

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.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE.

UNIVERSITÉ LAVAL (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

Les progrès de la thérapeutique, de 1884 à 1887. (1)

A côté des anciens médicaments que de nouvelles études nous ont permis d'affecter à des usages nouveaux, à côté des remèdes qui, de découverte relativement récente, ont continué, pendant les trois dernières années, à faire l'objet des recherches des thérapeutistes, vient se placer toute une série de substances, inconnues, pour ainsi dire, avant 1884, et dont la date d'entrée dans la thérapeutique est par conséquent très rapprochée de nous. Ces médicaments, *nouveaux entre les nouveaux*, sont encore pour la plupart à l'étude, et le dernier mot est loin d'être dit à leur sujet. Ce que nous en savons aujourd'hui n'est encore, si je puis ainsi parler, que la préface de ce que nous saurons dans quelques années. Mais alors, ce qui est nouveau à l'heure où je vous parle sera devenu plus ou moins vieux à son tour; l'expérience se sera prononcée sur la valeur réelle de ces agents thérapeutiques dont quelques-uns peut-être font grand bruit aujourd'hui et dont nous n'entendrons plus parler dans un avenir plus ou moins prochain.

Il en est cependant qui sortiront victorieux de cette épreuve décisive du temps et de la clinique, et on peut dès maintenant, avec un peu d'attention, dire quels sont ceux qui vont nous rester, et quels sont ceux qui vont disparaître.

Suivant un peu, en cela, la classification que j'ai adoptée pour mon cours, je commencerai par les nouveaux hypnotiques qui sont: la paralaldéhyde, l'hyponne, l'uréthane et le méthylal.

Bien qu'introduite dans la thérapeutique en 1883, la *paralaldéhyde* est surtout connue depuis 1884 (2). C'est une triple aldéhyde.

A dose de 15 à 75 grains, la paralaldéhyde produit, en 15 ou 20 minutes, un sommeil calme, tout-à-fait semblable au sommeil na-

(1) Suite et fin. Voir la livraison précédente.

(2) DUJARDIN-BEAUMETZ, DESNOS, YVON, in *Bulletin de thérapeutique*; Ch. ELOY, RIGGI, NERCAM; in *Union médicale*.

turel, et qui dure en moyenne de 2 à 7 heures. Au réveil, le sujet n'accuse aucune de ces sensations désagréables éprouvées à la suite de l'usage de l'opium. Au contraire, il y a, en général, sensation de bien-être. À doses exagérées, la paraldéhyde produit un sommeil comateux avec ralentissement de la respiration, puis, si la dose est mortelle, arrêt de cette fonction par paralysie du bulbe. Il y a très peu d'analgésie à la suite de doses purement thérapeutiques. Comparée au chloral, la paraldéhyde présente surtout l'avantage d'être, même à dose élevée, à peu près sans danger pour le cœur; d'un autre côté, elle détermine une accoutumance rapide et communique à l'haleine une odeur très désagréable. À ses propriétés hypnotiques, la paraldéhyde joint celle d'être un puissant sédatif de la moelle épinière.

À ces deux titres, elle se prescrit dans l'insomnie simple, l'insomnie nerveuse, celle qui accompagne les maladies organiques du cœur, les phlegmasies, les fièvres essentielles, les psychopathies, telles que la mélancolie, la manie avec grande excitation, la morphinomanie, etc.; dans l'épilepsie, la folie épileptique, l'éclampsie puerpérale et brightique, le tétanos et le strychnisme.

La paraldéhyde se prend difficilement, vû sa saveur désagréable. On peut la donner dans du mucilage ou dans du sirop de groseilles (Desnos), ou bien dans du rhum ou du kirsch (Dujardin-Beaumetz). La dose varie entre 15 et 75 grains et se donne d'un seul coup. On peut encore donner plus que cela sans beaucoup de danger, car le médicament s'élimine promptement.

L'hypnone (1), dont le vrai nom est *phénylméthyl-acétone*, s'obtient en distillant à sec un mélange de benzoate et d'acétate de calcium à la température ordinaire.

Localement, c'est un irritant. À l'intérieur, après absorption, il est purement et simplement hypnotique, ne possédant, à doses physiologiques, aucune action analgésique.

Le sommeil se produit au bout de vingt minutes à trois quarts d'heure, et est ordinairement calme et assez profond. Le réveil est facile, sans nausée et sans inappétence. MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet font remarquer cependant que les effets hypnotiques de l'hypnone sont loin d'être constants. Chez les animaux, l'hypnone, à dose très élevée, a amené la mort par paralysie du cœur.

Prescrit dans l'insomnie en général, l'hypnone ne saurait convenir aux cas où l'insomnie est due à une douleur ou à des quintes de toux persistantes, ou encore quand elle se montre au cours d'une fièvre. Par contre, il conviendrait bien dans l'insomnie nerveuse, surtout chez les alcooliques, de même que dans celle qui reconnaît pour cause des fatigues intellectuelles.

(1) DUJARDIN-BEAUMETZ, in *Bulletin de thérapeutique*.

L'hypnone se donne en capsules ou en émulsion, à dose de 10 grains. Son odeur et sa saveur, assez désagréables, constituent parfois un obstacle à son emploi.

L'uréthane (1) ou carbamate d'éthyle ($\text{AzH}^2 \text{CO}^2 \text{C}^2 \text{H}^2$), à dose de 10 à 20 grains, et à plus forte raison, à celle de 50 à 70 grains, produit rapidement (10 minutes à 1 heure après ingestion) un sommeil calme, exempt de rêves et de cauchemar, et ne laissant après lui aucune sensation désagréable. Ce sommeil dure de 4 à 10 heures en moyenne. Comme l'hypnone, l'uréthane est un hypnotique pur, ne jouissant d'aucune propriété analgésique, mais sa saveur est bien moins désagréable, ce qui fait que le médicament s'administre facilement aux enfants.

On l'a prescrit dans l'insomnie simple, celle des cardiaques, des tuberculeux, des dyspeptiques, des alcooliques, des débilités et des nerveux.

Le médicament se donne en potion dans de l'eau sucrée et aromatisée, à dose de 30 à 60 grains, en une seule dose, au moment du coucher.

Le méthylal (2), appliqué sur la peau, produit de la réfrigération par suite de son évaporation. Administré par l'estomac, il devient anesthésique pour la muqueuse gastrique. Absorbé, il est hypnotique, amenant un sommeil profond, tranquille et immédiat; mais son action est de courte durée par suite de la grande facilité avec laquelle il s'élimine. Durant le sommeil, la respiration est plus lente mais plus ample; le cœur bat plus vite.

Le méthylal se prescrit sous forme de pommade et de liniment, comme anesthésique local. En potions, contre la gastralgie et autres affections douloureuses de l'estomac. En injection hypodermique ou en potion, pour combattre l'insomnie. On le croit antidote de la strychnine dont il suspend les effets tétaniques.

La dose du méthylal est encore un peu incertaine. Chez les animaux, on a donné le remède à doses diverses, variant avec le poids du corps de chaque animal, v.g. pour le chien, de 10 à 16 p. 100 du poids du corps.

Tous ces nouveaux hypnotiques produisent le sommeil en vertu du même mécanisme physiologique: action directe paralysante du médicament sur la cellule cérébrale, et anémie du cerveau.

Plusieurs nouveaux analgésiques sont venus, depuis trois ans, s'ajouter à ceux, peu nombreux à la vérité, que nous possédions déjà. En tête se place la cocaïne, la plus importante de tous, puis viennent la solanine, la drumine, le menthol, l'acide osmique et le chlorure de méthyle.

(1) HUGHARD, in *Bulletin de thérapeutique*.

(2) Dr. NICOT, in *Nouveaux remèdes*—Dr. ELOY, in *Union médicale*.

Que vous dirais-je de la *cocaïne* que vous ne sachiez déjà? Depuis le 16 octobre 1884, date à laquelle Koller fit connaître à la Société de médecine de Vienne l'action anesthésique de la cocaïne sur la muqueuse oculaire, cet alcaloïde de la coca a été l'objet de recherches aussi patientes que nombreuses, et ses vertus analgésiques, bien constatées, ont conduit à l'emploi du médicament dans une foule de maladies caractérisées par la présence de l'élément douleur. Je vous ai, l'an dernier, en parlant des analgésiques, longuement entretenu de la cocaïne, et je n'ai rien à ajouter à ce que je vous disais alors, si ce n'est que l'on a un peu abusé du remède, comme on abuse de toutes les nouveautés, et que cette cocainomanie devra avoir une réaction.

La *solanine*, alcaloïde extrait des plantes appartenant à la famille des solanées, est, paraît-il, un analgésique de grande valeur. M. le Dr. Geneuil l'a utilisée, à dose de 3 à 4 grains par jour, soit par les premières voies, soit en injection hypodermique, dans le traitement de la sciatique, du tic douloureux et du rhumatisme musculaire. Il l'a également prescrite dans les cas de prurigo, de dermalgie, de cystite et dans certaines affections nerveuses caractérisées par de l'agitation et de l'insomnie; de même contre la dyspepsie aiguë, la gastrite aiguë et les vomissements incoercibles de la grossesse. Il la recommande encore dans le traitement de la bronchite, de l'asthme bronchique et cardiaque et de l'emphysème. Au reste, voici les conclusions que donne M. Geneuil à la suite d'un travail publié à ce sujet dans le *Bulletin de thérapeutique*:

1o. La solanine est un poison des plaques motrices terminales de la vie organique. Elle narcotise le bulbe, la moelle et les cordons nerveux, ce qui donne lieu à de la paralysie des extrémités terminales des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs. Cette action physiologique permet de ranger la solanine parmi nos meilleurs analgésiques.

2o. La solanine se prescrit sans danger à forte dose. Elle ne présente pas les inconvénients de la morphine et de l'atropine. Maniée avec prudence, elle est inoffensive. Elle ne s'accumule pas dans l'économie. On doit la donner surtout au lieu et place de la morphine.

3o. La solanine ne congestionne pas le cerveau, même chez les vieillards. Il doit en être de même chez les enfants.

4o. Dans toutes les maladies où il y aura lieu de combattre l'excitation, le spasme et la douleur, la solanine, nous n'en doutons pas, sera employée avec le plus grand succès.

La dose ordinaire de la solanine est de 1 à 6 grains, en 3 ou 4 fois dans la journée, en pilules ou en injection hypodermique.

Le *menthol*, connu de longtemps déjà, n'a été pour ainsi dire mis en usage que tout dernièrement, sous forme de ces *cônes* blancs que vous voyez en vente dans toutes les pharmacies.

Le menthol est l'huile essentielle concrète de la menthe (*mentha arvensis*). Le menthol fondu est coulé dans des moules, à la manière des suppositoires. En frictions sur la peau, les cônes du menthol produisent une sensation de fraîcheur et de refroidissement, due à la rapide et complète évaporation du médicament. On a utilisé cette action réfrigérante dans le traitement des migraines, des odontalgies, des névralgies, surtout des névralgies superficielles v.g. la dermalgie.

Employé depuis longtemps par les histologistes et les embryologistes, l'acide osmique a été conseillé, depuis 1884, dans le traitement de l'épilepsie et des névralgies (Eulenburg), sciatique et faciale (Shapiro). C'est surtout contre la sciatique que l'on en a obtenu les meilleurs effets. Eulenburg dit l'avoir employé avec succès dans un grand nombre de cas qui avaient résisté aux autres moyens de traitement. Le médicament se donne en injection hypodermique, à dose de $\frac{1}{10}$ à $\frac{1}{5}$ grain.

J'ajouterai que Miquel place l'acide osmique en tête des substances très fortement antiseptiques, cet acide immobilisant les germes à la dose de $\frac{1}{1000}$ grain.

Le chlorure de méthyle, gazeux à la température ordinaire, peut être liquéfié si on le soumet à une très forte pression. Mais si on le met en contact avec l'air ambiant, il s'évapore aussitôt et produit alors un abaissement considérable de la température, abaissement qui, dit M. Dujardin-Beaumetz (1), peut atteindre et même dépasser 40° C.

Si on met la peau en contact avec un jet de chlorure de méthyle, cette peau se congèle, pâlit, durcit et devient insensible. Si l'effet local est trop prolongé, il y a mortification des tissus. L'application ne doit pas dépasser la durée de 4 à 5 secondes.

M. Debove a été le premier à conseiller le chlorure de méthyle, en pulvérisations, dans le traitement des névralgies rebelles, surtout de la sciatique. Avec M. Dujardin-Beaumetz, on doit réserver cette méthode pour les cas où les douleurs névralgiques sont intenses et ont résisté aux moyens ordinaires.

La *drumine* est peut-être l'analgésique le plus récemment découvert. Elle est extraite de l'*Euphorbia Drummondii*. Par son action paralysante sur la sensibilité, elle se rapprocherait de l'aconitine. Nous ne possédons pas encore de données suffisantes qui nous permettent de nous prononcer sur la valeur réelle de cet agent qui a, dès l'abord, été employé contre les névralgies rebelles. (2)

Trois médicaments sédatifs du système nerveux viennent d'enrichir la thérapeutique : l'éthoxycéphaline, la pyridine et l'euphorbia pilulifera.

(1) *Nouvelles médications*, in *Bulletin de thérapeutique*.

(2) Depuis que cette leçon a été faite, on a découvert des propriétés analgésiques à la *brucine* et à la *théine*.

L'éthoxycaféine, dérivée de la caféine, se présente sous forme de cristaux blancs. Elle se produit en traitant la bromo-caféine par la potasse caustique.

Sous l'influence de l'éthoxycaféine, les battements du cœur s'accroissent et la diurèse se produit; les paupières se ferment et le sujet tombe dans un état de torpeur ressemblant au sommeil. M. Dujardin-Beaumez l'a employée dans des cas de névralgie faciale et de migraine, et a obtenu des succès réels, surtout dans la dernière de ces affections. La dose recommandée par M. Beaumez est de 5 grains, et il conseille de ne pas la dépasser sous peine de voir survenir des symptômes d'irritation du côté de l'estomac.

La *pyridine* est un médicament complexe développé lors de la distillation sèche des matières organiques. C'est un liquide incolore à odeur pénétrante.

M. le professeur Germain Sée a publié sur ce médicament un travail (1) qui se termine par les conclusions suivantes qui résument l'action physiologique et thérapeutique de la pyridine :

1° Quelque soit la forme de l'asthme, qu'il soit nerveux, emphysémateux ou catarrhal, primordial ou d'origine dartreuse ou goutteuse, l'ioduration constitue la vraie méthode curative. Quand l'iodisme survient, c'est la pyridine qui trouve son emploi. Elle doit être considérée comme le moyen le plus certain de guérir les accès; c'est le meilleur palliatif, comme l'iode est le remède efficace.

2° La pyridine est supérieure à l'injection de morphine; son action est plus durable et bien plus inoffensive.

3° Dans l'asthme nerveux-pulmonaire simple, on peut faire cesser ainsi les accès d'une manière complète. Dans l'asthme grave compliqué de lésions pulmonaires permanentes, la durée du traitement doit dépasser 8 à 10 jours, pour consolider l'amélioration obtenue. Lorsqu'il s'agit enfin de l'asthme cardiaque avec ou sans complication rénale et hydropique, la pyridine peut encore rendre les plus grands services pour combattre le plus persistant, le plus pénible des phénomènes qui tourmentent les cardiaques, c'est-à-dire l'oppression, soit continue, soit paroxysmique.

La pyridine, d'après Germain Sée, s'administre en inhalations: 60 à 75 minimes de pyridine sont versées dans une assiette, dans une chambre de 75 pieds cubes d'air environ, et le malade séjourne de 20 à 30 minutes dans cette chambre, trois fois par jour.

C'est aussi contre l'asthme, ou mieux contre la dyspnée, qu'est employé l'*euphorbia pilulifera*, d'abord signalé (2) dans le traitement de l'asthme, puis utilisé dans les dyspnées d'origine asthmati-

(1) In *Bulletin de thérapeutique*.

(2) DUJARDIN-BEAUMEZ, in *Bulletin de thérapeutique*.

que et même cardiaque. Ce médicament agit surtout sur l'appareil respiratoire dont il accélère d'abord puis ralentit les mouvements, sans doute par action directe sur le centre respiratoire. Le teinture d'euphorbia se donne à dose de 10 à 20 gouttes par jour.

Parmi les jeunes médicaments dont nous avons parlé hier, je vous ai dit quelques mots de trois toniques cardiaques: le convallaria, la caféine, la nitro-glycérine. Voici encore trois ou quatre nouveaux toniques du cœur, auxiliaires de la digitale et du convallaria: ce sont le sulfate de spartéine, l'adonis vernalis, le strophantus hispidus, et l'érythrophleum.

C'est à MM. les professeurs Germain Sée et Laborde (1) que nous devons l'introduction, dans la thérapeutique cardiaque, du sulfate de spartéine. La spartéine est un alcaloïde du genre a balai (*spartium scoparium*). Trois effets caractéristiques et constants résultent des observations faites par MM. Sée et Laborde: le premier, le plus important, c'est le relèvement du cœur et du pouls; sous ce rapport, il équivaut à la digitale et à la convallamarine, mais est infiniment plus marqué, plus prompt et plus durable. Le deuxième effet c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé; aucun médicament ne saurait lui être comparé à cet égard. Le troisième résultat, c'est l'accélération des battements. Tous ces phénomènes apparaissent au bout d'une heure ou de quelques heures au plus, et se maintiennent trois ou quatre jours après la suppression du médicament.

Le sulfate de spartéine, dit, en terminant, M. le professeur G. Sée, semble indiquer chaque fois que le myocarde a fléchi, soit par insuffisance, soit par altération de son tissu. Lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arhythmique, le sulfate de spartéine rétablit rapidement le type normal. Quand enfin la circulation est ralentie, le médicament paraît immédiatement obvier à ce trouble fonctionnel, tout en maintenant ou en augmentant la force acquise du muscle. Les effets diurétiques sont peu marqués.

La dose du sulfate de spartéine varie de $\frac{1}{4}$ à $\frac{2}{3}$ de grain, en pilule ou en potion.

