

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THÉRAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (MONTREAL).—M. H. E. DESROSIERS.

QUATRIÈME LEÇON.

De la médication dite expectorante.—Les modificateurs des sécrétions bronchiques.

Y a-t-il, à proprement parler, une médication expectorante? Ce mot ne saurait s'appliquer qu'aux médicaments qui ont pour action de favoriser l'expectoration, ou, si l'on veut, la sortie des matières contenues dans les bronches ou dans les poumons. Or l'expectoration, favorisée par les efforts de toux, n'est qu'un symptôme dans l'histoire des maladies des voies respiratoires, et constitue un phénomène tout-à-fait naturel. Ainsi, dans le cours d'une pneumonie, la nature sait se débarrasser, au moyen de la toux, des exsudats épanchés dans les alvéoles pulmonaires. De même, dans la bronchite, les efforts de toux font rejeter au dehors le muco-pus sécrété par la muqueuse bronchique. De même encore, dans la tuberculose pulmonaire, le malade se débarrasse par la toux des masses tuberculeuses ramollies. Il s'en suit donc que, strictement parlant, la toux serait le meilleur des expectorants.

Les efforts de vomissements sont aussi très favorables à l'expectoration, attendu qu'ils s'accompagnent nécessairement d'efforts de toux ou, si vous le voulez, de brusques mouvements d'expiration par suite desquels, en même temps que l'estomac se vide de son contenu, sous l'action des contractions du diaphragme, les voies respiratoires se débarrassent elles aussi de tout ce qui pourrait les obstruer. De là on a été amené à considérer les vomitifs comme des expectorants. Le fait est que c'est surtout à eux que s'applique ce mot. Mais les vomitifs ne font pas que favoriser le rejet des matières accumulées dans les voies respiratoires; ils ont aussi pour effet d'augmenter les sécrétions bronchiques, à la faveur de l'état nauséux, de les rendre plus fluides et par conséquent d'en rendre le rejet plus facile. Leur action est donc double: 1o. augmentation de la sécrétion; 2o. rejet de la matière sécrétée. Ainsi agissent le tartre stibié, l'ipécacuanha, le kermès, etc.

Par extension l'on a appliqué le mot expectorant à des médicaments ayant pour seul effet de liquéfier les sécrétions des bronches, comme le font les alcalins en général, ce serait là une action expectorante indirecte.

Enfin, poussant plus loin encore l'extension, l'on a aussi appelé, quoique bien à tort, expectorants, des médicaments qui n'augmentent pas les sécrétions bronchiques, n'en facilitent pas le rejet par les vomissements, ne rendent pas ces sécrétions plus fluides, mais ont pour effet

particulier de les tarir. Ce ne sont pas des expectorants, quoiqu'on en dise, mais des anti-catarraux, attendu qu'ils s'opposent à la production des sécrétions muqueuses et muco-purulentes dans les voies respiratoires qui leur servent d'émonctoires.

Mais si nous prenons le mot expectorant dans son sens véritable, il ne peut, on le voit, s'appliquer qu'aux émétiques, aussi tend-il de plus en plus à disparaître de la thérapeutique. Aujourd'hui les médicaments autrefois appelés expectorants sont dits *modificateurs des sécrétions bronchiques*.

De quelque nom qu'on les appelle, les modificateurs des sécrétions bronchiques ont donc un triple mode d'action : Quelques-uns, seuls vrais expectorants, augmentent la sécrétion de la muqueuse et en favorisent, en provoquent même le rejet par le vomissement. D'autres rendent plus fluide cette même sécrétion. D'autres, enfin, ont pour effet de la tarir ou au moins de la diminuer.

Le premier mode d'action appartient aux émétiques, comme il vient d'être dit. Si ces médicaments ne sont administrés qu'à doses nauséuses, on n'obtient qu'une simple modification de la sécrétion (qui devient plus abondante) et le malade, par la toux, s'en débarrasse plus facilement. Mais si la sortie des matières sécrétées ne se fait pas aisément, malgré la nausée et les efforts de toux, il faut pousser jusqu'aux doses vomitives, alors que le vomissement fait évacuer ces matières.

Ces expectorants étaient naguère appelés débilitants, eu égard à l'action débilitante exercée sur l'organisme par l'état de nausée et le vomissement. Les émétiques ne sont cependant pas tous également nauséux. Il en est qui, comme les sulfates de zinc et de cuivre, provoquent le vomissement avec fort peu de nausée. D'autres, au contraire, comme le tartre stibié et l'ipécacuanha sont essentiellement nauséux en même temps que vomitifs. Les plus nauséux sont en même temps les meilleurs expectorants, parce que, mieux que les autres, ils augmentent la quantité des matières sécrétées et en favorisent conséquemment davantage le détachement et le rejet.

