuir et pour ne pas courir le risque de brouiller la France et l'Angleterre, voilà Gérard de Nerval qui s'embarque pour l'Allemagne et se met à parcourir les bords du Rhin.

Mais là-bas son obsession amoureuse n'abandonne pas l'auteur de la "Bohème galante" et voici comment M. Paul Ginisty raconte la suite de cette aventure:

"Un jour qu'il se trouvait dans une auberge où rôtissait une oie superbe, il la réclama pour son dîner. —Impossible! dit l'hôte, c'est une pièce retenue.—Par qui? demanda Gérard.—Par une dame de qualité.—Une dame de qualité?" Et il devint songeur. Un instant après, il rimait sur une de ses cartes quelques vers charmants où il demandait à l'inconnue, avec la belle hardiesse que pouvait lui donner son exaltation, la faveur de partager son repas.

"Les vers furent trouvés jolis par la voyageuse, qui n'était peut-être pas, du reste, d'une vertu bien farouche. Gérard soupa avec elle. Au moment de la quitter, il la supplia, avec cette grâce de gentilhomme qu'il garda jusqu'à la fin, de lui faire connaître au moins son petit nom. L'inconnue se mit à rire et accéda à son désir: "Je m'appelle Victoire!" dit-elle.

"—Victoire! s'écria Gérard, etupéfait. Et voici son imagination qui se met à trotter de nouveau. Comment ne s'est-il pas aperçu que c'était la reine d'Angleterre! Plus de doute: elle l'a suivi; "elle sera désormais toujours sur ses traces..."

"Il s'enfuit encore. Une année se passa. Il n'y a malheureusement plus de doutes à avoir sur l'état mental du poète. Il est en traitement chez le docteur Blanche. Là, il revoit la reine dans toutes les personnes qui passent; il croit même qu'elle

emploie tous les déguisements pour pénétrer jusqu'à lui. Et toujours une honnête peur le prend d'amener des complications politiques. Triste histoire, au fond, que celle de ces chimères d'un écrivain qui fut si profondément artiste !

“ Pendant qu'elles l'obsédaient, Gérard de Nerval dessina au crayon un portrait de la reine Victoria, qui s'est trouvé échouer il y a quelque cinq ans à Londres, où il a été vendu peu de chose. Peut-être, si les Anglais se fussent souvenus de cette étrange rêverie du poète, eut-il eu un autre succès de curiosité !

“ L'aventure, pour mélancolique qu'elle soit, a des côtés presque bouffons, quand on considère les austères portraits actuels de la reine Victoria.”

Toute la vie de ce pauvre rêveur fut semée, du reste, d'excentricités.

Célestin Nanteuil raconte que, revenant sans un sou, de faire un voyage en Italie, il rapporte pour plus de 4,000 fr. de vieux marbres de toutes sorte, buste, socles et cheminées... et il logeait en garni!... C'est qu'il était passionné pour le beau, le grand, l'extraordinaire, et soupirait sans cesse après le luxe et les côtés brillants d'une vie somptueuse, qu'il ne fit qu'entrevoir ou effleurer, du reste. Réduit aux expédients et même au délabrement misérable, qui le conduisit à se pendre, dans une ruelle obscure du vieux Paris, il n'en rêvait pas moins, avec son imagination poétique, une existence splendide, et pour tromper les autres, ou peut-être pour se tromper lui-même, il se fabriquait des épingles à cravates avec une tête énorme, qu'il recouvrait de papier doré.

Cette année, les journaux politiques nous ont appris la mort, à Charenton, d'un admirateur passionné de Sarah Bernhardt et de sa voix d'or. Le pauvre garçon, caissier dans une maison de commerce de Paris, était devenu fou de la diva, à une époque assez lointaine déjà—Il épuisait ses appointements, en allant chaque soir applaudir au théâtre dans toutes ses créations; puis il devint poète à sa manière, ce qui était logique, puisqu'il s'agissait d'une étoile de l'art (l'art, apostrophe, s'il vous plaît, pas d'équivoque).—*A suivre.*

Mariage.

DELISLE-SÉNÉCAL.—A Montréal, le 29 mai, M. le docteur J. B. DELISLE, à Mademoiselle Marie-Émilie Anna, fille aînée de M. André Sénécal, co-propriétaire du *Monde*.