L'adonis vernalis (principe actif: *adonidine*) est aussi un auxiliaire de la digitale. Il porte son action principale sur le cœur. Dans les cas de maladies cardiaques où il a été administré, on a noté (2) les effets suivants: Régularisation et ralentissement du pouls; élévation de la tension artérielle, renforcement des battements cardiaques; augmentation de la diurèse; disparition de l'œdème. L'action du médicament est rapide, et, dès le premier jour, on peut déjà constater ses effets sur la tension artérielle, mais l'élimination de l'adonidine doit être rapide aussi puisque

(1) *Union médicale*, 27 nov. 1885.

(2) HUCHARD, in *l'union médicale*.

ses effets disparaissent en quelques jours après la suspension du médicament.

Il n'y a pas d'effets cumulatifs comme avec la digitale.

L'adonis et l'adonidine se prescrivent dans les mêmes cas que la digitale, v. g. dans les maladies mitrales non compensées, avec abaissement de la tension vasculaire, irrégularité du pouls, faiblesse des battements du cœur et oedème. De même elle est bien indiquée, d'après M. Huchard, dans certains accidents cardiaques survenant au cours de la fièvre typhoïde, et paraissant secondaires aux troubles survenus dans l'innervation vasomotrice. Dans ces cas caractérisés par un abaissement plus ou moins considérable de la tension artérielle, l'adonis trouverait donc son indication toute naturelle. La dose de l'adonidine est de 1 dixième de grain, répété trois ou quatre fois par jour. Dans tous les cas, M. Huchard conseille de ne pas dépasser la dose de 1 cinquième à 2 cinquièmes de grain.

L'érythrophloeum, dont le principe actif est l'érythrophléine, a donné des résultats variables entre les mains de M. Dujardin-Beaumetz. C'est, du reste, un auxiliaire de la digitale.

Le *strophantus* (prince actif: la strophantine), d'après le professeur Fraser, d'Edimbourg, exercerait sur le cœur une action plus puissante que la digitale, mais beaucoup moins marquée sur les vaisseaux sanguins. Le strophantus est moins irritant que la digitale pour les voies digestives, et ne semble pas s'accumuler dans l'économie. On a prescrit la teinture à dose initiale de 3 minimes.

Trois dérivés de la térébenthine viennent d'être conseillés contre les affections catarrhales des voies respiratoires: la terpine, le terpinol et la térébène.

La *terpine*, résultant de la mise en présence de l'essence de térébenthine et d'un alcali, agit comme expectorant et diurétique (*Lépine*). Mais étant peu soluble, on lui préfère le *terpinol* qui se produit quand on met la terpine en contact avec un acide. Le terpinol s'élimine rapidement par les voies respiratoires, comme le font, du reste, toutes les substances oléo-résineuses, et y agit à la manière de tous les balsamiques, c'est-à-dire qu'il diminue ou fait cesser les sécrétions muqueuse et muco-purulente. On le prescrit contre le catarrhe pulmonaire et l'on voit, sous son influence, les crachats devenir plus fluides, leur mauvaise odeur disparaître, et l'expectoration se faire beaucoup plus facilement. Ce composé se donne en capsules, de 2 grains chaque, à dose de 6 à 12 capsules par jour (Dujardin-Beaumetz). On peut également en faire des pilules.

Modification isomérique de la térébenthine, la *térébène* se présente sous forme d'un liquide incolore. C'est un antiseptique et un anti-catarrhal employé dans la toux d'hiver, les bronchites avec expectoration abondante. Le remède se donne, soit par la bouche,

en pastilles ou en émulsion, soit par les voies respiratoires, en inhalations, à dose de 5 à 20 gouttes.

La classe des antithermiques s'est, de son côté, enrichie de nouveaux sujets, et quatre antipyrétiques: la kairine, la thalline, l'antipyrine et l'antifébrine cherchent à remplacer, dans le traitement des pyrexies et des phlegmasies, le froid, la quinine et le salicylate de soude. Toutes trois sont des produits de la chimie organique.

La *kairine* est un dérivé de la quinoléine, obtenue elle-même du goudron de houille. Elle abaisse la température d'une façon assez remarquable, mais lorsqu'on cesse l'administration du médicament, la température remonte très vite au degré qu'elle avait auparavant; de plus, elle produit du frisson. Enfin, ses effets antithermiques reposent sur l'action qu'elle exerce sur les globules sanguins qu'elle détruit. Pour cette raison, M. Dujardin-Beaumez repousse la kairine de la thérapeutique, et la considère avec raison comme un médicament dangereux, puisque, dit-il, elle ne produit ses effets antithermiques qu'en détruisant l'hémoglobine et en altérant profondément le sang, circonstances qu'il faut éviter surtout dans les maladies infectieuses fébriles (1).

Le même reproche peut être adressé à la *thalline* et à ses sels (sulfate et tartrate). La thalline, dérivée elle aussi de la série quinoélique, a pour nom pharmaceutique: *tétrahydroparaméthyl-oxyquinoléine*; elle abaisse, elle aussi, la température, non pas en agissant sur les centres thermiques, mais en diminuant le pouvoir respiratoire du sang, et en dissolvant l'hémoglobine. Au reste, la thalline est le plus puissant des antithermiques. Cependant, étant donnés ses inconvénients, on doit lui préférer l'*antipyrine* découverte par Knorr, de Munich.

L'antipyrine est encore un des nombreux dérivés de la série quinoélique. A dose de 15 à 30 grains, elle exerce l'action la plus manifeste sur la température qu'elle abaisse d'une manière remarquable, c.-à-d. de 1 à 3 degrés. L'action antipyrétique se produit sans vertiges, sans bourdonnements d'oreilles, sans céphalalgie. En même temps le pouls se ralentit, ainsi que la respiration, mais pas d'une manière proportionnée. Pas d'action spéciale sur le sang. Localement c'est un hémostatique. Elle jouirait enfin de propriétés antiseptiques. Son principal inconvénient est de produire des sueurs, parfois profuses.

On a employé d'abord l'antipyrine contre la fièvre des tuberculeux, puis contre la pneumonie, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, le rhumatisme articulaire aigu, la céphalalgie, de quelque forme qu'elle soit, les hémorrhagies, etc.

Elle se donne en solution aqueuse, à dose de 8 à 45 grains, suivant les cas. On conseille de ne pas dépasser 15 grains à la dose.

(1) *Nouvelles médications*, in *Bulletin de thérapeutique*.

De tous les antithermiques nouveaux, l'antipyrine est certainement celui qui est aujourd'hui le plus employé, d'autant plus que ce médicament n'a que peu d'action nocive sur le sang comme le font la thalline et la kairine.

L'antifébrine ou acétanilide est de découverte plus récente encore que les médicaments que nous venons de voir.

On lui reconnaît des propriétés antithermiques à dose de 4 à 18 grains. Son action serait bien marquée après une heure et atteindrait son maximum après quatre heures. La température s'abaisse pour 6 à 8 heures environ, avec une dose qui peut amener une température encore très élevée à être normale ou même inférieure. Cet abaissement de la température s'accompagne de sueurs légères, d'une diminution considérable des mouvements du poulx, et d'une élévation de la tension artérielle. Aucun effet irritant sur le tube digestif, à doses ordinaires. L'acétanilide jouirait enfin de propriétés sédatives sur le système nerveux, ce qui en ferait un succédané du bromure de potassium. A doses toxiques elle devient un déprimant du système nerveux, et agit sur les éléments du sang.

Les usages de l'antifébrine seraient les mêmes que ceux de l'antipyrine.

De nos jours, on ne parle guère que de microbes et d'antiseptiques. C'est le refrain banal, le refrain à la mode. Et, comme pour répondre à un besoin pathologique réel, voici que l'on découvre coup sur coup plusieurs antiseptiques qui, jusqu'à nouvel ordre, semblent être d'une efficacité plus qu'ordinaire : l'iodol, le salol, l'eulyptol et l'aseptol.

L'*iodol* ou *tétraiodopyrol*, le plus important de tous, est extrait de l'huile minérale de Dippel. C'est une poudre brune rougeâtre, insipide, à légère odeur de thymol.

L'iodol est un antiseptique puissant. On l'a utilisé dans le pansement des plaies étendues, des tumeurs et des fistules, des blépharites ulcéreuses, des conjonctivites chroniques des strumeux, des arthritiques, dans la conjonctivite phlyctéculaire, les ulcérations du col utérin, de la muqueuse nasale, dans la métrite du col, le chancre mou où il serait au moins l'égal de l'acide salicylique, dans les adénites et les périadénites chancroidales, les plaies sanieuses, fétides, etc., en un mot, chaque fois qu'un pansement antiseptique est indiqué, et alors, l'iodol remplace avec avantage l'iodoforme.

D'après Mazzoni, ce serait un antiseptique supérieur à l'iodoforme; il n'a pas d'odeur et n'expose pas à des accidents toxiques. Il agit probablement par l'iode mis continuellement en liberté à la suite de la décomposition de l'iodol.

Cet antiseptique s'applique : 1o. en poudre sur les plaies; 2o.

en solution dans 16 parties d'alcool et 34 parties de glycérine, pour les cas de cancer du rectum et de l'utérus, d'abcès vidés, de trajets fistuleux, etc; 3o. sous forme de gaze à l'iodol.

Le *salol* est le salicylate de phénol. Il renferme 38 p. 100 de phénol, et n'a pas d'odeur ni de saveur marquées.

Dans le sang, le salol se dédoublerait en acide salicylique et phénol; c'est donc un antithermique. A ce titre, on l'a employé dans le rhumatisme articulaire, la phthisie, la fièvre typhoïde, etc. Comme antiseptique, on s'en est servi comme succédané de l'iodoforme.

L'*eulyptol* consiste en un mélange d'acide salicylique, de phénol et d'essence d'eucalyptus. C'est le salol avec l'eucalyptus en plus. Ce serait un antiseptique puissant, supérieur à chacune des substances qui entrent dans sa composition.

L'*aseptol*, ou acide orthophénolsulfurique, ou acide sozalique, résulte de l'action de l'acide sulfurique sur le phénol. M. Serrant (1) a déclaré que l'acide sozalique a un pouvoir antiseptique plus considérable que l'acide salicylique et qu'il est même supérieur à tous ceux que nous connaissons.

Enfin, l'*hélénine*, substance extraite de la racine de l'aunée, jouirait, elle aussi, de propriétés antiseptiques que l'on a récemment appliquées au traitement de la diphtérie.

Il ne me reste plus qu'à vous parler de trois nouveaux topiques dont on a dernièrement utilisé les propriétés émollientes locales: la gélosine, la lanoline et l'ichthyol.

La *gélosine* (2) est un principe mucilagineux extrait d'une algue. Celle-ci, traitée par l'eau chaude, donne une belle gelée transparente, susceptible de prendre toutes les formes possibles, et peu altérable. Cette gelée constitue un excellent excipient pour les onguents, les pommades, les suppositoires, les cataplasmes. Elle jouit d'une propriété particulière qui la rend très précieuse quand il s'agit de faire absorber des médicaments par la peau. elle tend constamment à se rétracter, et par conséquent à se débarrasser des liquides médicamenteux dont on l'a chargée.

La *lanoline* (3) est un mélange de graisse de laine purifiée avec 30 p. 100 d'eau, recommandée par Liebreich, comme nouveau véhicule pour les pommades. Elle a sur les corps gras en général l'avantage de ne pas rancir et d'être absorbée par la peau. On comprend dès lors l'utilité de ce produit dans les cas où il s'agit de préparer une pommade dont le principe actif doit être absorbé par la surface cutanée, ou un onguent adoucissant.

(1) *Nouveaux remèdes*.

(2) GUÉRIN, in *Bulletin de thérapeutique*.

(3) J. GERMAIN, in *Nouveaux remèdes*.

On l'a aussi beaucoup recommandée contre certaines maladies de la peau : pityriasis versicolor, gale, acné, psoriasis, tinea tonsurans, etc.

L'*Ichthyol* (1) représente le produit de distillation d'un minéral bitumineux sulfureux dû à des dépôts de poissons fossiles.

Unna a été le premier à parler de la valeur de l'*Ichthyol* dans les maladies de la peau : lèpre, lichen, prurigo, zona, herpès, urticaire, etc. Ce médicament réussit bien dans les brûlures, le gonflement articulaire par cause traumatique ou accompagnant les rhumatismes. Enfin, il serait un styptique efficace dans les hémorrhagies et les blessures.

D'après Unna, l'*Ichthyol*, à l'intérieur, régularise les troubles de la circulation dans les organes ; ce serait un tonique vasomoteur et un sédatif de la circulation. A tort ou à raison, il passe pour être le spécifique du rhumatisme, quand il est employé à l'intérieur et à l'extérieur.

A l'intérieur, on l'administre en émulsion ou dissous dans de la glycérine : la dose peut varier de 30 à 75 grains. Pour l'usage externe, on l'emploie en pommade, à dose de 10 à 50 p. 100.

Vous avez pu voir, Messieurs, par cette rapide énumération, quels ont été les véritables progrès de la thérapeutique depuis trois ans. Ils prouvent le mouvement incessant qui nous pousse, pour ainsi dire, et parfois nous fait marcher plus vite que ne voudrions dans la voie des innovations. Mais nous ne saurions résister au courant sans risquer d'être submergés, aussi devons-nous avoir soin de nous maintenir à flot, je veux dire de suivre avec attention le cours des nouveautés thérapeutiques et d'en dégager la plus grande somme de bien possible pour le plus grand avantage de la science et de l'humanité.

En terminant, permettez moi de rendre hommage aux travaux, aussi nombreux que remplis d'érudition, de tant d'éminents travailleurs qui, de nos jours, ont consacré leur talent et leurs veilles à assurer les progrès de la thérapeutique. Laissez-moi mentionner plus particulièrement les *Nouvelles médications* de M. Dujardin-Beaumetz, les études de thérapeutique publiées dans l'*Union médicale* par MM. Henri Huchard et Ch. Eloy, dans les *Nouveaux remèdes* par MM. Egasse, Bardet, Debierre et Campardon, dans la *Thérapeutique Gazette*, de Philadelphie, par M. le Dr Horatio C. Wood. Enfin on ne me pardonnerait pas d'oublier les noms de Bartholow, de Ringer, de Brunton, de Murrell, qui, aux Etats Unis et en Angleterre ont tant fait pour cette partie de l'art de guérir qui fait l'objet de nos études.

(1) EGASSE, in *Nouveaux remèdes*.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

De la pleurésie "a frigore."—Clinique de M. LANBOUZX à l'hôpital de la Charité.—La question de la pleurésie *a frigore* est, en ce moment plus que jamais peut-être, à l'ordre du jour; aussi voudrais-je aujourd'hui revenir de nouveau sur ce sujet. On reproche à quelques auteurs d'être exagérés dans leur opinion sur cette affection et de lui donner une pathogénie qu'elle n'aurait pas, et l'on a invoqué contre cette pathogénie un certain nombre d'arguments.

On a dit notamment que c'était une erreur de croire que la pleurésie *a frigore*, chez des individus de très bonne apparence comme santé, était toujours une pleurésie tuberculeuse. Je réponds qu'il est absolument erroné de croire qu'il n'y a que les gens plongés dans la misère physiologique, que les misérables, les déshérités, qui puissent faire de la pleurésie tuberculeuse. La clinique nous montre absolument le contraire. Vous citerai-je entre autres faits celui de ce dragon qui, à la fin des manœuvres militaires annuelles, est pris de frisson, entre au Val-de-Grâce pour une soi disant pleurésie *a frigore*, meurt quinze jours plus tard, et dont l'autopsie démontra que l'on avait affaire à une pleurésie tuberculeuse? Ne voyez-vous pas, par exemple, dans certains cas, à la suite d'un traumatisme vulgaire, une hydarthrose se produire chez un individu en apparence très bien portant: hydarthrose traumatique, et lorsque vous ouvrez l'articulation, que vous faites l'arthrotomie, vous trouvez une hydarthrose tuberculeuse, avec les bacilles caractéristiques de la tuberculose.

N'ai-je pas déjà raconté à plusieurs reprises le fait de ce boulangier de service de M. Peter, homme fort, vigoureux, de grande stature, sans aucun antécédent personnel, sur la pleurésie duquel j'avais également mis l'étiquette "tuberculeuse" et dont l'autopsie confirma encore une fois mon diagnostic.

Et combien d'autres je pourrais rappeler ici! Prétendre donc que des sujets ainsi bâtis, ainsi fortement constitués en apparence, ne peuvent avoir une pleurésie tuberculeuse, c'est faire de la médecine de sentiment, c'est invoquer des arguments sans valeur. Il faut se garder de croire que les individus en proie à la misère physiologique soient les seuls ou toujours les plus sujets à faire de la tuberculose; il faut se garder de croire que les apparences de la force et de la vigueur préservent toujours de la pleurésie tuberculeuse.

Il vous suffira de causer avec un certain nombre de médecins militaires pour apprendre d'eux que c'est surtout dans la cavalerie, c'est-à-dire parmi les hommes triés sur le volet, qu'on trouve la tuberculose, parce qu'ils ont plus de mal, plus de fatigues. Sachez donc vous raidir contre des apparences qui bien souvent vous conduiraient à des diagnostics erronés.

Et la granulie, chez qui se développe-t-elle, si ce n'est le plus souvent chez des individus très forts en apparence et indemnes de tous antécédents ?

Un autre argument invoqué également contre la pleurésie tuberculeuse est le suivant : Comment, vous dites que ces jeunes gens, très bien guéris de leur pleurésie, avaient une pleurésie tuberculeuse ; mais vous n'y pensez pas.—Je réponds : Est-ce que nous ne voyons pas certaines tuberculoses localisées guérir parfaitement ; pourquoi donc refuser à la plèvre ce que nous observons sur d'autres tissus, pourquoi fermer les yeux à la lumière ?

Bref, j'en suis encore à attendre, malgré mes demandes pressantes et maintes fois répétées, qu'on me montre une pleurésie *a frigore* sans tuberculose, car je n'en connais pas encore une seule autopsie complète. J'ai donc le droit de dire que les adversaires de la doctrine que nous professons n'ont pas fourni les preuves que nous leur demandons sans cesse, tandis que, de notre côté, nous les donnons et les avons données maintes fois, je ne dirai pas doctrinairement, mais de par la clinique.