Le second mode d'action appartient aux alcalins en général, plus particulièrement aux ammoniacaux, aux iodures alcalins, iodure de potassium, etc. Sous leur influence, la sécrétion muqueuse bronchique devient plus abondante d'abord, puis, et surtout, plus fluide, par dissolution de la mucine. De plus (Berlioz) ils favoriseraient la progression des mucosités en stimulant les mouvements des cils vibratiles des épithéliums. [1] Ainsi fluidifiées, les sécrétions muqueuses sont plus faciles à rejeter par la toux.

Ce sont d'abord les alcalis : potasse et ammoniaque, les carbonates de ces mêmes bases, les sels de potasse de soude et d'ammoniaque à acides végétaux, les iodures alcalins et en particulier l'iodure de potassium.

Les balsamiques enfin et les substances qui leur ressemblent : térébenthines, gommés résines, etc., réalisent le troisième mode d'action. En effet, que voit-on se passer sous l'action d'une térébenthine, par exemple ? Une térébenthine est composée de deux parties, une huile essentielle et une gomme-résine. L'huile essentielle est éliminée en très grande partie par la muqueuse pulmonaire. En passant dans les glandes de la muqueuse, elle les modifie de manière à en diminuer plus

(1) Berlioz.—*Manuel de thérapeutique*.

ou moins la sécrétion et peut même la tarir tout à fait. Une autre partie, très minime—de l'huile essentielle s'oxyde dans le sang, passe à l'état de résine et va, avec la résine contenue primitivement dans la térébenthine au moment de l'ingestion, se faire éliminer par la muqueuse des voies génito-urinaires dont les sécrétions sont modifiées de la même façon que les sécrétions bronchiques sont modifiées par l'huile volatile. En résumé, l'huile essentielle exerce son action sur les voies respiratoires qui l'éliminent; la résine passe par les voies urinaires dans la sécrétion desquelles on la retrouve. Si donc l'on administre une térébenthine ou un baume riche en huile essentielle, elle ou il agira d'autant mieux sur la muqueuse bronchique. Est-ce au contraire un baume riche en résine, l'action s'en portera principalement sinon exclusivement sur la muqueuse urinaire.

Voilà pour l'action physiologique des modificateurs des sécrétions bronchiques. Voyons en rapidement les usages principaux.

D'une manière générale, on prescrivait naguère les expectorants dans la plupart des affections thoraciques, aiguës et chroniques: pneumonie, bronchite, pleurésie, tuberculose. Au fond, c'est contre la bronchite que cette médication doit être dirigée, la bronchite existant, à un degré plus ou moins prononcé, dans la plupart des maladies des voies respiratoires, soit comme accident primitif: bronchite franche, broncho-pneumonie, etc., soit comme lésion concomitante: pleurésie, tuberculose, etc.

Dans la première période de la bronchite simple, aiguë ou subaiguë, on a surtout recours aux expectorants débilitants (vomitifs): tartre émétique, ipecà, qui ont pour effet de provoquer une sécrétion plus abondante de la muqueuse, et hâtent par conséquent le passage de la première à la seconde période ou période d'expectoration. Dans ces cas, quand la fièvre est intense, le pouls rapide, la température élevée, on obtient de grands avantages de l'emploi de l'ipeca ou du tartre stibie, principalement dans la bronchite aiguë et la broncho-pneumonie chez les enfants. Ces deux médicaments doivent être donnés à petites doses,—doses expectorantes ou nauséuses—de façon à ce que les sécrétions étant plus abondantes et plus fluides, le malade les puisse rejeter plus facilement. S'il ne le peut, comme cela arrive parfois dans la broncho-pneumonie des enfants et la bronchite capillaire, il faudra pousser jusqu'aux doses vomitives. L'ipeca est généralement préférable à l'émétique, attendu qu'il tend moins que ce dernier à débilitier l'organisme. Donnez-le sous forme de poudre, de vin ou de sirop, à dose de $\frac{1}{2}$ gr. à 2 ou 3 grs.

Dans le cas de laryngite diphthéritique et de croup, un vomitif est souvent très utile pour aider à l'expulsion des fausses membranes ramollies.

Des médicaments que nous avons rangés dans la deuxième catégorie, les uns conviennent, comme les précédents, aux premières périodes de la bronchite et de la broncho-pneumonie: ce sont les alcalins en général. Les autres sont, au contraire, plus ou moins contraindiqués à ces périodes, et ne doivent se prescrire qu'aux phases avancées des maladies que je viens de nommer, attendu qu'ils jouissent de propriétés stimulantes.