De plus, nous ne disons pas que la tuberculose est toujours fatale, mais qu'elle est toujours possible, de même que nous ne prétendons nullement que les pleurétiques sont condamnés à voir leur tuberculose évoluer fatalement en deux ou trois ans ; mais nous demandons qu'on suive l'histoire de ces pleurétiques jusqu'à leur mort. Je parle, bien entendu, de tuberculose locale de la plèvre, et non pas de phthisie, ce qui n'est pas du tout la même chose.

En 1881, j'ai défendu la question de la contagiosité de la tuberculose, et j'ai soutenu son infectiosité. Mais on ne voulait pas entendre parler, parce que derrière l'infectiosité on craignait d'apercevoir la contagiosité. Un des grands médecins de ce siècle a dit que tout individu qui ne pouvait donner d'autre explication de sa pleurésie qu'un coup de froid, devait être tenu comme suspect de tuberculose de la plèvre.

Mais, je le répète, il ne s'agit pas de confondre la tuberculose avec la phthisie. Ce sont là deux choses très distinctes.

On a dit encore que la doctrine que nous soutenions était désolante. Les mots "consolant et désolant" sont des adjectifs qui ne doivent pas exister entre médecins.

Il est des sujets chez lesquels la tuberculose reste localisée et qui sortent victorieux de leur mal de par leur force de résistance ; il en est aussi, nous le savons, qui, guéris momentanément, feront

souche de tuberculose dix, quinze ou vingt ans plus tard. Si quelque chose est consolant, loin d'être désolant, au contraire, comme on l'a dit à tort, c'est de savoir que la pleurésie *a frigore* est une pleurésie tuberculeuse; car de là découlent des indications thérapeutiques, hygiéniques, permettant de traiter la maladie comme telle et de mettre les malades à même de se défendre, à même d'empêcher le mal de se généraliser, par des soins bien compris, par les *ingesta*, les *circumfusa*, etc. C'est ainsi que deux jeunes enfants de ma clientèle ont été retirés, sur mes conseils, des établissements où ils faisaient leur instruction, à la suite d'une pleurésie *a frigore*, pour être élevés pendant plusieurs années consécutives à la campagne, devenir des sujets forts, robustes, rustiques au point de vue de la santé, et se trouver mis ainsi à l'abri de la généralisation d'une tuberculose primitivement localisée à la pleèvre, tandis qu'ils perdaient successivement de cette affection leur mère, un oncle, une tante et une sœur.

Ce n'est donc pas une simple question doctrinaire, mais bien une question de pratique courante, usuelle; et il n'est pas indifférent de faire le diagnostic de pleurésie *a frigore* ou celui de pleurésie tuberculeuse. Savoir que la tuberculose peut rester localisée est autrement consolant; car, autrefois, qui disait tuberculose disait phthisie. Cette doctrine de pleurésie tuberculeuse est à la fois utile et consolante, pour me servir des termes qu'on a employés. Mais le sentiment n'a rien à faire dans les questions de doctrine; il ne convient, en réalité, qu'au chevet du malade.

—*Gazette des hôpitaux.*

Diète lactée dans les maladies du cœur, par M. le professeur PETER.—Il en sera bientôt de la diète lactée dans les maladies du cœur, ce qu'il en est de la digitale; dès que certains médecins constatent maintenant un souffle valvulaire, ou tout autre signe évident d'une maladie du cœur, ils prescrivent immédiatement l'usage du lait. Evidemment, la diète lactée a des effets multiples et plus qu'on ne croit: elle a d'abord un effet diurétique dont la conséquence physique est de diminuer la tension vasculaire et, par suite, le travail du cœur; c'est dans ce sens qu'elle est hydrauliquement bienfaisante. Elle l'est encore, mais dynamiquement, mais dans cet autre sens qu'elle est un mode de traitement et du foie et des reins en voie de sclérose l'un et l'autre; foie et reins qui sécrètent moins activement par le fait de l'encombrement vasculaire et qui, sous l'influence de la diète lactée, retrouvent une partie de leur activité sécrétoire. Or, cette sécrétion plus active de la bile et de l'urine est encore un moyen indirect de décharge vasculaire et, par conséquent, aussi de diminution dans le travail du cœur. Enfin, il n'est pas plus indifférent pour le foie que pour le rein d'être traversé par un sang contenant le sérum du lait; il y a là comme une action topique salutaire au

tissu hyperémié d'une hyperémie qui tend à la phlogose ou tout au moins à la prolifération conjonctive atrophiante.

D'un autre côté, la diète lactée n'est pas sans utilité pour l'estomac, que son hyperémie passive met dans un certain état d'impuissance digestive. Pour toutes ces raisons, la diète lactée est bienfaisante, mais à une condition expresse, c'est qu'elle soit tolérée précisément par l'organe avec lequel le lait va se trouver en contact. Eh bien, il est des cas d'intolérance à peu près absolue de l'estomac pour le lait : ainsi beaucoup d'hommes, et surtout d'hommes âgés, ne peuvent le supporter, soit qu'il y ait un dégoût insurmontable dès le début du régime ou peu de jours après, soit, lorsqu'il n'y a pas de dégoût, qu'il y ait impuissance digestive avec vomissements ou diarrhée.

En fait, ce n'est pas parce qu'il y a un bruit de souffle au cœur, à la pointe ou à la base, qu'on doit prescrire le lait ; il est surtout indiqué dans la phase des hyperémies viscérales, alors qu'il y a dyspnée plus ou moins intense, diminution de la sécrétion urinaire et commencement d'anasarque, c'est-à-dire dans cette phase que j'ai appelée *dynamique*, où se produisent les troubles de l'hématopoïèse, phase qui conduit parfois assez rapidement à la quatrième, ou phase de *cachexie*.

La question est alors de faire tolérer le lait ; en conséquence, le mieux est, si le malade l'accepte sans dégoût et si l'estomac le supporte, d'en conseiller l'usage exclusif pendant deux à trois semaines. On le donne cru, c'est-à-dire non bouilli (il se digère mieux ainsi), à la dose de deux à trois litres par jour, par gorgées ou par petites tasses, et non par grands bols à la fois ; puis, au bout de ce temps, afin d'empêcher le dégoût et pour soutenir davantage l'organisme, on diminue la dose du lait en introduisant dans l'alimentation quelques œufs et une petite quantité de viande (poulet ou côtelettes), puis on revient peu à peu à l'alimentation ordinaire que l'on continue pendant une ou deux semaines, pour reprendre ensuite la diète lactée pendant un même nombre de semaines. De la sorte, on évite le dégoût, et on a tous les bénéfices de la médication par le lait.

Si l'estomac ne supporte pas le lait cru, on peut le lui faire accepter bouilli et associé au café le matin, puis sous forme de potages dans le cours de la journée. Ou bien encore on peut le rendre plus agréable au goût en y ajoutant, pour les femmes, quelques gouttes d'eau distillée de laurier-cerise, et, pour les hommes, une petite quantité de kirsch.

Si le lait produit des "aigreurs," on prescrira l'usage, trois fois par jour, d'un cachet contenant 25 centigrammes de bicarbonate de soude, 10 centigrammes de craie lavée et 1 centigramme d'extrait de noix vomique. S'il provoque de la diarrhée, on donnera le sous-nitrate de bismuth, par cachets de 50 centigrammes associé à 1 ou 2 centigrammes de poudre d'opium brut. (Il n'y

a pas contradiction à employer simultanément la noix vomique et l'opium, celui-ci s'adressant à la sensibilité de la membrane muqueuse et celui-là à la contractilité de la tunique musculuse de l'appareil digestif.)

En général, il est bon, lorsqu'il y a indication de recourir à la diète lactée, d'alterner cette diète avec l'usage de la digitale; je veux dire que l'on fera bien de donner, par exemple, la digitale pendant une semaine et de faire prendre le lait les deux semaines suivantes, ou encore si l'on veut prolonger plusieurs semaines l'emploi du lait, d'en donner une moindre quantité les jours où l'on ordonnera la digitale.

Je conseille avec avantage la strychnine ou les préparations de noix vomique en même temps que la diète lactée (les jours où je ne fais pas prendre la digitale) à la dose, par exemple, de une à deux pilules de strychnine d'un milligramme chacune par jour, ou de deux ou trois pilules d'un centigramme d'extrait de noix vomique chacune. Il me paraît évident que la strychnine agit efficacement sur la contractilité du muscle cardiaque. — *Abeille médicale.*

Traitement du rhume par le benzoate de soude.—Le Dr. A. RUAULT, qui s'est adonné avec grand succès à l'étude des maladies du larynx, recommande l'emploi du benzoate de soude à haute dose dans les affections catarrhales et congestives des premières voies.

Le rhume vulgaire est de toutes ces affections celle dans laquelle le médicament réussit le mieux, lorsqu'il est employé à la dose de 6 à 8 grammes par jour pendant plusieurs jours consécutifs.

Dès l'apparition du coryza et de la trachéo-bronchite, on pourra donner 3 fois, ou plutôt 4 fois par jour, dans une tasse de tisane de bourgeon de sapin, une cuillerée à soupe de sirop suivant, qui contient 26 grains de benzoate de soude par cuillerée:

P. Benzoate de soude.....	10	drachmes
faites dissoudre dans :		
Eau.....	20	" "
Ajoutez :		
Sirop d'écorces d'oranges amères.....	9	onces
Agitez.		

Dans la plupart des cas, la guérison survient du 3e au 5e jour après le début du traitement.

On doit recommander aux pharmaciens d'avoir soin d'employer le benzoate de soude préparé avec l'acide benzoïque tiré du benjoin.

Le travail très intéressant que M. Ruault a consacré à l'emploi du benzoate de soude dans les affections catarrhales des voies aériennes, se termine d'ailleurs par les conclusions suivantes :

10. Le benzoate de soude paraît avoir sur les muqueuses des premières voies une élection analogue à celle que d'autres balsamiques, comme la terpine, ont sur la muqueuse bronchique, et d'autres, comme la térébenthine et le baume de copahu, sur la muqueuse des voies urinaires.

20. Son emploi est surtout indiqué dans le rhume vulgaire, les angines aiguës érythémateuses, superficielles, le coryza chronique simple, les poussées congestives liées à l'angine granuleuse.

30 Il doit être employé, chez l'adulte, aux doses de 60 à 75 grs. au moins, souvent de 90 à 120 grs. données pendant 6 à 12 jours consécutifs.

40. On doit éviter de prolonger plus longtemps l'usage du médicament sans intervalle de repos, surtout chez les dyspeptiques, afin d'éviter l'apparition ou l'aggravation des troubles digestifs.—*France médicale.*

Des hémoptysies non tuberculeuses.—Pendant longtemps on croyait que les hémoptysies chez un jeune sujet qui n'avait pas d'affection cardiaque étaient le symptôme du début de la phthisie pulmonaire. L'observation a démontré qu'il n'en est rien, et on connaît une grande quantité de personnes ayant eu des hémoptysies qui ne sont jamais devenues tuberculeuses. Dans quelques cas, ces hémoptysies dépendent de la dilatation des bronches et des varices capillaires, ou des anévrysmes miliaires de la muqueuse bronchique. C'est ce que vient d'établir de nouveau M. DEJEAN dans un bon travail auquel nous empruntons ces extraits.

Les hémoptysies survenant au cours de la dilatation des bronches ont déjà été signalées. Laënnec, qui le premier donna une description magistrale de cette affection, rapporte l'observation de deux malades, dont l'un avait eu des hémoptysies très fréquentes renouvelées par les causes les plus légères, et l'autopsie, qui montra plusieurs dilatations bronchiques, ne put déceler la moindre trace de tubercules; l'autre malade, dont l'autopsie fut également faite et négative au point de vue de la tuberculose, avait eu deux crachements de sang très abondants avant son entrée à l'hôpital de la Charité. Barth, qui a réuni quarante-trois cas de dilatation bronchique, a observé l'hémoptysie sept fois.

M. Gombault, dans sa thèse de doctorat de 1858, rapporte trois observations de dilatation des bronches avec hémoptysie. M. Balzer les a notées seize fois sur trente-neuf cas de dilatation. Enfin, MM. Hanot et Gilbert en ont signalé des exemples et donné une bonne explication en les attribuant à la présence sur les parois des bronches dilatées des anévrysmes capillaires.

Si la dilatation des bronches est une affection rare, l'hémoptysie, elle, est fréquente au cours de la dilatation.

Ces hémoptysies peuvent survenir à toutes les périodes de la

bronchiectasie, mais beaucoup plus fréquemment, on peut le dire, lorsque la maladie est bien confirmée, et comme la dilatation des bronches est une maladie des gens âgés, surtout à une période avancée de la vie, c'est même là un des meilleurs caractères qui servent à les différencier des hémoptysies tuberculeuses.

Le plus souvent le sang est rendu pur et en grande abondance. Il est rouge quelquefois, plus souvent avec une coloration spéciale que M. Gombault compare à la lavure de chair. La couleur brique foncé a été aussi notée. Mais de même que, dans la tuberculose et l'hémorrhagie pulmonaire cardiaque, il arrive que les crachats sanglants puissent prendre plusieurs colorations, de même dans les hémoptysies qui nous occupent, il n'est pas rare, lorsque le sang a séjourné un certain temps dans les voies respiratoires, qu'il soit rendu noirâtre.

Un caractère important de ces hémoptysies, c'est que le sang rendu est rarement spumeux comme celui des hémoptysies tuberculeuses.

Tantôt l'hémoptysie s'arrête d'elle-même et le sang est rendu pur jusqu'à la fin. Tantôt au contraire, par leur mélange aux produits de l'expectoration, les crachats, très sanglants au début, et couleur lavure de chair, deviennent simplement sanguinolents et couleur fleur de pêcher, puis simplement striés de sang et enfin muqueux et purulents, comme ils étaient avant l'hémoptysie. Mais dans la plupart des cas, à la suite de l'hémoptysie, l'expectoration revêtait un caractère de fétidité tout particulier.

Si l'hémoptysie a une certaine abondance, elle est presque toujours précédée d'une oppression violente, parfois d'une fièvre assez forte; puis, à la suite d'une toux sèche, le malade sent une saveur métallique dans la bouche et rend le plus souvent sans effort une certaine quantité de sang qui, à son passage, produit une sensation de chatouillement dans la gorge. Lorsqu'elle est moins forte, c'est une expectoration qui atteint souvent la valeur d'une cuillère à soupe chaque fois. C'est là un mode assez fréquent d'expectoration dans la dilatation des bronches, et des vomiques y sont fréquemment observées. A la suite de ces grandes hémoptysies, les malades ont souvent éprouvé un soulagement local tout particulier; leur oppression disparaissait. On ne peut en dire autant de leur état général, et on trouve ces malades anémiés, faibles, sujets à des étourdissements ou à des vertiges. C'est là un accident qui marque le début de la fièvre et des sueurs chez des malades qui en avaient été exempts jusque là, et leur importe tout à fait ce cachet de tuberculeux, si fréquemment observé chez eux qu'il a donné lieu à plus d'une méprise, et qu'il n'a pas fallu moins qu'une autopsie pour confirmer le diagnostic.

Diagnostic différentiel entre les hémoptysies bronchiectasiques et les autres variétés d'hémoptysies.—Étant donnée une hémoptysie, est-il possible de dire, par les seuls caractères qu'elle présente, si

oui ou non elle appartient à la bronchiectasie? D'une façon absolue, on doit tout ce suite répondre non; mais, dans bien des cas, la chose sera possible, et si l'on fait intervenir d'autres caractères différentiels propres aux maladies pouvant produire l'hémoptysie, il est bien peu de cas où le diagnostic ne puisse être posé. Enfin, comme c'est surtout avec la tuberculose que le doute pourrait naître, dans les cas les plus difficiles, l'examen bacillaire rendra le diagnostic presque certain, ainsi que l'a démontré le Dr Cochez dans sa thèse.

Avec M. Dejean on peut donc dire :

Si la dilatation des bronches est une affection rare, les hémoptysies, elle, sont fréquentes au cours de la dilatation.

Elles peuvent être dues à une tuberculose ou à une maladie du cœur concomitante, mais le plus souvent elles sont liées à la dilatation des bronches elles-mêmes et peuvent porter le nom d'hémoptysies bronchiectasiques.

Elles s'expliquent alors par la production à la surface des bronches dilatées d'anévrysmes capillaires qui se rompent sous l'influence d'une augmentation de la pression sanguine.

Ces hémoptysies ont une réelle valeur diagnostique et méritent de fixer l'attention du clinicien. Dans les cas douteux, la recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats pourra trancher la question.—*Paris médical.*

Lésions du cœur et chlorose, par le Dr P. DUROZIEZ.—Plus nous avançons, mieux nous distinguons la difficulté et la nécessité de séparer les lésions du cœur et la chloro-anémie, la chlorose.

On a voilé la difficulté avec les mots; spasmodique, fonctionnel. On admet un rétrécissement mitral spasmodique, une insuffisance fonctionnelle; il faudrait admettre des péricardites fonctionnelles, spasmodiques, on n'a pas encore osé. Au détriment des bruits chlorotiques, on crée des bruits extra-cardiaques, mélange de bruits pulmonaires et péricardiques. Il y a enfin les cœurs forcés.

Tout cela n'est que de la chloro-anémie, de la chlorose, qui disparaît plus ou moins vite.

On néglige l'étude de la chloro-anémie. Rarement nous voyons ausculter les vaisseaux du cou. On conteste l'importance de cet examen. On dit que les souffles du cou n'ont de valeur que quand ils sont forts. Pour nous, quand ils sont forts, ils indiquent une lésion profonde du sang; quand ils sont faibles, une lésion faible. Quand on ne les entend pas, le sang est normal. Il en est du sang comme de tout autre organe.

On a objecté qu'on produit ces bruits par la compression. La raison n'est pas suffisante, si on ne les produit pas chez l'individu bien portant. De plus, la compression n'est pas nécessaire, elle ne fait qu'augmenter l'intensité des bruits.

Chez une chlorotique, partout où le sang s'agite avec une rapidité suffisante, il produit du bruit en raison de la délicatesse de perception de nos sens. La voix pulmonaire peut être chuchotée ou éclatante, il en est ainsi de la voix cardiaque.

Les souffles vasculaires, artériels ou veineux, se rencontrent partout, jusque dans les artères coronaires; les parois du cœur peuvent souffler, comme le fait la thyroïde dans le goître exophthalmique.

Les bruits chlorotiques prennent tous les rythmes, tous les timbres, c'est cette variété même qui en est le cachet; le système vasculaire est un immense instrument résonnant.

On a voulu localiser les foyers du souffle chlorotique pour le cœur. On entend le souffle partout, à la pointe comme à la base, dans l'aorte comme dans l'artère pulmonaire. On retrouve le souffle dans la carotide; il doit donc exister dans l'aorte. Après avoir donné tout aux artères, on leur a tout retiré, si ce n'est l'artério-sclérose.

La forme du souffle a une grande valeur pour le diagnostic. Le souffle de l'insuffisance mitrale est un jet de vapeur, d'autant plus net que la valve est plus rigide et ressemble davantage à une planche percée d'un trou; aussitôt, en effet, que le ventricule se contracte, il chasse le sang à travers l'insuffisance qui existe; il n'y a pas de claquement au début. Lorsque, au contraire, la valve est libre, l'insuffisance ne peut exister que lorsque les valves se sont relevées, et par conséquent ont claqué; le souffle vient après le claquement, comme pour le souffle chlorotique, mais il garde une forme particulière, le souffle d'insuffisance différant du souffle chlorotique qui se forme dans des espaces plus larges, et est plus ronflant.

Lorsque le souffle est chlorotique, lorsqu'il ne dépend d'aucune insuffisance, ni fonctionnelle, ni absolue, il n'empêche pas d'entendre le claquement qui est nettement perçu, pourvu qu'on écarte un peu l'oreille; c'est un point important de l'examen.

Lorsque le souffle de la pointe est chlorotique, il ne passe pas en arrière, tandis que le souffle d'insuffisance mitrale passe en arrière. Que l'insuffisance soit absolue ou fonctionnelle, les conditions sont les mêmes et le souffle entendu sur le dos.

Dans la chlorose, le cœur n'est pas gros dans presque tous les cas il faut se servir de la percussion.

Les bruits du deuxième temps peuvent-ils être chlorotiques? Partout où le sang coule, il peut produire du bruit. Il coule au deuxième temps dans le cœur; il peut y produire du bruit. Il y a lieu de ne pas confondre les bruits chlorotiques et les bruits du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique. Nous serons guidés par la constance des bruits qui, en somme, sont exceptionnels dans la chlorose.

Nous devons n'admettre des lésions du cœur que forcés et contraints, lorsque notre diagnostic importe à la tranquillité d'un individu ou d'une famille. Quand nous gardons notre diagnostic pour nous, nous sommes plus libres de le faire sombre, si nous n'employons pas de moyens de guérison extrêmes.—*Tribune médicale.*

CHIRURGIE.

Des abcès froids.—Clinique de M. TERRILLON à l'hospice de la Salpêtrière (1).—Maintenant que vous connaissez la constitution anatomique des abcès froids, je vais vous en décrire l'évolution clinique. Dès le début, ils se présentent sous la forme de tumeurs quelquefois très superficielles, bosselées ou arrondies, et, lorsqu'ils sont petits, ne donnant point de fluctuation. Cette variété est désignée sous le nom de *gommes scrofuleuses*. Au bout de quelques semaines, quelquefois de plusieurs mois, on peut y découvrir au centre un point fluctuant. Dans ces cas, au début, l'examen histologique a montré qu'il se faisait tout d'abord dans le tissu cellulaire un amas de cellules embryonnaires, qui augmente peu à peu de volume, s'infiltré de nodules tuberculeux, puis l'accroissement se fait lentement ou rapidement; quelquefois la tumeur acquiert en quelques semaines le volume du poing. Le centre de la tumeur dégénère, se nécrobiose, se ramollit, et on est bientôt alors en présence d'une cavité remplie de liquide purulent et dont les parois offrent les diverses zones que je vous ai précédemment décrites. Vous remarquerez, Messieurs, qu'il n'y a point de membrane limitante proprement dite et qu'il se fait un envahissement progressif des tissus voisins, ainsi que je vous l'ai expliqué plus haut. Les parties nouvellement atteintes présentent la même structure et les mêmes caractères histologiques, c'est-à-dire ceux de la tuberculose. Quelquefois enfin, il se forme dans l'épaisseur des parois, ordinairement dans la couche moyenne, de petits foyers hémorrhagiques par ruptures vasculaires, d'où la coloration chocolat que présente parfois le pus.

Lorsque l'abcès est ramolli, la peau peut se perforer et on voit s'écouler par l'orifice un pus sanieux, chargé de détritux et de grumeaux. Quelquefois la terminaison est différente, il se fait une résorption des divers éléments de l'abcès et la guérison s'effectue spontanément; mais ce fait est rare. Après cette ouverture, lorsqu'il n'y a plus de tension dans la poche, il n'y a plus de tendance à l'extension des lésions, mais la face interne de l'abcès

1 Suite et fin. Voir la livraison précédente.

s'irrite, et les fongosités deviennent plus abondantes et plus volumineuses. Celles-ci empêchent le rapprochement des parois, et elles font quelquefois issue par les fistules qui sont le siège d'un suintement purulent continu. Ces fongosités sont peu adhérentes, elles cèdent facilement au raclage, mais elles envahissent toute la cavité de l'abcès et même ses prolongements.

Malgré la dénomination d'abcès froid, lorsque l'évolution est rapide il peut se produire, localement, une élévation de la température locale de 4 à 6 dixièmes de degré, et on voit s'établir à la surface une zone inflammatoire légère; quelquefois enfin la température du malade subit elle-même une légère ascension. Cela se produit surtout à la suite d'une contusion légère ou quand l'abcès menace de s'ouvrir au dehors.

Il ne nous reste plus, Messieurs, qu'à étudier le traitement des abcès froids.

Lorsqu'il ne s'agit que des gommes scrofuleuses, même lorsque l'abcès s'est produit, mais qu'il n'est que de très petit volume, et que l'état général, loin de souffrir, s'améliore, il est permis d'attendre, la guérison est possible par résorption.

Dans les abcès plus étendus, la résorption est impossible et on doit alors ouvrir la poche, car la ponction dans ces conditions est le plus souvent insuffisante; le liquide se reproduit, en effet, à cause du peu de vitalité des parois. Le mieux est donc, dans ces cas, d'intervenir énergiquement et de faire, ainsi que l'a indiqué M. Lannelongue, l'ablation de la poche. Cette pratique est certainement la meilleure lorsque la poche qui limite l'abcès est facilement énucléable. On réunit alors les parties molles et saignantes séparées par la dissection; un bon drainage assure l'écoulement des liquides, et grâce à la compression méthodique du pansement antiseptique, les tissus se réunissent et la guérison est bientôt complète. Il faut avoir soin toutefois d'enlever les prolongements de la cavité, méthode souvent difficile à appliquer lorsque les parois sont peu consistantes.

Dans un second mode thérapeutique, applicable surtout quand la poche ne peut être enlevée en totalité, ce qui constitue le cas le plus fréquent, on ouvre largement l'abcès, puis on racle la surface interne de la poche avec un racloir, une curette coupante de Volkmann, en ayant soin de bien détruire les fongosités; ensuite on accole les surfaces et on réunit comme précédemment. Si cette réunion semble impossible, il vaut mieux remplir la cavité de gaze iodoformée et protéger le bord par un pansement absorbant, comme je l'ai pratiqué chez notre malade. La guérison est plus lente, mais elle est certaine.

Une troisième méthode consiste à cautériser largement la poche au thermo-cautère dans le but de détruire toutes les fongosités. On n'a plus alors qu'une vaste eschare formée par les parties malades ainsi profondément modifiées. Cette méthode est

plus lente, moins active et moins énergique, aussi je ne vous la conseillerai que dans des cas très limités.

Cependant l'emploi du thermo-cautère m'a donné d'excellents résultats dans le traitement d'une variété d'abcès froids multiples dont je pourrais vous citer plusieurs exemples, siégeant au pli de l'aîne, à l'aisselle, au cou, etc. Ils se présentent sous l'aspect de petites masses violacées, avec des pertuis multiples donnant à la région l'aspect d'une pomme d'arrosoir. Dans ces cas, où il existe ordinairement des abcès multiples, des décollements plus ou moins considérables et des trajets fistuleux en divers sens, les injections de teinture d'iode, l'ablation totale qui est impossible et le raclage ordinairement incomplet n'ont aucune efficacité. Il faut alors ouvrir tous les trajets fistuleux, cautériser les fongosités, transformer les diverticules multiples de l'abcès en une surface d'eschare et mettre à jour tous les grands décollements. A ce prix seul vous obtiendrez des guérisons complètes.

Ces différents modes de traitement devenus classiques actuellement, et absolument inoffensifs grâce à l'emploi de la méthode de Lister et surtout de la gaze iodoformée dont on bourre la cavité des abcès, sont en partie détrônés par une méthode créée dernièrement par M. le professeur Verneuil. Celle-ci s'adapte surtout aux grandes poches et aux grands abcès pour lesquels une opération sanglante et radicale semble difficile ou dangereuse.

M. Verneuil, partant de ce principe que l'iodoforme est un parasiticide excellent et qui empêche le développement des bacilles tuberculeux, eut l'idée de mettre cette substance en contact avec les parois de l'abcès froid, de façon à atteindre ces microbes dans tous leurs repaires et d'une façon prolongée.

Pour arriver à ce résultat, il vide l'abcès autant que possible avec un trocart aspirateur, et lave au besoin la poche, avec de l'eau phéniquée, pour enlever les parties caséeuses trop épaisses. Après l'évacuation de la poche, il injecte une quantité variable, suivant l'étendue de la poche, d'éther tenant en dissolution de l'iodoforme à la dose de cinq pour cent. La quantité de liquide ainsi introduit dans les plus grandes poches ne doit pas dépasser cent grammes, dans la crainte des accidents que pourrait provoquer l'absorption d'une trop grande quantité d'iodoforme. On laisse sortir le liquide après quelques minutes, mais une certaine quantité reste dans la poche. La surface de celle-ci est bientôt tapissée d'une couche mince d'iodoforme.

Sous cette influence, la douleur est peu vive, la récidive modérée; mais la poche se remplit de liquide et de gaz, se gonfle et devient légèrement douloureuse. Après quelques jours, tout se calme et bientôt après on voit le liquide se résorber, la cavité et la grosseur diminuer. On peut, dans quelques cas, obtenir une guérison complète après quelques semaines et à la suite d'une

seule injection. Quand une seule ne suffit pas, la même opération peut être renouvelée après un mois ou six semaines, deux ou trois suffisent pour les plus grandes poches.

Vous trouverez sur ce sujet des détails importants dans les travaux de M. Verneuil, et surtout dans un mémoire d'un de ses élèves, M. le Dr Verchère, paru dans la *Revue de Chirurgie*.

Je n'ai qu'à vous rappeler comme exemple de ce genre d'intervention une malade infirme de l'hôpital à laquelle j'ai pratiqué ces injections.

Cette femme, grande, maigre, âgée de 77 ans, portait sur la face antérieure et interne de la cuisse droite un vaste abcès froid. Celui-ci avait trente-cinq centimètres de long, vingt trois de large et contenait quatre litres de pus grumoleux.

Une première injection de 80 grammes d'éther iodoformé produisit peu de réduction. Après un mois, l'abcès avait diminué de moitié. Une nouvelle injection de 60 grammes produisit un résultat analogue.

Actuellement, 4 mois après la première injection, l'abcès est à peine gros comme une demi-mandarine et se terminera, je l'espère, complètement ainsi.

C'est donc là une méthode excellente, non dangereuse, réussissant le plus souvent et que je ne pourrais trop vous recommander, car je l'ai employée avec succès plusieurs fois.—*Progress médical*.

Goître ; traitement par les injections iodées.—Ce traitement n'est pas nouveau, nos lecteurs en ont déjà eu connaissance, mais il est bon qu'ils sachent que les succès s'affirment, et c'est ce que leur apprend, dans le *Progress médical*, le Dr Comby, analysant un travail du Dr DUGUET, médecin de Lariboisière.

Depuis l'année 1874, M. Duguet a traité par les injections iodées tous les goîtres qui se sont présentés à son observation. Sur 34 cas soumis à cette pratique, nous comptons 21 guérisons, 7 améliorations et 6 résultats inconnus. Tous les goîtres récents, qu'ils fussent charnus ou kystiques, ont guéri radicalement après un petit nombre d'injections. Parmi les goîtres anciens, malgré des injections plus nombreuses, deux seulement ont guéri : la plupart ont été arrêtés dans leur développement, amoindris, durcis, rétractés ou réduits. La méthode, souveraine pour les goîtres récents, n'est donc pas aussi efficace contre les goîtres anciens. Sur ces 34 cas, il y avait 29 femmes et 5 hommes ; il n'y avait que 6 goîtres kystiques pour 28 goîtres charnus. Les goîtres kystiques, qui paraissent n'exister que chez la femme, ont guéri plus rapidement que les autres, quelquefois après une seule injection, tandis qu'il a fallu en moyenne 8 injections $\frac{1}{2}$ pour un goître charnu récent ; 1 injection $\frac{1}{2}$ a suffi pour un goître kystique.

Le manuel opératoire n'offre pas de difficultés ; nous allons

cependant l'exposer en détail. Le liquide injecté est la teinture d'iode pure du Codex; on se servira de la seringue de Pravaz ordinaire ou mieux d'une seringue de Pravaz en ivoire noirci ou en caoutchouc durci. Malgré l'action destructive de l'iode sur l'acier, on prendra des aiguilles faites avec ce métal bien plus résistant que l'or. Pour préserver ces aiguilles en acier de la rouille qui les détériore si promptement, on aura soin de les laver, après chaque injection, dans une solution légèrement ammoniacale, et de les plonger, jusqu'à la prochaine injection, dans un vase contenant de l'huile pure ou phéniquée. "De la sorte, dit M. Duguet, la seringue et les aiguilles que nous employons sont toujours en bon état et prêtes à être mises en usage indéfiniment sans avoir jamais besoin de recourir au flambage pour faire soigneusement nos injections." Avant de pratiquer l'injection on choisira le point dans lequel l'aiguille sera introduite, c'est-à-dire la partie la plus centrale, la plus charnue, la plus résistante au doigt, en évitant de piquer les grosses veines qui rampent à la surface du goître. Quand on s'est assuré que la seringue fonctionne bien, on la remplit de teinture d'iode, on expulse les dernières bulles d'air et on fixe la tumeur avec la main gauche. A ce moment, l'aiguille, séparée de la seringue, est enfoncée *lente-ment* à 2 ou 2½ centimètres de profondeur. S'il s'écoule du sang, on retire l'aiguille pour l'enfoncer dans un autre point; s'il s'écoule de la sérosité ou un liquide roussâtre, on l'aspire dans une seringue vide avant de pratiquer l'injection iodée. Cette injection est poussée *doucement* et en observant la figure du malade.

La première fois on se contentera d'injecter la moitié ou les trois quarts seulement de la seringue de Pravaz, pour tâter la susceptibilité des malades. L'injection terminée, on retire l'aiguille en laissant sur le point de la piqûre la pulpe du doigt pour arrêter tout écoulement de sang ou de teinture; tout pansement est inutile.

Parfois l'injection n'est suivie d'aucune réaction; le plus souvent apparaît une tension ou même une douleur locale qui peut s'irradier vers les dents, l'oreille, la nuque, l'épaule et la gorge. Puis, c'est une sorte de fièvre locale avec tuméfaction, chaleur, gêne dans les mouvements du cou et la déglutition. Quelquefois, il y a des frissons, de la céphalalgie, de l'insomnie, etc. Il est rare que cet état fébrile dépasse un ou deux jours.

Après cette réaction, en général modérée, le goître diminue et guérit même parfois après une seule injection. La règle est que plusieurs injections sont nécessaires; on mettra un intervalle de huit jours entre ces injections; on se gardera bien de les renouveler avant que tout phénomène réactionnel ait disparu. Des intervalles de dix et quinze jours peuvent être nécessaires.

Il faut relever, dans cette pratique qui n'a donné à M. Duguet que des succès plus ou moins complets sans aucun accident opératoire.

toire, une action locale résolutive de l'iode sur la tumeur et une action en retour de l'iode absorbé. M. Luton croit même que cette dernière est plus efficace que la première et qu'elle peut être suffisante ; c'est une théorie que nous n'avons pas à discuter.

Tenons-nous-en aux résultats pratiques, qui font le plus grand honneur aux promoteurs de la méthode. Voilà pourquoi nous avons cru qu'il était bon d'aider à sa vulgarisation.

Des luxations des doigts en arrière. — Clinique de M. POISSON, professeur à l'école de médecine de Nantes. — Je vais vous entretenir aujourd'hui d'un malade intéressant de la salle 7, qui nous est arrivé ces jours-ci avec une luxation en arrière du petit doigt. Cette affection est très rare et de plus elle nous a paru fort instructive parce qu'elle nous a permis de vérifier le mécanisme de cette luxation, les causes de son irréductibilité et l'efficacité du traitement analogue à celui qui a déjà été mis en usage pour les luxations du pouce. Le traitement employé pour la réduction des luxations du pouce a déjà été vérifié il y a un an par Jalaguier en ce qui concerne les luxations de l'index. Mais pour les autres doigts : annulaire, médium et petit doigt, l'expérience n'avait pas été faite jusqu'ici. Nous avons eu la bonne fortune de voir que les mêmes causes d'irréductibilité et le même traitement pouvaient exister pour le petit doigt comme pour le pouce et l'index, quoique les conditions anatomiques soient ici changées.

Je reprends l'histoire de notre malade. Cet homme est encore jeune. Il travaillait auprès d'une pile de caisses de savon pesant environ 180 kilogrammes, lorsque tout à coup une caisse se détacha et tomba d'une hauteur de 2 mètres sur sa main appuyée à ce moment sur le sol par son bord radial, dans l'attitude de la pronation forcée. Le malade affirme qu'à ce moment son petit doigt ne se trouvait pas redressé verticalement par rapport aux métacarpiens, situation contraire à ce qui se passe généralement. En effet, dans la luxation en arrière du pouce ou des autres doigts, l'attitude de ce dernier est presque toujours verticale, les métacarpiens conservant la situation horizontale.

Quoi qu'il en soit, ce traumatisme est, je vous le répète, très rare. Malgaigne n'a pu réunir que neuf observations éparées de luxations des doigts autres que le pouce. Si j'ajoute que ces observations sont incomplètes et peu explicites, vous verrez tout l'intérêt que présente le cas que nous avons aujourd'hui sous les yeux.