Les alcalins ne sont peut-être pas assez fréquemment employés comme expectorants. M. le professeur Wood, de Philadelphie, s'en trouve fort bien aux premières périodes des bronchites.

“ Tout médecin, dit-il, sait que les expectorants sédatifs sont employés dans la première période (période sèche) d'un rhume. L'on n'a qu'à choisir entre l'ipécacuanha et le tartre émétique, et il importe peu que l'on prenne l'un ou l'autre. Cependant, il ne faut point oublier que l'émétique est positivement dangereux chez les très jeunes enfants, ainsi que chez les vieillards et les sujets affaiblis.

“ Ce qu'on ne sait pas généralement, c'est que les alcalins, administrés à haute dose, sont des expectorants sédatifs des plus efficaces. Le citrate de potasse constitue la meilleure forme sous laquelle on puisse donner les expectorants alcalins; on en doit donner de une demi-once à une once dans les vingt-quatre heures.

“ La formule suivante a été mise à l'essai durant ces quatre ou cinq dernières années, et c'est là, à coup sûr, la potion expectorante et sédatif la plus efficace que j'aie jamais employée: citrate de potasse 1 oz; jus de citron, 2 oz; sirop d'ipécac, $\frac{1}{2}$ oz; sirop simple, q.s. pour faire 6 oz. *Dose*: une cuillerée à soupe, de quatre à six fois par jour.” (1)

Les ammoniacaux et les iodures alcalins, en particulier l'iodure de potassium, fluidifient les sécrétions bronchiques et se prescrivent à la seconde période des bronchites, principalement quand les sécrétions, trop épaisses et visqueuses, s'expectorent difficilement. Souvent vous nous voyez les prescrire aussi à la 2^e et à la 3^e période des pneumonies compliquées ou non de bronchite, primitives ou greffées sur une fièvre essentielle, *v.g.* la fièvre typhoïde. C'est alors au carbonate d'ammoniaque que j'ai recours, ou, à l'exemple de Bartholow, à l'iodure d'ammonium. Celui-ci, outre qu'il fluidifie les exsudats, en favorise aussi la résorption.

Ce que je désire que vous reteniez, c'est que les expectorants dits stimulants: ammoniacaux, iodures, etc. ne doivent pas être prescrits dans le cours de la première période d'une bronchite, alors qu'il y a fièvre, accélération du pouls, etc. Tout au contraire, réservez-les pour les périodes ultimes, alors que le mouvement fébrile étant apaisé, il ne reste plus à combattre que l'expectoration proprement dite.

C'est aussi à ces périodes ultimes de la bronchite et de la broncho-pneumonie que se prescrivent les balsamiques et toutes les substances qui leur ressemblent: les goudrons, térébenthines, baumes, gommes résines, huiles essentielles, etc. Je le répète, leur action est de diminuer les sécrétions muqueuse et muco-purulente des bronches.

Vous choisissez de préférence les balsamiques riches en principes volatiles, parce que ces derniers sont éliminés presque entièrement par la muqueuse bronchique, *v.g.* l'essence de térébenthine, l'huile essentielle de copahu, le baume du Pérou. Les goudrons et autres produits pyrogénés *v.g.* créosote sont plus astringents que les autres balsamiques; leur action sur les sécrétions des bronches est des plus efficaces dans les cas de bronchite chronique avec bronchorrée, de bronchite fétide, de phthisie pulmonaire, etc. Ajoutez à cela qu'ils jouissent de propriétés antiseptiques bien connues. Les Gouttes Livoniennes constituent un excellent mode d'administration du goudron et de la créosote dans ces cas.

Trois dérivés de la térébenthine ont été introduits récemment dans la thérapeutique; ce dont la terpine, le terpinol et la térébène. Les deux

(1) H. C. Wood, in *Therapeutic Gazette*.

premiers se produisent en mettant la térébenthine en présence d'un alcali. Vantée par le professeur Lépine, de Lyon, la terpine n'a donné que des résultats incertains à M. Dujardin-Beaumez qui se trouve bien mieux du terpinol et l'applique au traitement du catarrhe pulmonaire. Les crachats deviennent plus fluides, dit cet auteur, leur mauvaise odeur disparaît, et l'expectoration devient beaucoup plus facile. (1)

La térébène se produit par l'action de l'acide sulfurique sur l'essence de térébenthine. Elle a surtout été appliquée par Murrell, au traitement de la toux d'hiver, à dose de cinq à six gouttes toutes les quatre heures, en augmentant progressivement jusqu'à vingt gouttes. On peut aussi l'administrer en inhalation ou en pulvérisation, dans la phthisie, le coryza, le catarrhe nasal, etc.