Inquiet de sa situation, notre malade se montra à un médecin de la ville qui exerça sur le petit doigt des tractions, sans résultat, du reste. Dans des cas de ce genre, très souvent vous verrez les gens de la famille opérer eux-mêmes des tractions qui n'aboutissent qu'à rendre la luxation complexe, comme je vais bientôt vous en fournir un exemple.

Ne se trouvant nullement soulagé, notre malade se décida à entrer à l'hôpital, et c'est alors que vous avez pu observer qu'il existait une déformation très manifeste du petit doigt. Celui-ci, comparé à son congénère de la main gauche, était raccourci. Comme il existait du gonflement et de la douleur, on pouvait croire au premier abord à une fracture du 5^e métacarpien. Mais il fut bientôt facile de se rendre à l'évidence et de reconnaître qu'il avait réellement une luxation en arrière du petit doigt. En effet, l'exploration de la face inférieure de ce dernier faisait percevoir nettement au niveau de sa racine une sorte de bosse qui n'était autre que la tête du métacarpien bombant sous la peau. D'autre part, en faisant glisser le doigt explorateur sur la face supérieure du métacarpien, on venait buter sur une saillie formée par la surface articulaire de la phalange. Donc, plus de doutes. Cette luxation paraissait si simple, et l'écart existant entre le métacarpien et sa cavité de réception paraissait si faible qu'en pesant sur les deux extrémités articulaires, et en tirant, il semblait qu'on devait immédiatement remettre les choses en place. C'était une illusion et, malgré la pince de Farabeuf, à l'aide de laquelle nous fîmes des tractions très énergiques, ces deux os si près de se réduire n'arrivaient pas à s'emboîter. Nous nous trouvions donc en présence d'un obstacle spécial et nous eûmes alors recours à la manœuvre suivante: Au lieu de tirer dans le sens horizontal, le doigt solidement fixé par la pince de Farabeuf fut redressé verticalement par rapport à l'axe du métacarpien comme pour exagérer encore le déplacement, puis il fut ramené verticalement d'arrière en avant, rasant de sa surface articulaire le dos puis la tête du métacarpien; arrivé à l'extrémité de celle-ci, le petit doigt fut vivement rabattu et ramené dans la flexion. La luxation se trouvait réduite.

Ce résultat est pour nous extrêmement intéressant. Il nous permet en effet de tirer des conclusions qui n'avaient pas encore été vérifiées pour le petit doigt.

Il y a environ douze ans, Farabeuf émit pour expliquer la difficulté de réduire les luxations du pouce en arrière, une théorie qui fait loi aujourd'hui. Permettez-moi d'insister auprès de vous sur ces détails de la luxation du pouce qui me paraissent également nécessaires pour comprendre l'histoire à peine ébauchée des luxations du petit doigt.

Vous savez que l'articulation du pouce est constituée du côté du métacarpien par un renflement arrondi, la tête métacarpienne, et du côté de la phalange par une cavité de réception légèrement concave. C'est la phalange qui, dans les mouvements de cette articulation, se meut seule, le métacarpien restant absolument fixe. Les ligaments qui fixent cette jointure, vous les connaissez également. Ce sont d'abord deux ligaments latéraux assez minces sur les côtés de l'article.—En arrière existe une capsule mince

constituée simplement par la synoviale, comme vous le voyez sur les pièces fraîchement préparées que je vous montre. Cette synoviale est renforcée par le tendon extenseur.—En avant, le mode d'union est plus compliqué ; il porte le nom d'appareil glénoïdien, large faisceau étendu de la phalange au métacarpien, et dans l'épaisseur duquel existent deux os sésamoïdes ou pisiformes, dont l'un, le sésamoïde externe, est peu volumineux. Chaque sésamoïde est lui-même maintenu par deux ligaments qui portent le nom de métacarpo-sésamoïdien et phalango-sésamoïdien internes ou externes. Ajoutons à cela un ligament intersésamoïdien et nous aurons ainsi constitué le ligament glénoïdien qui forme avec les os sésamoïdes l'appareil glénoïdien. Il y a plus encore ; à ce niveau passe, plutôt du côté interne que du côté externe, le tendon fléchisseur fixé dans une gaine fibreuse. Enfin, je vous ferai remarquer en passant un détail important, à savoir que l'appareil glénoïdien n'est pas fixé avec une égale solidité à ses deux extrémités, et si vous faites une traction forcée du doigt en arrière comme celle que je fais en ce moment, vous voyez l'appareil glénoïdien se détacher au niveau de son insertion métacarpienne et suivre la phalange dans le mouvement forcé que je fais subir à cette dernière.

Ces données vont nous permettre d'étudier le mécanisme des luxations du pouce et les causes de leur irréductibilité. Quand le pouce est fortement renversé en arrière, on a deux espèces de luxations : l'une est cette *luxation incomplète* que se font les écoliers par une espèce d'habitude, et grâce à l'élasticité de leurs ligaments. Nous la laisserons de côté pour ne nous occuper que de la *luxation complète*.

Je suppose que le pouce, sous l'influence de causes directes ou indirectes, soit fortement entraîné en arrière, sa surface articulaire abandonnera bientôt la tête métacarpienne, et l'appareil glénoïdien, comme je vous l'ai déjà dit, abandonnant lui aussi le métacarpien, suivra la phalange. La tête métacarpienne passera comme à travers une boutonnière entre les muscles de l'éminence thénar qui, cliniquement, pourraient être simplifiés sous le nom de muscles sésamoïdiens interne et externe, et vont s'insérer aux deux os sésamoïdes.

Arrivons aux conséquences : Si vous ramenez d'arrière en avant, en le tenant verticalement, le pouce en rasant la face dorsale du métacarpien, puis en abaissant la phalange, vous ferez glisser d'arrière en avant l'appareil glénoïdien, vous arriverez à en coiffer la tête métacarpienne et la luxation sera réduite.

Supposons au contraire (et cela est instinctif) que vous abaissiez la phalange pour tâcher de la réduire, vous compliquerez la situation ; vous interposerez entre la phalange et le métacarpien tout l'appareil glénoïdien qui, au fur et à mesure que vous exercerez vos tractions, finira par se recourber ; sa face articulaire regardera alors en arrière tandis que sa face palmaire appuiera sur le métacarpien. Les brides sésamoïdiennes solidement im-

plantées contribueront à amener cette nouvelle situation du ligament glénoïdien et des sésamoïdes. Dès lors la réduction est impossible et vous avez créé une *luxation dite complexe*.

On s'expose donc à des déboires d'irréductibilité. Il y a du reste longtemps que ce fait avait été remarqué et les opinions des anciens variaient à ce sujet. Les uns incriminaient l'action de la boutonnière musculaire; d'autres la résistance des ligaments latéraux. Mais la véritable cause est bien le renversement de l'appareil glénoïdien.

Ce que je viens de vous raconter pour le ponce paraît probable pour les autres doigts. Au commencement de l'année dernière, M. Jalaguier eut l'occasion d'observer une luxation de l'index: un petit garçon de onze ans, en courant très vite, vint se heurter violemment l'index contre un arbre. La douleur fut très vive, et l'enfant s'aperçut aussitôt que son index droit s'était redressé vers le dos de la main. Il chercha vainement à le remettre en place. Les parents firent eux-mêmes des tractions énergiques à la suite desquelles l'enfant remarqua parfaitement que son doigt se trouvait replacé à peu près dans la même direction que les autres doigts. En réalité, il n'y avait pas eu de réduction et tous ces efforts n'avaient abouti qu'à rendre la luxation complexe. Lorsque l'enfant se présenta à l'hôpital, M. Jalaguier reconnut qu'en effet la luxation n'était pas réduite. Il redressa, sous le chloroforme, la première phalange de l'index qu'il fit glisser sur le métacarpien et la rabattit ensuite dans la flexion, mais il ne réussit pas à mettre au contact les surfaces articulaires métacarpo-phalangiennes. Il prit alors l'avis de M. Farabeuf qui lui conseilla de pratiquer la section du ligament glénoïdien en pénétrant dans le foyer de la luxation par la face dorsale. Ce ligament fut en effet fendu au bistouri depuis son origine phalangiennne jusqu'à son extrémité. Une boutonnière fut ainsi faite à travers laquelle put passer la tête du métacarpien que Jalaguier remit facilement au contact de la cavité articulaire de la phalange.

Ce que Jalaguier a pu vérifier pour l'index méritait de l'être pour les autres doigts, et c'était d'autant plus important que s'il existe un sésamoïde de l'index, il semble toujours faire défaut aux trois derniers doigts. L'appareil glénoïdien seul, sans sésamoïde, suffit-il à produire la même irréductibilité? Telle était la question que l'on pouvait se poser et que le cas présent nous semble trancher.

Je me résume: Quand il vous arrivera un malade atteint d'une luxation d'un doigt en arrière, vous devrez procéder au relèvement de la phalange, faire glisser l'appareil glénoïdien le long du métacarpien et rabattre le doigt dans la flexion.—Si vous ne réussissez pas, vous êtes réduit à répéter l'opération de Farabeuf et Jalaguier: faire une incision dorsale, arriver sur le ligament glénoïdien, y pratiquer une fente longitudinale à travers laquelle vous ramènerez au contact les deux surfaces articulaires.—*Gazette médicale de Nantes.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Des moyens d'exploration en obstétrique.—Clinique de M. PAJOT, à l'hôpital de la Clinique.—Les moyens d'exploration en obstétrique sont nombreux, et leur application est de la plus haute importance, soit pendant la grossesse, soit pendant le travail, soit enfin chez la femme accouchée.

Si le plus souvent la grossesse est facile à reconnaître, vous savez aussi qu'il est des cas où le diagnostic est des plus difficiles. Je vous citerai le fait suivant qui s'est passé il y a une trentaine d'années à la Société de chirurgie, dont les membres cependant sont des hommes distingués et éminents. Or, certain jour, l'un d'eux présentait à la dite Société l'une de ses clientes, demandant à ses collègues leur avis sur le genre de grossesse auquel on avait affaire chez cette femme. Or, après l'avoir examinée attentivement, tous se prononcèrent pour l'existence d'une grossesse extra-utérine, et, par suite, émirent l'opinion que le procédé opératoire auquel il fallait avoir recours chez elle devait consister à ouvrir le ventre et extraire le fœtus.

Pourtant quelques-uns des chirurgiens présents, éprouvant encore quelques doutes sur un diagnostic ferme, proposèrent à l'assemblée de mander Paul Dubois et de le consulter, nul mieux que lui ne pouvant trancher la question. Paul Dubois vint, examine la femme et déclare qu'il s'agit d'une grossesse parfaitement utérine et que l'accouchement se fera tout seul, ce que l'événement confirma absolument.

Ainsi voilà un fait dans lequel on eut affaire à un de ces utérus rares, car je n'en ai rencontré, dans toute ma carrière, que trois ou quatre semblables, c'est-à-dire à un de ces utérus dont les parois ne sont pas beaucoup plus épaisses qu'une feuille de papier, de telle sorte qu'on sentait le fœtus à travers la paroi abdominale comme si on l'avait eu dans la main, d'où le diagnostic émis de grossesse extra-utérine, diagnostic erroné que Paul Dubois, avec sa grande compétence et par l'application de tous les moyens d'exploration auxquels on doit avoir recours, avait su redresser à temps, avant qu'on eût décidé de fendre le ventre de cette femme.

Quels sont donc les moyens d'exploration que nous devons employer? Ils varient certainement, qu'il s'agisse de dire qu'il y a grossesse, si l'enfant est mort ou vivant, à quelle présentation on a affaire, si le travail est naturel, ou si l'accouchement est laborieux, difficile, etc., etc. Ces moyens sont l'application de nos sens et de la parole, selon certaines méthodes, au diagnostic et au

pronostic. Ce sont l'application : 1^o de la vue ; 2^o de la parole, par les questions que vous poserez à la femme ; 3^o du toucher, du palper, ce dernier si en honneur aujourd'hui ; 4^o de l'ouïe, par l'auscultation,—je ne parle, bien entendu, qu'au point de vue de l'obstétrique ; 5^o l'application de plusieurs sens réunis, tels par exemple que l'ouïe et la main, autrement dit la percussion, qui rend, dans certains cas, des services importants ; 6^o l'odorat lui-même : pour lui, la question n'a jamais été traitée si ce n'est peut-être récemment par un de mes confrères. En tous cas l'odorat est quelquefois d'une application importante aussi en obstétrique, car il peut vous permettre, par exemple, en arrivant auprès d'une femme récemment accouchée, de présumer son état morbide

Autrefois,—il y a une vingtaine d'années,—je disais souvent : “ Vous pouvez me conduire à l'hôpital des Cliniques, les yeux bandés, me faire faire avant d'y aller tous les détours que vous voudrez, et cent fois sur cent, je vous dirai à coup sûr, par l'odorat, le moment où je serai dans la Clinique.” Aujourd'hui nous avons heureusement fait disparaître cela, nous avons fait disparaître toutes les odeurs de la Clinique d'accouchements. J'avais également si bien dans le nez l'odeur de la Charité et de l'Hôtel-Dieu que j'aurais pu, aussi les yeux bandés, les distinguer. Mais, je le répète, grâce aux immenses progrès réalisés, ces épouvantables odeurs ont complètement disparu

Néanmoins en obstétrique le nez peut encore vous servir de guide dans certains cas. Ainsi une femme a-t-elle le placenta retenu depuis plusieurs jours dans la matrice, putréfié, vous le sentez dès votre arrivée à la porte, c'est une odeur qu'on appelle *sui generis*, ce qui veut dire, en bon français, horriblement infecte, et à tel point que si vous touchez à un de ces placentas, vos doigts en conserveront l'odeur quinze jours durant, quels que soient les soins de propreté, de toilette, que vous ayez pris : eau de Botof ou autre, rien n'y fera.

Ne savez-vous pas, d'ailleurs, que les lochies ont une odeur particulière ? Ne savez-vous pas aussi que certaines femmes portent avec elles une odeur spéciale lorsqu'elles ont leurs règles, malgré les soins de propreté les plus méticuleux. Certaines personnes prétendent même que, en cuisine, certains plats ne peuvent réussir si la cuisinière a ses règles, qu'une sauce mayonnaise, par exemple, tourne aussitôt, etc., etc.

Bref il n'est guère qu'un de nos sens, le goût, qui ne sert pas comme moyen d'exploration. Et encore est-il certains médecins qui croient devoir goûter le lait de la nourrice, d'autres aussi l'urine pour se rendre compte de la présence ou de l'absence de sucre. Mais c'est là un moyen d'exploration réellement accessoire.

Tous ces divers moyens d'exploration, en résumé, ont une multitude d'applications en obstétrique et rendent de véritables servi-

ces à la condition surtout de se contrôler les uns les autres, si l'on veut émettre un bon diagnostic et un bon pronostic.

Hier soir je parcourais une thèse, ancienne déjà, dont j'ignore si l'auteur est encore de ce monde, thèse faite sur la stérilité chez la femme et l'efficacité des eaux de Plombières. Or, tout en lisant, je cherchais quelle part l'auteur avait faite à l'homme dans les causes de la stérilité. Eh bien, il n'en a pas dit un mot, le nom d'homme n'était même pas prononcé une seule fois. C'est ainsi qu'autrefois, il y a une quarantaine d'années, on disait que 99 fois sur 100 la stérilité était de la faute de la femme et 1 fois seulement l'homme était en cause. Mais depuis que j'ai étudié un peu sérieusement la question, j'ai pu dire que sur 100 ménages stériles on en trouvait de 20 à 25 dans lesquels l'homme n'avait pas pu faire d'enfants. Mais comment savoir cela si ce n'est par la vue, par l'examen de la semence de l'homme? Voilà, entre cent, une application d'un de nos moyens d'exploration.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement mécanique de la rétroversion, par le Dr BYFORD.—Les procédés mécaniques peuvent être divisés en quatre classes :

a) Ceux qui fixent le fond de l'utérus en avant de l'axe du bassin ;

b) Ceux qui amènent et retiennent l'orifice externe ou le col en arrière du même axe ;

c) Ceux qui s'opposent au déplacement en avant de l'orifice et du col.

d) La combinaison de deux ou plusieurs de ces méthodes.

La fixation du fond, en avant, peut elle-même être produite de quatre manières :

a) Par l'opération d'Alexander (raccourcissement des ligaments ronds) ;

b) Par la suture d'un ou deux ligaments ronds à la paroi abdominale ; ce procédé a été mis en usage par M. Byford, faisant une laparotomie dans un autre but. Un examen, pratiqué quelque temps plus tard, montra que l'utérus avait bien tenu dans sa nouvelle position ;

c) Par la suture d'un ligament large à la paroi abdominale. (Procédé de Kœberlé et Schrœler.)

d) Par la fixation de l'utérus à la paroi abdominale. (Procédé employé par Muller, Lawson Tait, etc.)

Ces opérations ont toutes un inconvénient, qui est de fixer le fond de l'utérus en avant, d'une manière qui n'est pas naturelle. On a essayé aussi la fixation du col en arrière, soit par la cautérisation du vagin, soit par l'avivement des deux surfaces du vagin et du col, etc.

L'emploi des pessaires est naturellement beaucoup moins dangereux et beaucoup plus facile. C'est surtout à l'instrument de

Hodge que l'auteur donne la préférence ; il repousse le col d'avant en arrière et de bas en haut, et refoule le corps de la matrice en avant.

L'auteur décrit ensuite différents modèles (Courty, Sims, Dumontpallier, etc.) L'idéal de l'action serait que le col pût être suffisamment poussé en arrière, de manière à ce que la pression abdominale forçât le fond à revenir en avant ; le moyen le plus simple est un tampon de coton placé au devant du col rétroversé, et changé chaque jour ; la patiente peut s'en passer la nuit.

L'auteur a construit un pessaire qui doit remplir les conditions suivantes :

- a) Placer l'utérus dans une position aussi normale que possible ;
- b) Ne pas gêner l'action des ligaments de l'utérus ;
- c) Supporter l'utérus d'une manière naturelle ;
- d) Ne pas empêcher l'usage du spéculum ;
- e) Ne pas entraver les relations sexuelles ;
- f) Permettre à la patiente d'enlever et de remettre elle-même l'instrument.

Les principales indications sont les suivantes :

- 1) La rétroversion, accompagnée de subinvolution, après l'avortement ou l'accouchement ;
- 2) Les déchirures du col ;
- 3) Le relâchement des parois vaginales ; la sensibilité exagérée du col.

Ce pessaire peut être fait avec un instrument de Gaillard Thomas ou de Sims, en courbant la partie postérieure des branches en avant, de manière à former une sorte de croissant dans lequel entre le col ; les manches du pessaire reposent sur la paroi vaginale postérieure, de chaque côté du rectum, et l'extrémité libre s'appuie sur la paroi antérieure.

L'auteur accompagne sa description, d'ailleurs très complète, mais difficile à faire saisir en français, de plusieurs dessins, soit d'instruments, soit d'opérations autoplastiques, qu'il est de toute nécessité d'avoir sous les yeux pour profiter de son travail intéressant.—*Gazette de gynécologie.*

Sur un nouveau traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine.—*Société française pour l'avancement des Sciences, (Congrès de Nancy, août 1886).*

MR APOSTOLI.—La thérapeutique gynécologique intra-utérine s'affirme de plus en plus et tend, avec juste raison, à se substituer à l'ancienne thérapeutique extérieure du col utérin.

Le procédé nouveau que j'ai depuis quatre ans institué dans le traitement électrique du fibrome, je l'applique depuis la même

époque avec le même avantage et un égal succès à la cure de la métrite chronique, qui en devient d'autant plus justiciable qu'elle affecte la forme désignée généralement sous le nom d'endométrite. A une lésion qui, avant d'envahir le parenchyme utérin, débute par la muqueuse, s'y cantonne plus ou moins pour intéresser ensuite la périphérie, j'oppose un traitement qui sera tout intra-utérin, qui cautérisera toute la muqueuse plus ou moins malade; aux procédés modernes de raclage, d'injections liquides ou cautérisations purement chimiques intra-utérines, je substitue un traitement galvano-chimique, moins brutal, dosable et localisable, que toutes les femmes supportent et qui n'est suivi d'aucune réaction inflammatoire s'il est bien appliqué. L'action chimique immédiate, qui consiste dans une destruction progressive de la muqueuse, est bientôt suivie d'un processus de régression et de désintégration qui favorise la résorption des exsudats et des hyperplasies de nouvelle formation. Pour mener à bien cette opération, il faut se munir de l'outillage électrique suivant, dont on doit connaître le fonctionnement, les qualités nécessaires :

(A) D'abord, un galvanomètre médical d'intensité divisé en milliampères que j'ai fait, pour la première fois, graduer jusqu'à 200; il donne la seule mesure exacte du débit électrique, laquelle n'était obtenue autrefois que d'une façon vague et empirique par la désignation des couples (un couple usé ne donnant jamais le même débit qu'un couple neuf etc.)

(B) Une pile constante et d'un assez grand volume pour pouvoir suffire à un long usage, pour ne s'affaiblir que modérément après plusieurs opérations successives, qui puisse fournir, avec un petit nombre de couples, 30 en moyenne, une haute intensité de 100 à 200 milliampères; la meilleure pile de cabinet est certainement la pile Léclanché; une bonne pile transportable et de petit volume reste encore à trouver, mais, jusqu'à présent, celle au bisulfate de mercure à immersion facultative peut suffire au besoin de la pratique.

(C) Un excitateur intra-utérin d'une longueur assez grande pour pouvoir intéresser toute la cavité intra-utérine, d'une substance telle que le platine, inattaquable sous l'action des acides; il devra être muni d'un manchon isolateur pour garantir le vagin, et le meilleur est un tube en celluloïde.

(D) Un électrode neutre ou indifférent, qui, appliqué sur le ventre, permette à un courant très intense de passer sans douleur, sans chaleur et sans crainte d'eschares; le meilleur est la terre glaise, que j'ai proposée en 1882.

(E) Des cordons assez souples pour ne pas être gênants et assez résistants pour ne pas se briser facilement et donner lieu à des interruptions ressenties douloureusement par la malade. Le médecin en possession d'un bon outillage doit se conformer strictement à la technique de l'opération, qui peut se synthétiser hiérarchiquement ainsi :

1o Faire d'abord une injection vaginale tiède et antiseptique et placer la femme dans une position identique à celle de l'examen au spéculum ;

2o Mettre la pile en batterie, orienter le galvanomètre, juxtaposer le pôle abdominal en terre glaise, en prévenant la femme qu'il est toujours froid, et placer les réophores ;

3o Introduire lentement et progressivement dans la cavité utérine l'excitateur, préalablement flambé et désinfecté ; isoler tout le vagin et la vulve ;

4o Faire une galvano-caustique intra-utérine positive dans toutes les formes hémorragiques, et négative dans les autres cas ;

5o Le principe qui doit dominer toute intervention est de ne jamais surprendre l'utérus et de ne jamais faire une application trop douloureuse. Or, il faut savoir qu'il y a des utérus dits irritables, en très petit nombre il est vrai (de 3 à 50/0), tel que celui de certaines hystériques qui supportent mal le courant, quoique peu intense, chez lesquelles il faut savoir n'appliquer que de faibles doses.

6o Il faut au début débiter le courant lentement, très lentement, s'arrêter devant toute sensibilité excessive pour acclimater la malade et vaincre toute résistance physique et morale ;

7o Progressivement, en deux ou trois séances, l'intensité devra s'élever et atteindre, dans la plupart des cas, 100, 150 et au besoin 200 milliampères ; l'intensité devra se proportionner et se régler d'abord sur la tolérance du sujet, puis d'après l'étendue, la gravité et l'ancienneté de la lésion ;

8o La durée de l'application qui oscillera entre cinq et dix minutes, devra comme l'intensité, se mesurer d'après la réponse de la malade, sur l'énergie des effets à obtenir ;

9o Les séances auront lieu ou toutes les semaines, ou tous les deux jours, suivant le besoin, et le médecin règlera leur nombre et leur rapprochement suivant l'urgence et la nécessité de l'intervention.

10o Un repos obligatoire d'au moins quelques heures devra être exigé de la part de toutes les malades qui ont été opérées ; ce repos est nécessaire à la sécurité de la méthode et à son efficacité.

11o On prescrira des injections vaginales antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, que la malade prendra matin et soir.

Ce traitement simple et inoffensif, véritable hystérométrie thérapeutique, n'est autre chose qu'un raclage moléculaire galvanochimique, acide ou basique, suivant les cas, qui provoque la formation d'une nouvelle muqueuse et constitue une sorte d'exutoire intra-utérin dont on peut, à volonté, prolonger ou varier l'action. Son effet bienfaisant, que j'ai constaté chez un grand nombre de malades, ne tarde pas à se faire sentir dès les premières

res séances, pour s'accroître ensuite rapidement et conduire bientôt la femme à la guérison. Il ne condamne la femme à aucun repos forcé et ne réclame aucun autre traitement additionnel; il a, sur le raclage chirurgical, l'avantage de pouvoir être dosé, localisé, de n'être jamais instantané et de pouvoir être administré à doses réfractées, qui s'accumulent sans danger et au gré de l'opérateur.

PÉDIATRIE.

De quelques cas d'angine couenneuse.—Clinique de M. J. SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Je voudrais vous entretenir aujourd'hui d'un point très important à propos de faits qui viennent de se passer sous nos yeux et qui n'ont pas laissé de nous préoccuper vivement.

Il est, vous le savez, des angines couenneuses, dont le diagnostic ne présente aucune difficulté, dont la fausse membrane est des plus caractéristiques, dont les caractères, enfin, sont des plus prononcés, et qui se distinguent très bien des produits pultacés, non organisés. Mais, par contre, à côté de ces cas faciles à reconnaître, et pour lesquels aucune erreur n'est possible, il en est d'autres que nous rencontrons en grand nombre aussi, soit en ville, soit à l'hôpital, dans lesquels il n'est pas possible de se prononcer avec quelque certitude.

Je vous citerai d'abord le fait suivant que j'emprunte à mes observations de la ville. Il y a un an environ, j'étais appelé pour un petit enfant qui souffrait un peu seulement de la gorge. Les premiers jours le mal passa inaperçu, puis on vit un produit blanchâtre au fond de la gorge, produit que l'on considéra tout d'abord comme très probablement de matière pultacée; enfin trois jours plus tard il ne s'agissait plus d'une simple angine pultacée mais d'une angine infectieuse, et, la diphthérie prenant une grande et rapide extension, l'enfant succombait. Or, quel avait été le début de la maladie? Un simple petit refroidissement.

Voici maintenant un autre fait: il y a dix jours j'ai perdu, après une trachéotomie cependant bien faite, un enfant atteint du croup. Cet enfant avait été brusquement saisi par le froid, le dimanche d'après, un médecin très expérimenté et très attentif avait été mandé, il avait constaté la présence, sur les amygdales, de produits pultacés et avait prescrit des badigeonnages. Le lundi soir, appelé en consultation, j'avais vu scurdir sur les amygdales des produits bien isolés, blanchâtres, comme chez les malades atteints d'amygdalite chronique. L'enfant était très gai, il n'avait pas de fièvre, pas de ganglions engorgés. Le len-

demain l'état local restait le même ; il n'y avait toujours pas le moindre mouvement fébrile. Le mercredi matin j'avais été empêché de voir mon petit malade, et lorsque, à quatre heures du soir, j'arrivai auprès de lui, il existait au fond de la gorge une couenne énorme. Le malade avait quelques frissons et un peu de fièvre, mais toujours pas d'engorgement ganglionnaire. Dès lors j'employai immédiatement tout ce qui est prescrit en pareil cas. Mais la fièvre augmentait, la diphtérie prenait une intensité plus grande, s'étendant dans les voies aériennes, en haut comme en bas, et le samedi, en présence d'un croup suffocant, d'une asphyxie lente, la trachéotomie était pratiquée par mon collègue de cet hôpital, M. de Saint-Germain, qui fit l'opération en cinq secondes, en un temps et d'un seul coup, sans qu'il survint aucun accident. Néanmoins le lundi matin l'enfant était mort.

Voilà donc deux faits de malades de la ville, tous deux bien observés par des médecins instruits, dont le début fut insidieux et qui se terminèrent tous deux par la mort ; l'un par asphyxie, l'autre par infection.

D'autre part, il y a dix jours, entré au No 40 de notre salle des filles, une enfant présentant toutes les allures d'une affection typhique. Déjà son frère était dans notre service depuis quelques jours pour une fièvre typhoïde. J'examinai par habitude la gorge, quoiqu'elle ne s'en plaignit pas, et j'aperçus des plaques blanches épaisses, non isolées. Le lendemain, un lundi, l'enfant était mieux ; deux jours plus tard la fièvre et les phénomènes typhiques avaient disparu, la fièvre avait cessé, mais l'angine persistait, et le jeudi la plaque blanche qui s'était développée sur la luette et la coiffait ne laissait plus aucun doute sur la nature de la maladie : il s'agissait d'une angine couenneuse.

Voyons donc en quelques mots quels sont les divers produits blanchâtres que l'on peut rencontrer sur la gorge et comment on peut les reconnaître.

Ce sont :

1o. Les produits diphtériques, c'est-à-dire des fausses membranes déprimant la muqueuse, sertie par elles, lui adhérant profondément par des prolongements fibrineux, et dont la texture se trouve confirmée par le microscope. Ils s'accompagnent souvent de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et d'une faible élévation de température.

2o Les produits pultacés, c'est-à-dire des éléments épithéliaux associés à des mucosités.

3o Les produits herpétiques ; des vésicules herpétiques, vésicules rosées, groupées ensemble, formant un produit blanchâtre, saillant, inégal, se dissolvant dans l'eau et accompagnées dans le voisinage de vésicules transparentes (amygdalite suite de refroidissement).

4o Les produits résultant de la cautérisation par le nitrate d'argent d'une granulation, d'une ulcération syphilitique ou autre.

5° Les taches lactées que l'on aperçoit sur les amygdales des tout petits enfants, et qui ne sont autre chose que des produits caséux de l'alimentation.

6° Le muguet confluent ou l'angine diphthéroïde de Lasègue, chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, de bronchite grave, de scarlatine, et que l'on aperçoit au fond de la gorge, sur les deux amygdales, sur la muqueuse de l'isthme du gosier. Ici les dépôts se produisent en vingt quatre heures, comme dans certains cas de diphthérie vraie. Seuls la marche et les badigeonnages éclairent le diagnostic en montrant l'absence de cohésion de ces produits.

En résumé, lorsque je suis appelé auprès d'un petit malade chez lequel le diagnostic de l'angine n'est pas possible, je dis qu'il paraît s'agir d'une angine pultacée, qu'il ne m'est pas possible de me prononcer en toute certitude, mais que néanmoins les mêmes précautions, les mêmes soins doivent être donnés, que si l'on avait affaire à une angine grave, et que l'enfant doit notamment être gardé au lit.—*Gazette des hôpitaux*.

Des troubles de la parole dans l'enfance, par H. BOHN.—L'auteur étudie dans ce mémoire quelques formes particulières de troubles de la parole qu'on observe chez les enfants consécutivement à certaines maladies aiguës, sans qu'on puisse les rattacher à une lésion cérébrale proprement dite.

Les troubles de la parole surviennent dans la fièvre typhoïde beaucoup plus fréquemment chez les enfants que chez les adultes. L'auteur a pu recueillir dans la littérature, depuis 1844, 40 observations dans lesquelles des enfants présentaient de la dysphasie au cours de la fièvre typhoïde. A ces cas il ajoute 8 observations personnelles. L'auteur sépare de la dysphasie proprement dite les troubles de la parole qui ont pour cause la perte de connaissance ou l'affaiblissement général et qu'on peut observer non seulement dans la fièvre typhoïde, mais encore dans beaucoup d'autres maladies graves. Il range par contre dans la catégorie de la véritable dysphasie la bradyphasie qui est constituée par la parole particulièrement lente et traînante et qu'on observe dans les formes nerveuses de la fièvre typhoïde, principalement pendant les premiers jours de la convalescence. Cette bradyphasie est plus rare qu'on ne l'admet généralement; M. Bohn ne l'a observée que deux fois avec ses caractères typiques; dans les autres cas elle s'est toujours transformée plus ou moins rapidement en aphasie proprement dite. L'auteur rapporte 6 observations d'aphasie amnésique; cette forme s'observerait fréquemment chez les enfants atteints de fièvre typhoïde. Les troubles de la parole qui viennent compliquer une fièvre typhoïde n'annoncent pas nécessairement une marche particulièrement grave de la maladie. Ils surviennent rarement pendant l'acmé, plus souvent pendant

le stade de la défervescence ou au début de la convalescence. La durée moyenne de la dysphasie est de 6 à 7 jours ; elle peut disparaître dans l'espace de 48 heures, même plus rapidement encore, mais elle peut persister aussi pendant plusieurs semaines.

L'apparition de l'aphasie est le plus souvent subite, de même le retour de la parole est généralement instantané. Il est à remarquer que l'aphasie coïncide ordinairement avec des paralysies motrices, le plus souvent avec de la paralysie ou de la paresse du côté droit. Cette paralysie peut être limitée à une extrémité ou envahir les deux extrémités du même côté. Il n'est pas rare d'observer en même temps la paralysie de la face et la langue. La paralysie persiste ordinairement plus longtemps que l'aphasie ; elle disparaît de bas en haut comme dans l'hémorragie cérébrale. L'auteur n'a pas eu l'occasion d'étudier sur le cadavre les modifications anatomiques qui accompagnent les aphasies typhoïdiques.

L'aphasie s'observe plus rarement dans la scarlatine que dans la fièvre typhoïde. Il existe un seul cas observé par Sheppard dans lequel les troubles de la parole ont coïncidé avec le début de la maladie. Dans tous les autres cas le complexe symptomatique constitué par l'aphasie et la paralysie a été observé au cours de la nephrite consécutive. Le pronostic de ces troubles de la parole liés à la scarlatine est moins favorable que dans la fièvre typhoïde. Chez un des malades observés par M. Boha, l'hémiplégie et des troubles considérables de l'intelligence ont persisté définitivement après la disparition de l'aphasie.

L'auteur rapporte en terminant une observation d'aphasie survenue chez une jeune fille âgée de 13 ans, à la suite d'une grande frayeur.—*Recue des maladies de l'enfance.*

Statistique des trachéotomies, à l'hôpital Trousseau et à l'hôpital des Enfants-Malades pendant l'année 1886.

Hôpital Trousseau.—Cette statistique, prise en bloc, est particulièrement favorable ; le nombre des croups opérés a été de 363, sur lesquels il y a eu 257 morts et 106 guérisons, soit 29,23 guérisons pour 100.

Et il ne faut pas oublier que, dans nos hôpitaux, presque tous les malades, arrivés à la période ultime, sont opérés, quelles que soient les mauvaises conditions dans lesquelles ils se présentent. Ainsi le nombre total des croups reçus à l'hôpital Trousseau l'année dernière, est de 425 ; sur ce chiffre, 363 ont été opérés comme je l'ai dit plus haut, 62 ne l'ont pas été. Or, de ces 62 croups non opérés, 54 ont guéri, 8 seulement sont morts. C'est dire que, dans tous les cas qui offraient la moindre chance de succès, la trachéotomie a été pratiquée. Rien n'a donc été fait pour embellir la statistique.

Si maintenant nous étudions les résultats obtenus dans les divers mois de l'année, nous voyons qu'ils sont très différents par

dant les quatre premiers mois et pendant les huit derniers. Les quatre premiers mois nous donnent en effet 32 guérisons sur 157, soit 20,38 pour 100, et les huit derniers, 74 guérisons sur 206, soit 35,92 pour 100. Enfin les mois qui donnent le pourcentage le plus bas sont ceux de mars et d'avril (19, 1 pour 100), et ceux qui donnent le pourcentage le plus élevé sont ceux de juillet et d'août (40,42 pour 100).