De la guérison des grands ulcères de la jambe par les pulvérisations phéniquées.—M. Gilles de la TOURETTE rapporte trois cas d'ulcères anciens guéris en un temps court (25, 29 jours) par les pulvérisations phéniquées. De l'exposition des résultats qu'il a obtenus, l'auteur tire les conclusions suivantes :

a. La méthode des pulvérisations phéniquées répétées tous les jours de une heure et demie à deux heures, matin et soir, conduit mieux que toute autre méthode à la guérison rapide des ulcères variqueux ;

b. Dès les premiers jours du traitement, les douleurs dont l'ulcère était le siège disparaissent. Dans les trois cas observés, il n'est jamais apparu d'érythème au pourtour de la plaie, de même que les malades n'ont jamais rendu d'urines noires indiquant l'intoxication par l'acide phénique ;

c. L'état de débilité ou de sénilité du patient ne contredit en aucune façon l'emploi de la méthode, qui, au contraire, par la stimulation locale qu'elle détermine, semble formellement indiquée dans ces cas particuliers.

d. On emploiera des solutions d'autant plus fortes que la plaie sera plus atonique : on rejettera les solutions inférieures à 1 gr. d'acide phénique pour 50 gr. d'eau ; on pourra user de plus fortes solutions au 1/30^e, au 1/20^e ou au 1/10^e. On se trouvera bien, dans l'intervalle des vaporisations, du pansement avec la vaseline boriquée au 1/10^e.—*Revue de chirurgie.*

Emploi de la cocaïne dans le traitement de la fissure à l'anus.—M. OBISSIER a obtenu un très beau succès en employant contre la fissure à l'anus une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/50 et en faisant badigeonner très fréquemment la région douloureuse avec cette solution.

De cette observation il conclut que les effets anesthésiants du chlorhydrate de cocaïne sont bien plus persistants sur la muqueuse de l'anus qu'on sur celle du pharynx, puisque huit heures après son application, le malade a pu aller à la garde robe sans douleur.—*La Thérapeutique contemporaine.*—*Lyon médical.*

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

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'infection purulente comme suite de la pneumonie.—Clinique de M. le professeur Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—Quelques-uns d'entre vous se rappellent, sans doute, qu'au mois de novembre dernier j'ai établi, en vous faisant l'histoire d'un malade, les conséquences d'un reliquat pneumonique au point de vue de la tuberculose. Voilà une suite éloignée de la pneumonie; aujourd'hui, je suis en mesure de vous faire connaître une suite beaucoup plus immédiate et non moins grave de cette maladie. Mon intention, en effet, est de vous entretenir de deux cas qui établissent pour la première fois, que l'infection purulente a été la conséquence d'une pneumonie. Cela dit, je vais vous présenter avec détails l'histoire de l'un des deux malades.

C'est un homme de cinquante ans, d'une constitution certainement robuste, mais pour le moment délabrée par un séjour de plusieurs mois à la prison de Santé, qui est venu occuper le numéro 46 de la salle Jenner, alors que sa maladie semblait terminée. Voici, en effet, ce qui s'était passé à la prison: dix-huit jours avant son entrée chez nous, cet homme avait été pris d'un point de côté et de toux, avait rendu des crachats sanguinolents et, en somme, avait été traité pour une pneumonie. Maintenant, lors de son arrivée, nous avons constaté que tous les signes d'une pneumonie en voie de résolution existaient. Mais pourquoi donc nous a-t-il été adressé? Justement parce qu'on a vu qu'il ne reprenait pas ses forces. Il nous est donc arrivé sans fièvre, mais très prostré, très fatigué et très amaigri. Quant aux signes stéthoscopiques, il existait à droite, dans la moitié supérieure du poumon, tant en avant qu'en arrière, une matité absolue, et un mélange de souffle tubaire et de râles sous-crépitants. Pendant quelques jours, l'état général s'améliora si bien que nous pensions à un rétablissement sous l'influence d'un nouveau milieu, quand, le 27 au soir, le thermomètre marqua 38°6, le lendemain matin 39° et le soir 40°. L'examen de la poitrine, au reste, nous donna la raison de cette reprise. Nous constatâmes, à partir du premier mars, que la résolution de la pneumonie, loin de faire des progrès, était remplacée par de l'extension.