Voici du reste le détail par périodes de deux mois :

Janvier, Février...	68 opérés,	15 guérisons,	53 morts.	—22,05 p. c.
Mars, Avril	89 — 17	— 72	— —19,1	—
Mai, Juin.....	64 — 20	— 44	— —31,25	—
Juillet, Août.....	47 — 19	— 28	— —44,42	—
Septembre, Octobr.	29 — 10	— 19	— —34,48	—
Novembre, Décem.	66 — 25	— 41	— —37,87	—

Hôpital des Enfants-Malades.—A l'hôpital des Enfants-Malades, 355 enfants atteints du croup ont été opérés en 1886, sur lesquels 60 ont été guéris et 295 sont morts, ce qui donne un pourcentage de guérison (16,9 ou 17 en chiffres ronds) notablement inférieur à la moyenne des succès opératoires de Trousseau (29,23 p. 100).

Cette différence semble inexplicable au premier abord dans deux établissements pourvus d'un personnel médical également savant et dévoué, dans lesquels les malades sont l'objet de la même sollicitude de la part de l'administration, mais en y réfléchissant on voit que les résultats constatés dans ces deux statistiques portent sur un laps de temps trop court pour qu'on en puisse tirer des conséquences immédiates. Rien ne s'oppose même à ce qu'on les considère comme les effets de l'une de ces séries heureuses ou malheureuses qui, en clinique, sont la pierre d'achoppement des esprits trop hâtifs dans leurs conclusions.

Nous avons fait le relevé des cas heureux et malheureux dans les divers mois de l'année à l'hôpital des Enfants-Malades et nous avons constaté qu'il y a eu par périodes de deux mois :

Janvier, Février...	96 opérés,	15 gnéris,	81 décès.	—15,62 p. c.
Mars, Avril	87 — 8	— 79	— — 9,20	—
Mai, Juin.....	40 — 9	— 31	— —22,50	—
Juillet, Août	33 — 5	— 28	— —15,15	—
Septembr., Octobre	32 — 13	— 19	— —40,31	—
Novem., Décembre	67 — 10	— 57	— —14,92	—
	355	— 60	— 295	

Ce dernier relevé est très instructif au point de vue de la valeur réelle qu'il faut attribuer à des chiffres statistiques fournis par de courtes périodes de temps.

Nous voyons par exemple que des écarts bien grands peuvent exister entre les chiffres des succès bi-mensuels.

Ainsi, dans la statistique des Enfants-Malades, les succès sont au nombre de 40, 31 p. 0/0, en septembre et octobre, tandis qu'il n'y en a pas plus de 9,20 en mars et en avril. Ces deux mois sont aussi les moins favorisés de la statistique de Trousseau puisqu'ils ne donnent que 19,1 de succès. Notons en passant que les mois les plus favorisés de cette dernière statistique ne donnent pas plus de 44,42 p. 0/0 de succès, c'est-à-dire un chiffre de très peu supérieur au chiffre le plus élevé de la statistique des Enfants-Malades (40,31).

Notons encore que cette élévation momentanée, si considérable, du chiffre des succès dans les deux statistiques ne se produit pas dans les mêmes mois pour chacune d'elles et ne paraît par conséquent pas liée à une influence saisonnière plus favorable aux opérations. Elle est donc tout en faveur de la possibilité d'écarts considérables dans les chiffres de statistique relatifs à de courtes périodes de temps.

De plus, sur les 62 malades non opérés de Trousseau, 8 seulement sont morts, ce qui permet de supposer qu'en moyenne l'affection n'avait pas une gravité exceptionnelle chez les 62 non opérés.

Il paraît certain qu'on opère à Trousseau dans tous les cas graves sans exception, et comme cette large application de la trachéotomie est signalée par un succès notable, autant du moins qu'on peut en juger d'après les chiffres d'une année, un encouragement à pratiquer la trachéotomie sans hésitation quand elle est bien indiquée doit en résulter. — *Revue des maladies de l'enfance.*

Des convulsions infantiles.—Le Dr. Hughlings JACKSON, bien connu pour les heureuses synthèses de physiologie pathologique, destinées à expliquer hypothétiquement certaines maladies de causes obscures, a conçu à propos des convulsions un groupement des centres sensorio-moteurs en trois systèmes qui concordent assez bien avec une description légèrement schématique du cerveau. Les centres inférieurs sont limités supérieurement par le pont de Varole; les moyens correspondent aux centres moteurs corticaux et sensoriels corticaux qui portent ordinairement ce nom; les supérieurs sont constitués par la portion du cerveau qui s'étend au devant de ces centres. Toutes les parties du corps correspondent à chacun de ces groupes dont l'action est éminemment complexe; toutefois il semble que les groupes supérieurs exercent un certain pouvoir régulateur sur les groupes inférieurs.

Dans la première enfance, le développement du groupe inférieur est beaucoup plus rapide que celui des groupes supérieurs, aussi est-il dans un état d'équilibre instable, et plus apte que les groupes supérieurs à être affecté par des impulsions incorrectes ou irrégulières.

Ce sont les troubles de la respiration qui sont pour le Dr. Jackson la cause prochaine des convulsions de l'enfance dans la plupart des cas. Des troubles de la respiration résulte en effet une altération du sang qui va irriguer les centres respiratoires, et, lorsque ces troubles sont assez grands pour produire une vénosité intense, il se produit une explosion d'activité anormale qui aboutit à des convulsions d'un caractère vraiment asphyxique.

Certaines expériences récentes de Rosenbach semblent tendre à la même conclusion. Il est arrivé à produire des convulsions, qu'il regarde comme appartenant au type épileptique vrai, par la stimulation prolongée et intense de la couche corticale, tandis que la stimulation des régions situées au-dessus de la couche corticale, si on prenait le soin d'empêcher la transmission de l'excitation à cette couche, ne produisait que des mouvements convulsifs étrangers au type épileptiforme.—*Revue des maladies de l'enfance.*

DERMATOLOGIE.

Du pityriasis rosé de Gilbert.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.—Le hasard ayant amené dans nos salles deux malades affectés de pityriasis rosé de Gilbert, je saisis cette occasion pour vous parler aujourd'hui de cette maladie. Qu'est-ce donc que cette affection? C'est un pseudo-exanthème constitué par une roséole squameuse. Mais qu'appelle-t-on pseudo-exanthème? Le voici: si vous examinez toutes les maladies qui intéressent la peau à quelque degré que ce soit, vous ne tarderez pas à les ranger en deux classes différentes, les dermatoses chroniques et les fièvres éruptives. Les premières sont sans fièvre, sans évolution précise, sans aucune durée fixe; au contraire, les secondes, telles que la rougeole, la scarlatine, sont aiguës, fébriles, à évolution cyclique et à durée fixe. Voilà les deux extrêmes! Mais entre eux se placent des affections intermédiaires auxquelles on a donné le nom de pseudo-exanthèmes. Elles ont une forme subaiguë, une marche moins régulière et une durée moins longue que les fièvres éruptives. Comme exemples, je vous citerai l'urticaire, la roséole, l'érythème. Cela dit, revenons à notre sujet.

Historique.—Bien indiquée par Gilbert, puis bien décrite par Bargaso, cette affection, depuis lors, a été le sujet des travaux de MM. Metton et Nicolas.

Symptomatologie.—Comment débute cette maladie? De deux façons: avec ou sans fièvre. Quoi qu'il en soit, toujours apparaît une éruption caractérisée par une série de taches miliaires rosées

qui, en grandissant peu à peu, arrivent à se confondre. En un mot, c'est une roséole squameuse. Et de fait, à l'instar de la roséole, cette éruption est disséminée sur une large surface, comprend des taches nombreuses et n'a aucune discipline. Maintenant, pour peu que nous allions un peu plus loin dans nos investigations, nous verrons qu'il y a des taches petites et généralement arrondies, puis d'autres, beaucoup plus larges, formées par la réunion des premières les unes avec les autres. Disons immédiatement que ces deux ordres de taches qui forment le gros de l'éruption sont remarquables par leurs caractères desquamatifs, c'est-à-dire qu'à leur surface se produit un dépôt pulvérulent, grisâtre, tout à fait pityriasique. Ajoutons, de plus, que cette poussière farineuse atténuée considérablement la coloration rouge des taches, de sorte que celles-ci apparaissent comme rosées. Il existe, encore, une troisième variété de taches qui ont reçu le nom de taches orbiculaires ou mieux en médaillon. Et, en effet, si vous les analysez de près, vous verrez qu'elles sont constituées par un cadre et par un centre. Le cadre dépend d'un léger soulèvement papuleux, rosé, émaillé de poussières ou de squamules; le centre se distingue par trois caractères : d'abord, il est lisse, puis il a un ton légèrement jaunâtre, enfin il existe une espèce de plissé visible seulement à la loupe qui n'est autre que celui de la peau un peu plus accentué. Voilà les trois éléments qui composent l'éruption ! Ajoutons, en outre, que ces taches constituent toute la maladie. D'une part, en effet, il n'existe pas de symptômes généraux, et d'autre part, pas de troubles locaux, car dans la plupart des cas on n'observe qu'un léger prurit ou même rien d'appréciable.

Et maintenant, que deviennent ces taches rouges ? Elles pâlisent peu à peu et disparaissent sans laisser de cicatrices. Où se localise donc cette éruption ? Au thorax, au cou et aux membres vers leurs racines, car assez habituellement elle ne dépasse ni le jarret, ni le poignet. En tout cas, trois parties sont presque toujours respectées : ce sont la face, les mains et les pieds.

Evolution.—Quatre caractères demandent à être notés.

1° L'éruption est successive.

2° Elle est insensiblement progressive.

3° Elle est descendante. Ayant son initium habituel sur le thorax, elle gagne le reste du tronc. De même pour les membres.

4° L'éruption, quand on l'examine alors qu'elle date de quelques jours, se compose presque toujours d'éléments éruptifs d'âges divers et d'aspects différents.

Durée.—Variable dans une certaine limite, cette durée est en moyenne de quatre à six semaines. Certains prétendent qu'elle peut être moindre ; cela est possible, bien que, pour ma part, je n'aie jamais constaté de ces cas. Mais ce qui est sûr, c'est que cette affection peut bien ne disparaître qu'au bout de huit à neuf semaines.

Variétés.—Je ne m'étendrai pas sur ce sujet, attendu qu'il ne comporte rien de bien utile. Disons, toutefois, qu'il existe deux ordres: l'un relatif à l'intensité de la couleur (pityriasis rouge et pityriasis pâle), et l'autre à la confluence (pityriasis discret et pityriasis confluent).

Terminaison et pronostic.—Cette affection ne comporte rien autre qu'une résolution progressive; c'est dire que le pronostic est toujours favorable. Ajoutons aussi que son évolution est régulière, cyclique et fatale.

Etiologie.—Voilà le point le plus obscur. Ce que nous pouvons affirmer, de par l'expérience, c'est que cette affection n'est pas contagieuse. Et, en effet, toutes les fois que nous avons admis dans nos salles un individu atteint de pityriasis rosé, nous n'avons jamais vu cette maladie se propager à qui que ce soit du voisinage. D'autre part, dans les renseignements fournis par le malade lui-même, on n'a jamais relevé jusqu'ici aucune trace de contact avec un sujet affecté d'une semblable éruption.

Au reste, l'examen microscopique des débris cutanés, fait avec le plus grand soin, n'a jamais révélé l'existence d'un parasite. Mais enfin, à quel propos ce pityriasis vient-il? Sur ce point notre bilan est presque nul. Cependant, on a remarqué d'abord qu'il se développe sous une influence saisonnière, puis qu'il s'attaque de préférence aux jeunes sujets; enfin, qu'il est un peu plus commun chez la femme que chez l'homme. Il va sans dire que dans ce chapitre, figurent toutes les causes banales, telles que l'influence du froid, les écarts de régime.

Traitement.—Rien de plus simple. Et, en effet, que voulez-vous faire à un malade qui se porte bien, qui n'a même pas de démangeaison? Tout au plus, contre la fièvre du début, si fièvre il y a, prescrivez-vous le repos et un régime modéré et, dans le cas de prurit, quelques bains émollients associés à des onctions graisseuses avec de l'axonge, du cold cream, du glycérolé d'amidon ou mieux encore du glycérolé tartrique, toutes substances dans lesquelles on peut, on verra, mettre un parfum qui convient au malade.

Voilà tout! Une autre médication serait illusoire et inutile, car, de par l'expérience, cette affection ne comporte aucun danger et a une durée fatale.

Diagnostic.—Où réside donc l'intérêt de toute cette description que je viens de vous faire? Dans le diagnostic. Et de fait, en maintes circonstances, cette affection a été prise pour de la syphilis. Eh bien, le diagnostic, pour peu qu'on ait eu quelques cas de pityriasis, est facile à faire. Sur quoi repose-t-il donc? Sur les caractères fournis par l'éruption et par l'évolution. Comme éruption: nous avons des taches rosées, à desquamation furfuracée et à aspect spécial, du moins pour quelques-unes. De plus, cette éruption a une invasion successive, progressive et descen-

dante. Bref, deux affections seulement méritent d'être mises en regard avec le pityriasis, ce sont : le pityriasis versicolor et la roséole syphilitique.

Pour ce qui est du premier, c'est une affection essentiellement chronique, qui occupe presque toujours le thorax, et qui est caractérisée par des taches café au lait de portière, comme disait Ricord, et par la présence d'un parasite. Reste la roséole syphilitique. Ici existent de nombreux signes de confusion : D'abord le pityriasis comme la roséole est sur le tronc et les membres, et respecte la figure et les mains ; puis, comme elle, est caractérisé par de petites taches juxtaposées, sans phénomènes généraux ; enfin, toujours comme elle, dure quelques semaines. Rien d'étonnant à ce que tous les auteurs nous disent : " Méfiez-vous. " A quels signes pourrez vous donc vous en rapporter pour établir la distinction ? Vous avez d'abord le chancere antérieur ou son compagnon fidèle le bubon, puis les squames et les taches en médaillon.—*Praticien.*

Traitement du prurit anal, par le docteur GRELLETY.—Bains de siège ou bains entiers fréquents. Douches ascendantes sur le périnée et le fondement.

Lotions plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique (10 pour 1,000), pour prévenir toute fermentation.

Après chaque garde-robe, un lavement d'eau tiède destiné à être rendu ; à défaut de lavement, nettoyage méticuleux de la marge de l'anus, après chaque selle.

Pendant la nuit, cataplasme tiède de fécule ou de farine de lin déshuilée, ou encore, application de tarlatane imbibée d'eau amidonnée, le tout recouvert de ouate, de coton, d'un tissu imperméable, comme le taffetas gommé ou la toile fine de caoutchouc, de façon à ce que l'humidité soit constante et que la malade soit comme dans un bain.

Lotions, le matin, avec de l'eau amidonnée : on saupoudre ensuite avec une poudre absorbante quelconque, de préférence un mélange de 90 grammes de poudre d'amidon pour 10 de salicylate de bismuth.

Il est prudent d'éviter le contact des tissus irritants et en particulier de la flanelle.

L'usage d'un suspensoir non vulcanisé avec plaque anale peut devenir nécessaire, surtout lorsqu'il existe de l'eczéma d'une façon non douteuse.

Dans plusieurs cas, j'ai prescrit avec un réel avantage des pommades astringentes avec 4 grammes d'oxyde blanc de zinc pour 20 de vaseline ou de glycérolé d'amidon.

Chez un malade qui m'avait été adressé par le docteur Magnin, de Paris, la morphine seule amenait le soulagement désiré. Le sujet était devenu morphinomane et usait de mille ruses pour

satisfaire sa fatale passion. J'ai eu à lutter énergiquement, et ce n'est qu'après l'avoir épouvanté, qu'après lui avoir fait lire l'ouvrage du docteur Ball, après lui avoir donné des mèches imprégnés d'abord de belladone, puis de cocaïne (5 grammes pour 100 de cold-cream frais), que j'ai pu le faire renoncer à peu près complètement aux injections qu'il se faisait en cachotte, malgré son entourage.

Ce monsieur avait eu des accidents hépatiques, de la jaunisse. Il avait des débâcles intestinales fréquentes. Cet état de choses devait certainement avoir une influence sur ses douleurs, qui n'existaient pourtant qu'à l'anus.

Chez une dame de soixante ans environ, qui a pour médecin habituel le docteur Ribard, de Meudon, le bromure de potassium et les opiacés ne sont pas parvenus à éteindre la sensibilité des téguments, ni à procurer un sommeil réparateur. C'est, du reste, ce qui a lieu d'ordinaire dans certains prurigos séniles, et surtout dans le prurigo de Hebra, c'est-à-dire dans le "lichen agrius"; on exaspère souvent le mal au lieu de le calmer par l'emploi des analgésiques et des hypnotiques.

Cette dame a présenté d'une façon intermittente du prurigo généralisé et ce n'est qu'à la longue qu'il s'est à peu près éteint. Je dis prurigo, quoique ce mot soit une appellation mauvaise, car il ne présente qu'un symptôme commun à beaucoup de dermatoses; mais puisque cette expression est encore acceptée, je suis obligé de l'employer.

Il paraît banal de recommander en pareil cas un régime doux, l'usage des laxatifs, des substances dites rafraîchissantes, la suppression des liquides ou des mets irritants, surtout l'alcool, le poivre et les épices; mais ces prescriptions prennent une importance capitale dans le cas particulier qui nous occupe.—*Revue de thérapeutique.*

Miel eucalypté naturel.—À l'Académie de Médecine de Paris, M. le Dr Thomas CARAMAN donne lecture d'un travail sur ce produit sécrété par les abeilles noires de Tasmanie, en Australie dans des ruches qu'elles construisent au sommet d'eucalyptus gigantesques. L'auteur conclut de l'étude à laquelle il s'est livré sur cette substance, que le miel eucalypté naturel est appelé à jouer un grand rôle dans la thérapeutique des affections laryngiennes, bronchiques, pulmonaires, cardiaques et scrofuleuses; dans les fièvres paludéennes et typhoïdes, dans la coqueluche ou névrose infectieuse des nerfs expirateurs, dans la grippe ou influenza, dans les affection rénales, vésicales et vaginales.

Enfin, comme aliment médicamenteux, il peut remplacer avantageusement, soit dans du lait, soit sur des tartines de pain, l'huile de foie de morue.—*Union médicale.*

FORMULAIRE.

Dégénérescence graisseuse du cœur.—*Da Costa.*

P.—Sulfate de strychnine.....	1	grain
Sulfate de fer.....	12	grains
Extrait de taraxacum.....	18	"

M.—Faites 12 pilules.

Dose: Une pilule après chaque repas.—*Medical Register.*

Gangrène pulmonaire.—*C. Paul*

P.—Acide phénique.....	100	parties
Eau.....	700	"

M.—Introduisez le tout dans un flacon, dont on fait aspirer les vapeurs aux sujets atteints de gangrène pulmonaire.—*Union méd.*

Asthme nerveux.—*Da Costa*

P.—Chloroforme.....	2	drachmes
Teinture de cardamome comp.....	2	onces
Sirop d'acacia.....	2	drachmes
Elixir simple.....	3	onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé toutes les demi-heures jusqu'à soulagement.—*College and Clinical Record.*

Mal de mer.—*Bédard*

P.—Bromure de sodium.....	75	grains
Bromure d'ammonium.....	38	"
Eau de menthe.....	6½	onces

M.—Une cuillerée de cette solution avant le repas, et une autre avant de se coucher.—Faire usage de ce remède trois jours avant de s'embarquer.—*Union médicale.*

Douleurs du cancer de l'estomac.—*G. Sée*

P.—Teinture de conium.....	2	drachmes
Teinture de jusquiame.....	2	"
Huile d'anis.....	2	"
Teinture de gentiane.....	1	drachme

M.—*Dose*: De dix à trente gouttes après le repas.—*Union méd.*

Diarrhée infantile.—*Braithwaite*

P.—Sulfate de fer.....	10	grains
Salicylate de sonde.....	10	"
Glycérine.....	3	drachmes
Eau.....	q. s.	pour faire 3 onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé toutes les heures, jusqu'à ce que les selles soient noires, puis, toutes les trois heures.—*Phil. Med Times.*

Hématurie.—*Dr. Wm. King*

P.—Sulfate de morphine.....	2 grains
Acide tannique.....	1 drachme
Glycérine.....	1 once
Eau de menthe.....	1 "

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé quatre fois par jour.—*Buffalo Medical Journal.*

Rhumatisme articulaire aigu.—*Peabody*

P.—Acide salicylique.....	20 grains
Pyrophosphate de fer.....	5 "
Phosphate de soude.....	1 grain
Eau.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—À prendre en une seule dose, toutes les deux heures, jusqu'à amélioration suffisante.—*Epitomé.*

Eczéma chronique.—*Dal'osta*

P.—Pommade au précipité rouge.....	2 drachmes
Onguent de soufre.....	2 "
Acide carbolique.....	3 grains
Onguent simple.....	$\frac{1}{2}$ once

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

Potion tonique pour les enfants.

P.—Acide phosphorique dilué.....	2 drachmes
Teinture de fer muriaté.....	2 "
Sirop de citron.....	$1\frac{1}{2}$ once
Eau.....	$1\frac{1}{2}$ "

M.—Une cuillerée à thé, toutes les quatre heures, pour un enfant de trois à cinq ans.—*Maryland Medical Journal.*

Teigne circinée.—*DaCosta*

P.—Sulfite de soude.....	3 drachmes
Glycérine.....	$1\frac{1}{2}$ once
Eau.....	$3\frac{1}{2}$ onces

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

Potion antiémétique.—*Chéron*

1o. P.—Bicarbonate de potasse.....	75 grains
Bromure de potassium.....	30 "
Eau distillée.....	2 onces
Faites dissoudre.	
2o. P.—Acide citrique.....	60 grains
Sirop simple.....	10 drachmes
Eau distillée.....	4 onces
Faites dissoudre.	

On verse dans un verre une cuillerée à café de la première solution, une cuillerée à bouche de la seconde ; on agite et on boit rapidement, toutes les demi-heures ou toutes les heures.—*Union médicale.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AVRIL 1887.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **83.00 par année** pour les médecins, et de **32.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Récriminations.

Les journaux quotidiens ont, il y a déjà quelque temps, publié la nouvelle qu'un jeune médecin, gradué d'une de nos écoles de médecine, mais non admis à l'étude par le Bureau provincial, avait l'intention d'introduire devant la Législature de Québec un *bill* à l'effet de l'autoriser à pratiquer la médecine dans la province.

Nous aimons à croire que la nouvelle était prématurée, et que le Parlement ne sera pas appelé à discuter un *bill* de ce genre. Les dispositions de l'*Acte médical* sont, on le sait, très précises au sujet des conditions auxquelles peut s'obtenir la Licence du Collège. " Personne n'aura droit à une Licence du Collège sur présentation d'un diplôme, à moins qu'il n'ait été préalablement

“ admis à l'étude de la médecine conformément aux dispositions “ du présent Acte.”

Cet Acte a force de loi, tous doivent s'y conformer, et le parlement ne saurait, sans porter atteinte aux droits et privilèges du Collège, autoriser qui que ce soit à se soustraire aux exigences de la loi qui nous régit. Au reste, ce serait faire acte d'injustice envers la profession toute entière dont les intérêts, comme ceux du public, ne seraient plus sauvegardés si la législature pouvait, au gré de son caprice, suspendre une loi au bénéfice du premier venu

Nous profitons de l'occasion pour attirer de nouveau l'attention du Bureau et du comité préposé aux amendements de l'Acte médical sur le nombre toujours croissant d'individus qui se permettent de pratiquer la médecine sans licence. Sans parler des charlatans qui nous entourent de toutes parts, des vendeurs et vendeuses de racines, etc., il nous vient tous les jours des sujets étrangers qui s'installent chez nous et y tentent fortune à nos dépens. Ainsi, il y a ici, depuis plus d'une année, un certain Docteur (?) L..... qui pratique au su et au vu de tous, et que l'on laisse en paix nonobstant, attendu qu'il dit ne pas se faire payer pour les soins qu'il prodigue à tout venant.

L'autre jour, passant rue Visitation, nous avons pu lire la pancarte suivante à la porte d'une maison de fort modeste apparence :

Melle

Médecin,

guérit la consommation.

les maladies du cœur, etc., etc.

On nous répondra : mais que ne traduit-on pas ces gens devant les tribunaux ?

Avec la loi telle qu'elle est aujourd'hui, les recours aux tribunaux n'offrent pas toujours des chances de succès, tant s'en faut, et tant qu'il n'est pas absolument prouvé que tel charlatan, tel médecin non-licencié, ou tel vendeur de racines n'a pas occis ou empoisonné une demi-douzaine d'individus, on le tient pour galant homme et on le laisse tranquille.

Les amendements à “ l'Acte médical.”

Nous avions espéré que les amendements à l'Acte médical seraient préparés assez tôt pour pouvoir être présentés à la session actuelle de la législature provinciale. Tel n'est malheureusement pas le cas. Les circonstances, politiques et autres, ont été

contre nous, et les amendements sont remis aux kalendes québécoises, nous voulons dire à la prochaine session. Ce n'est peut-être là qu'un bien petit malheur, surtout si l'on peut nous assurer que le Bureau Central d'Examineurs ne court aucun danger. On aura tout le temps de préparer, en les perfectionnant, les amendements projetés, et, une fois ceux-ci adoptés, tout ira pour le mieux dans le meilleur des mondes. Or, nous apprenons que le Gouvernement a manifesté l'intention de convoquer de nouveau les Chambres à l'automne; s'il en ainsi, nous avons encore une chance de voir le nouvel *Acte médical* mis en force au 1er janvier 1888.

Au reste, s'il faut attendre encore quelques mois, voir même une année, pour permettre au Bureau d'élaborer une loi aussi parfaite et aussi efficace que possible, nous attendrons volontiers sans manifester trop d'impatience. Voilà déjà quatre ou cinq fois, depuis 1876, que l'*Acte médical* subit des amendements, et il est à souhaiter que ceux qu'on veut lui faire subir aujourd'hui soient élaborés de façon à ne plus donner lieu à de nouveaux remaniements.

Un peu fort.

Nous lisons dans la livraison de mars du *St. Louis Medical and Surgical Journal*: "The most generous offer yet made is that of a french medical journal published in Canada. It offers a Waterbury watch for each new subscriber for 1887."

Quand ces lignes sont tombées sous nos yeux, l'UNION MÉDICALE DU CANADA était encore la seule revue de médecine publiée en langue française en Canada, de sorte que les lecteurs du *St. Louis M. and S. Journal* ont dû rester sous l'impression que notre journal seul était visé dans ces lignes perfides. Nous les prions de croire—et notre excellent confrère voudra bien prendre sa part de l'observation, que notre libéralité envers nos nouveaux abonnés ne va pas jusqu'à leur faire à chacun cadeau d'une montre, fut-elle de Waterbury. Nous aimons mieux nourrir leur intelligence et augmenter l'étendue de leur savoir, que garnir leur gousset d'un chronomètre bon marché! Nous laissons volontiers semblable entreprise à d'autres et plus particulièrement à celles des revues médicales américaines qui, peu scrupuleuses sur le choix de leurs annonces, ne se gênent pas d'y introduire des réclames en faveur de bijoutiers, voir même de carrossiers et de fabricants de pianos.

Erratum.—Dans la formule du Dr. Chambers, au bas de la page 134, livraison de mars dernier, au lieu de: Eau, q. s. pour faire $\frac{1}{2}$ once, lire: Eau, q. s. pour faire $1\frac{1}{2}$ once.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MORGAN, DR. E. C.—*The question of hæmorrhage following uvulotomy.*—A report read before the American Laryngological Association.—New-York, D. Appleton & Co.—1886.

A Reference Hand book of the medical Science, embracing the entire range of Scientific and Practical medicine and Allied Sciences by various writers. Illustrated with chromolithographs and fine wood engravings. Edited by Albert H. Buck, M. D.

Vol. IV., ICH to MIL New York, William Wood, and Company.—1887.

Le quatrième volume de ce splendide ouvrage vient de paraître et contient, comme on le voit par le frontispice, toutes les questions médicales d'importance qui se rangent sous les initiales I. J. K. L. M., cette dernière à continuer dans le cinquième volume. C'est un ouvrage éminemment Américain comme forme et comme fond. Tous les collaborateurs, (au nombre de 95 pour le quatrième volume) sont des spécialistes des Etats-Unis ou du Canada, et leurs travaux font assurément honneur au pays. Ce quatrième volume contient deux planches chromo-lithographiées et 533 gravures sur bois, le nombre total de ces dernières contenues dans les quatre volumes parus est de 2343.

Parmi les sujets traités les plus in extenso, nous mentionnons : l'inflammation, l'aliénation mentale, l'intestin, les machoires, les articulations, le rein, l'accouchement, l'appareil lacrymal, le larynx, la lithotomie et la lithotritie, le foie, les poumons, malpractice, le massage, les miasmes, les micro-organismes et la microscopie.

Nous omettons dans cette énumération des centaines de questions qui ne comportent pas d'aussi longs développements, mais dont l'importance n'est pas moindre pour cela. En somme, et par le fait seul de la rapidité de publication due au travail simultané de centaines d'auteurs, l'actualité étincelle à chaque page et nous ne pouvons que répéter : c'est un ouvrage indispensable à tous les médecins. Feuillotez-le et vous en serez convaincus.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le *British Medical Journal* se tire à 13,600 copies par semaine.

M. le professeur Brouardel remplace feu M. Béclard, comme doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Le 3e Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, au mois d'avril 1888, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

On a décidé, en Allemagne, de ne plus admettre les femmes à étudier la médecine, ni même à suivre les cours universitaires.

La Société médicale du Comté de Kings, N. Y. est à faire les démarches nécessaires pour que la cocaïne soit placée sur la liste officielle des poisons.

Le gouvernement russe vient de défendre l'importation des médicaments patentés; telle que publiée, la liste de ces derniers comprend huit cents articles.

On se propose de bâtir, à Madrid, un hôpital qui devra contenir 664 lits. L'hôpital se composera de dix pavillons construits d'après le système Tollet.

Les maladies actuellement régnantes à Montréal sont la rougeole, la varicelle, la coqueluche et la broncho-pneumonie des enfants. On signale encore des cas isolés de fièvre typhoïde et de diphthérie.

Les examens pour l'admission à la pratique de la médecine ont eu lieu ces jours derniers dans toutes les Facultés de médecine de la province. Nous donnerons, dans notre prochain numéro, le résultat de ces examens.

Les médecins désirant communiquer avec M. de Lamirande, agent du Collège des Médecins et Chirurgiens, P.Q., pourront le faire en s'adressant au No. 1598 rue Notre-Dame, Montréal.

Heures de bureau: de 11 à 12 a.m., et de 3 à 4 p.m.

On offre en vente deux collections complètes de L'UNION MÉDICALE DU CANADA, de 1872 à 1886 inclusivement. Ces séries sont devenues rarissimes. Aucun volume n'est vendu séparément. Adressez: *Collection*, Boîte 2040, Bureau de poste, Montréal.

Par son agent, M. de Lamirande, le Collège des Médecins et Chirurgiens P. Q. a intenté dernièrement des poursuites contre: 1o. M. Victor B. C. Vanier, célèbre accoucheur de St. Zacharie, comté de Beauce (procès pendant); 2o. F. X. Destrempe, de St. Cuthbert, comté de Berthier. (Le défendeur a réglé l'affaire avant le retour de l'action); 3o. John *alias* Jean Grenier, charlatan de Ste. Julie de Somerset, comté de Mégantic (procès pendant); 4o. le Dr Isaac Kimball, médecin américain pratiquant, sans licence du Bureau, dans le township de Sutton, comté de Brome (cette cause sera entendue au terme prochain à Sweet'sburg.)

Nécrologie.—A Paris, M. le Dr CAMPARDON, membre de la Société de thérapeutique, un des rédacteurs des "*Nouveaux Remèdes.*"

Nouveaux journaux.— Vient de paraître, à Paris, la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, journal des praticiens. Cette revue, qui paraît une fois la semaine, est dirigée par M. le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, assisté de nombreux et distingués collaborateurs. M. le Dr Ch. Eloy est le secrétaire de la rédaction. Nous souhaitons bienvenue et longue vie au nouveau confrère qui, en tête de son programme, affirme comme suit le but qu'il veut poursuivre : *faire de la pratique, encore de la pratique, toujours de la pratique.*

A Philadelphie, M. le Dr. J. V. Shoemaker publie, depuis quelques semaines un journal fort bien fait et des plus intéressants : *The Medical Register*, revue hebdomadaire de médecine et de chirurgie. *Ad multos annos !*

Notre livraison de mars était déjà imprimée quand nous avons reçu le premier numéro de la *Gazette médicale de Montréal*, revue mensuelle, rédigée par M. le Dr. Beausoleil. Le comité de direction se compose de MM. les Drs. W. H. Hingston, A. H. Paquet, et L. E. A. Desjardins. Nos meilleurs souhaits.

VARIETES.

La Faculté et l'Étudiant.

Un étudiant ayant flâné
 Tout l'été,
 Se trouva fort dépourvu
 Quand l'examen fut venu.
 Ne connaissant par un morceau
 De Béclard ni de Velpeau,
 Il réclama l'indulgence
 De la Faculté en séance,
 La priant de l'épargner
 Et de ne point l'ajourner :
 "Usez pour moi de clémence,
 Et de votre bienveillance
 Je vous serai reconnaissant,
 Lui dit-il, foi d'étudiant !"
 La Faculté pour tout élève
 Est sévère, c'est son défaut :
 " Que faisiez-vous au temps chaud ? "
 Reprit-elle d'une voix brève.
 " — Nuit et jour, à tout venant,
 Je flâuais, ne vous déplaise.
 — Vous flâniez ; j'en suis fort aise.
 Eh bien ! buchez, maintenant. "

...

Les cheveux blancs.—Par quel mécanisme les cheveux blanchissent-ils ? On ne le sait guère et l'on en est encore aux hypothèses. Si les cheveux deviennent blancs avant l'âge, il n'en est

pas moins vrai que l'on observe des cheveux blancs à tout âge ; la plus belle chevelure noire peut passer au blanc en une nuit. Pour nous, le phénomène dans l'âge mûr a pour origine un défaut de nutrition du cheveu ; il est dû à la même cause dans le cas de canitie, mais sous l'influence perturbatrice du système nerveux.

Les poils noirs sont colorés par une graisse gris-verdâtre, les rouges par une huile rouge, les blancs par une huile incolore. Les matières minérales contenues dans les cheveux sont les oxydes de fer et de manganèse, le phosphate et le carbonate de chaux, beaucoup de silice. Les cheveux blancs renferment, en outre, du phosphate de magnésic.

Selon M. Lehman, la couleur blanche aurait surtout pour cause l'envahissement du cheveu par de l'air. Il paraît probable, en effet, que la teinte est bien due au pigment coloré, et à la présence de gaz dans les cellules imbriquées dont la succession constitue le poil ; si, pour un motif ou pour un autre, le liquide huileux qui pénètre les cellules cesse de s'élever jusqu'à l'extrémité du cheveu, l'air prend sa place, et le cheveu tourne au blanc.

Il y a avantage à empêcher l'évaporation du liquide, et à maintenir le cheveu humide ; de là l'utilité des pommades. Plus on avance en âge, et plus les cellules extrêmes perdent de leur vie et se dessèchent ; aussi plus vite passe-t-on au poivre et sel. Mais cette transformation peut se faire pendant la jeunesse, et même brusquement, à toute époque de l'existence. On connaît le cas de Marie-Antoinette qui devint blanche en une nuit.

D'après M. le Dr. Topinard, professeur à l'École d'anthropologie, il s'agit ici d'une névrose des fibres musculaires du derme qui entourent le bulbe du poil, sinon de l'appareil vasculaire lui-même, qui fournit à la fois les jeunes cellules de la base du poil, et les liquides qui vont entretenir la vie chancelante des cellules séniles les plus élevées. Une violente émotion en est une des causes, mais non la seule. Le cheveu se dessèche ainsi avec rapidité et l'air prend la place du liquide dans les parties libres supérieures ; dès lors, l'air tempère la couleur normale, en change la nuance, et le fait paraître totalement blanc. L'effet de la névrose dure plus ou moins, ou devient permanent.

Le cheveu blanc n'est pas un signe absolu de l'âge ; c'est aussi un symptôme pathologique que l'on aurait tort de négliger.
—H. DEPARVILLE, in *Hygiène pratique*.

DECES.

COTÉ.—A St. Paul de Chester, à l'âge de 4 mois et 3 semaines, Marie-Alice-Corine-Eva, enfant de C. Côté, écr., M. D.