Pas besoin n'est de dire, en outre, que l'état général s'aggrava. Le 8 mars au matin, cet homme éprouva de la douleur dans le bras droit. L'examen minutieux du membre supérieur, fait depuis l'épaule jusqu'au coude, ne dénote aucune modification. Le lendemain, la tête est renversée en arrière, enfoncée dans l'oreiller; et pourtant nos recherches nous donnent la preuve qu'il n'existe aucune raideur musculaire. Les choses vont ainsi sans grands changements les jours suivants, l'état général devient de plus en plus mauvais, et la température reste toujours au-dessus de 38°. Le 9 mars, le malade tombe dans un état de somnolence qui ne permet pas de douter de sa fin prochaine. Le 11 au matin, en le découvrant pour l'examiner, je fus immédiatement frappé du gonflement qui siégeait au niveau du genou droit. Comme cet épanchement n'avait déterminé aucune rougeur de la peau, ni aucune douleur, j'affirmai qu'il était lié à une infection purulente et j'expliquai, ce matin même, que si, en raison des dates, nous pouvions avoir quelques doutes sur l'état de la pneumonie dans la moitié inféri-

eure du poumon droit, il n'en était pas de même, en revanche, pour la partie supérieure qui devait être à l'état d'hépatisation grise. Quoi qu'il en soit, vers la fin du jour, le malade était tellement mourant, qu'on s'est permis de faire une ponction capillaire au niveau du genou afin de retirer du pus. Ce jour-là, en outre, M. Netter a trouvé que le sang renfermait un globule blanc pour dix globules rouges et des micrococci de la suppuration. Quant au pus, une goutte injectée sous la peau d'une souris blanche a emporté cet animal en vingt-quatre heures.

Le 12 mars, à deux heures du matin, le malade ayant succombé sans avoir présenté d'autres phénomènes, l'autopsie confirma de tous points notre diagnostic. Le poumon droit était recouvert dans certains points d'un exsudat fibreux qui le faisait adhérer à la plèvre, était hépatisé en gris du haut en bas et présentait çà et là des points blancs plus détachés qui avaient rapport à de petits abcès. Maintenant, nous avons trouvé sur la valvule mitrale, sur deux des valvules sigmoïdes aortiques et dans le ventricule droit, des lésions d'endocardite infectieuse qui, dans les deux premiers points, étaient trop minimes pour donner lieu, durant la vie, à un souffle, et qui ne le pouvaient pas davantage dans le ventricule droit, à cause de leur siège. Outre cela, il y avait de petits abcès miliaires dans les reins, et du pus dans l'articulation de l'épaule droite. Quant au poumon gauche, au foie, à la rate et au cerveau, toutes ces parties de l'organisme ne présentaient rien de particulier. Ce n'est pas tout; indépendamment des microbes pyogènes qu'on rencontrait dans toutes ces lésions, M. Netter, dans le poumon hépatisé, a trouvé, pas en très grand nombre il est vrai, les microbes pneumoniques elliptiques, lancéolés et encapsulés pour la plupart.

Voilà le fait : quelle est la conclusion ? C'est qu'une pneumonie, parvenue à la période d'hépatisation grise, peut devenir le point de départ d'une infection purulente diffuse se manifestant par des suppurations multiples où l'on rencontre les éléments microscopiques du foyer pneumonique qui a servi d'origine à l'infection organique. C'est là un cas auquel, s'il était tout seul, on pourrait appliquer les doutes qui incombent toujours aux cas uniques. Mais, il n'en est pas ainsi, car nous possédons l'observation d'un second individu qui est mort le cinquantième jour à dater du début de sa pneumonie. Il s'agit d'un homme de 70 ans qui nous est arrivé à la fin de novembre dernier, au quatrième jour d'une pneumonie. Et la preuve c'est que le 5 décembre cet homme a eu, avec une défervescence de la température, une amélioration assez notable dans l'état général. Vers le 15 du même mois, sans aucune raison appréciable, ce malheureux a présenté simultanément à chaque cuisse, un abcès qui, en temps que lésion locale, n'a eu aucune gravité. Quelques jours plus tard, à la région fessière est survenu un autre abcès qui, malgré ses dimensions, a néanmoins guéri sans porter aucune atteinte à la santé générale, puisque le malade a continué à s'alimenter. Son état, au reste, était si satisfaisant, que nous tenions cet homme convalescent, lorsque le 15 janvier, à sa visite du soir, M. Netter apprit qu'il était mort subitement.

Voici les enseignements de l'autopsie. Outre quelques tubercules aux sommets, on trouvait dans le lobe supérieur droit, siège de l'inflammation, un assez grand nombre d'îlots purulents, et, dans tout le reste du poumon, quelques petites collections de pus liquide. Du côté du cœur,

sur les ventricules, il existait trois plaques rouges au niveau desquelles la résistance était amoindrie. C'était, comme l'incision l'a montré, autant de petits foyers de myocardite suppurée. Quant à l'endocarde, il n'était pas altéré. Les reins présentaient de nombreux abcès miliaires. L'examen microscopique a démontré dans le pus des poumons et du cœur les microbes de la suppuration.

Vous voyez, sauf la différence de la localisation des suppurations, que ces deux faits concordent bien pour démontrer que l'infection purulente est survenue consécutivement à une pneumonie parvenue à l'hépatisation. Eh bien, je vous le répète, cette suite possible de la pneumonie, qui, je l'espère continuera à être rare, n'a pas été signalée jusqu'ici. Il y a, il est vrai, dans la littérature médicale, en date de 1875, une observation ainsi intitulée : "Guérison d'une pyémie consécutive à la pneumonie." Cette association de phénomènes doit déjà vous mettre en défiance; mais ce n'est pas tout, et quand on lit : "Il est donc certain qu'il y avait du pus dans le poumon, et que c'est par ce pus que le malade s'est infecté," on est sûr que la preuve d'une pyémie manque complètement, car je n'ai pas connaissance qu'un individu ayant présenté du pus dans le poumon ait jamais guéri. Indépendamment de ce fait que j'élimine, il y a dans une thèse des observations d'arthrites suppurées qui, dans un temps, ont été qualifiées de rhumatismes venant compliquer la pneumonie. Il y en a d'abord d'anciennes; mais aucune n'est accompagnée de suppurations et n'établit que le poumon fut en hépatisation grise. On trouve, en revanche, dans le même travail, une observation de Bouchard, qui semble bien pareille aux nôtres, quoique l'interprétation n'ait pas été la même. Mais je ne vois pas dans ce fait un exemple bien positif d'infection purulente parce que l'autopsie ne nous parle pas du tout de pus dans les poumons: l'un était carnifié, l'autre congestionné, et voilà tout. Cela dit, retenons de cette étude que la pneumonie, qui, par ses allures et par ses atteintes à l'état général, vous inspire la crainte d'une hépatisation grise, peut très bien ne pas tuer tout de suite en temps que pneumonie, et enlever le malade par le mécanisme que je viens de vous signaler.—*Praticien.*

Traitement de la dyspepsie des liquides, par M. le Dr H. HUCHARD.—Supprimer toute espèce de boisson, d'aliments ou de médicaments liquides. Le malade peut faire usage de soupes de tout genre, à la condition qu'elles soient très épaisses. Il mangera, en outre, une petite quantité de pain, des viandes rôties, grillées, bouillies, chaudes ou froides, du poisson, des œufs, des légumes, à la condition que les sauces soient peu abondantes. Les fruits sont également permis, à l'exception de ceux qui sont très aqueux, tels que les raisins, les prunes, les pêches, le melon. La poudre de viande, les purées de légumes et de viande conviennent parfaitement à cette forme de dyspepsie.—Un verre de boisson suffit pour toute la durée du repas.—Mettre au moins huit heures d'intervalle entre le déjeuner et le dîner.—Parmi les médicaments à administrer, choisir de préférence ceux que l'on peut donner sous forme solide.—Cette espèce de diète est encore applicable à la dilatation de l'estomac; elle convient aux personnes prédisposées aux hémorrhagies diverses, ou à l'hémorrhagie cérébrale et à l'épistaxis.
Union médicale.

De la dilatation et de l'hypertrophie du cœur sans lésions valvulaires.—Parmi les dilatations et hypertrophies cardiaques rencontrées dans la pratique, un certain nombre ne sont pas le résultat d'altérations valvulaires. C'est là un fait reconnu par quelques auteurs du jour; nous voudrions que l'admission de ces cas fut plus générale.

Sous le titre de dilatation des ventricules sans cause appréciable, le Dr F. DELAFIELD publie dans l'*American Journal of the Medical Sciences*, 16 cas qu'il a observés. La plupart existaient chez des jeunes adultes (garçons). L'invasion des symptômes a varié: dans sept cas elle fut subite, dans cinq, graduelle; pour trois autres cas, Delafield n'en parle pas. La marche de la maladie a été tantôt rapide, tantôt chronique. La durée la plus courte a été de 24 jours et la plus longue de 15 mois. L'action du cœur était irrégulière, faible, accompagnée des signes physiques évidents de la dilatation; chez quelques-uns il y avait murmure systolique, chez d'autres il n'y en avait pas. Dans la plupart des cas la dyspnée était marquée. L'hydropisie ne s'est montrée que dans les cas chroniques. L'urine, diminuée en quantité, avait une gravité variant de 1010 à 1026, et ne renfermait que peu ou pas d'albumine. La dilatation a envahi régulièrement les deux ventricules; il ne s'est montré d'hypertrophie qu'exceptionnellement. Les poumons, le foie, l'estomac, la rate et les reins présentèrent tour à tour les symptômes de congestion chronique qui accompagnent les lésions valvulaires. La marche de la maladie a toujours été en s'aggravant et les symptômes n'ont été que peu soulagés par le traitement.—*Columbus Medical Journal*.

De l'angine de poitrine.—Sa nature.—Son traitement.—Clinique de M. le Dr HENRI HUCHARD à l'hôpital Bichat.—*A. Différence des angines de poitrine vraies ou fausses.*—I. *Angine de poitrine vraie.*—Elle se distingue de l'angine de poitrine fausse par un certain nombre de caractères bien tranchés:

Elle survient plus souvent chez l'homme que chez la femme; plutôt à un âge avancé que dans l'âge adulte; les accès sont toujours provoqués par une cause occasionnelle telle qu'une émotion, un effort, une marche. Leur durée est toujours courte, en général de quelques minutes. Le caractère de la douleur est très important à noter: elle est franchement sous-sternale, constituée par une sensation d'étau, de poids, de resserrement énorme des parois thoraciques. Le malade éprouve une angoisse inexprimable tout-à-fait caractéristique.

A la palpation, on constate des signes d'aortite telle qu'une augmentation de la matité aortique qui, au lieu de 4 centimètres, mesure 6 à 7 centimètres, ainsi que des phénomènes de dilatation aortique déterminant secondairement le soulèvement des artères sous-clavières, des battements artériels au cou, même sans qu'il existe de souffle. A l'auscultation, quelquefois il y a un souffle systolique à la base, alors le diagnostic s'impose. Les bruits aortiques sont secs, parcheminés, retentissants, clangoreux suivant l'expression de Noël Guéneau de Mussy.

Le plus souvent, l'affection est mortelle, le malade est emporté au milieu d'un accès ou d'une syncope.

Les médicaments artériels, dont nous parlerons plus loin, sont ici d'une efficacité incontestable.

II. *Angines de poitrine fausses.*—Ce groupe d'angines très variées et

nombreuses s'observe chez les individus nerveux, les arthritiques, ainsi que dans les affections gastriques. Elle se distingue de la précédente par les caractères suivants :

- 1° On l'observe bien plus souvent chez la femme que chez l'homme ;
- 2° Les accès se répètent bien plus souvent ;
- 3° Ils sont très souvent périodiques, revenant à heure fixe, comme toutes les manifestation nerveuses ;
- 4° Ils sont souvent nocturnes comme ceux d'asthme, de goutte.
- 5° Au lieu d'être provoqués par une cause occasionnelle, telle que la marche ou des efforts, ils sont *spontanés* et surviennent brutalement, par exemple au milieu de la conversation la plus calme ;
- 6° Leur durée est longue ; elle varie d'une à sept heures, ce qui n'arrive jamais dans les angines vraies.
- 7° La douleur, au lieu d'être franchement sternale, siège en plein cœur. L'angoisse est bien moins accusée, les malades se plaignent plutôt d'une sensation de distension du cœur ;
- 8° Dans l'intervalle des accès, la locomotion est facile ;
- 9° La mort est rare, cependant elle peut arriver ;
- 10° Ces malades guérissent seuls ou par les antispasmodiques. Chez eux les médicaments artériels restent inefficaces.

B. De la nature de l'angine de poitrine vraie.—L'angine de poitrine reconnaît pour cause une lésion des artères coronaires. On a fait à cette théorie les objections suivantes :

1° Une lésion permanente ne peut pas donner lieu à des accès intermittents. Mais combien de fois ne voit-on pas une tumeur cérébrale par exemple, lésion permanente s'il en fut jamais, donner lieu à des accès épileptiformes intermittents. La théorie de la névrite cardiaque, du reste, n'est-elle pas passible de la même objection ?

2° La simple anémie d'un muscle ne peut pas donner lieu à une douleur angoissante ; mais ce phénomène s'observe dans bien d'autres états morbides, tels que la gangrène des extrémités qui cause des souffrances très vives.

3° On a noté des lésions des artères coronaires sans qu'il y eût d'angine de poitrine (Stokes, Hoffmeier, Blachez, C. West, A. Robin). Mais dans ce cas tout dépend de la lésion qui existait, et le simple terme de la lésion des coronaires est loin d'être synonyme d'imperméabilité, seule condition instrumentale de l'angor pectoris

4° On a observé des cas d'angine sans lésion des coronaires. Ces cas peuvent s'expliquer par une ischémie fonctionnelle, comme cela se produit dans l'angine tabagique.

Danses expérimentations sur les chevaux, Franck, après avoir produit une insuffisance aortique, déterminait une irritation de la zone aortique, et amenait d'abord une diminution de la pression artérielle, qui ne tardait pas à être suivie de l'augmentation de cette pression et secondairement d'une espèce de contracture de tous les petits vaisseaux de l'économie.

Or, dans toute aortite, il existe des réflexes vasculaires, surtout au début, qui disparaissent ensuite quand la lésion est constituée, car il y a une loi en vertu de laquelle les réflexes surviennent dans les lésions superficielles et cessent dans les profondes. Par conséquent, dans l'aortite aiguë et subaiguë, il se produira des réflexes au début sous forme d'angine de poitrine fonctionnelle, puis ceux-ci tendront à diminuer, le

rétrécissement des coronaires devenant de plus en plus marqué, et alors arrivera l'attaque d'angine de poitrine vraie.

5^o Les douleurs des angineux sont les mêmes que celles des névralgiques. Cela est faux, car jamais les douleurs névralgiques n'ont été provoquées par des efforts, par une marche; il faut donc qu'il y ait autre chose.

6^o On comprend mal que le myocarde étant dégénéré, la douleur subsiste toujours; mais si le muscle est en état de dégénérescence, les nerfs ne le sont pas.

7^o Avec cette théorie, on ne comprend pas comment il peut y avoir des irradiations. Cependant, il est bien facile de se rendre compte qu'une irritation partie du pneumogastrique, est transmise aux centres nerveux et réfléchi de là aux nerfs voisins.

Arguments en faveur de la théorie artérielle.—1^o Il existe aujourd'hui, dans la littérature médicale, soixante observations très concluantes qui démontrent la coexistence de l'angine et de la lésion des coronaires. Dans les pièces anatomiques que je vous présente ici, vous pouvez voir très nettement l'oblitération de l'artère coronaire gauche et le rétrécissement de la droite.

2^o Les succès obtenus par la thérapeutique sont un argument puissant pour démontrer la nature de la maladie; car jamais un médicament anti-névralgique n'a pu modifier en quoi que ce fût une angine vraie.

C. Traitement de l'angine vraie.—1^o *Contre-indications.*—(a) Pas de médicaments qui augmentent la vaso-constriction, sans quoi, on augmente l'intensité des accès ou on les provoque: c'est le cas pour ceux qui surviennent sous l'influence du tabac, du café, du thé, de l'oxyde de carbone, de la belladone, de l'aconit, du bromure de potassium.

(b) Pas de médicaments qui élèvent la tension artérielle, puisque l'angine de poitrine l'accroît elle-même, par conséquent pas de digitale ni d'ergot.

(c) Pas de médicaments qui ralentissent la circulation ou diminuent l'énergie des contractions cardiaques, tels que la vératrine, le nitrate d'argent, la pilocarpine, les sels de potassium, la cocaïne.

2^o *Indications:*

a. Provoquer la vaso-dilatation;

b. Diminuer la tension artérielle;

c. Augmenter l'énergie des contractions cardiaques.

Traitement de l'accès.—Les injections de morphine sont utiles, non seulement pour calmer la douleur, mais aussi pour produire les trois effets signalés ci-dessus.

Le nitrite d'amyle, proposé par Lauder Brunton, en inhalations, à dose de 7 à 8 gouttes, agit de la même façon et très rapidement.

La nitro-glycérine ou trinitrine (Murrell) produit les mêmes effets. On formule la potion suivante:

Eau distillée.....	300 grammes
Solution alcoolique de trinitrine à 1/100	30 gouttes

En prendre deux à cinq cuillerées à café.

Traiterent de l'affection.—Il faut d'abord traiter l'aortite à l'aide de la révulsion sous forme de pointes de feu et vésicatoires.

Mais le point le plus important, c'est le traitement curatif, par la

médication iodurée, que j'ai été le premier à proposer et que j'ai employé avec succès, depuis cinq ans, et grâce auquel je compte aujourd'hui plus de vingt-cinq guérisons.

Médication iodurée.—Une des conditions principales du succès, c'est la persévérance, la constance dans le traitement. Il faut soumettre, pendant quinze ou dix-huit mois au minimum, le malade à la médication iodurée, à la dose quotidienne de 1 à 3 grammes, quand bien même tout accident angineux aurait disparu depuis plusieurs mois, et j'estime que la guérison définitive ne peut être obtenue qu'après au moins trois ans de traitement.

Mais comme celui-ci doit être ainsi prolongé et qu'il s'agit d'une affection de l'appareil cardio-vasculaire, je recommande plutôt l'emploi de l'*iodure de sodium*.

Voici la solution que j'emploie de préférence :

Eau distillée.....	100 grammes
Iodure de sodium.....	10 —

Deux à six cuillerées à café par jour dans un peu de bière ou plutôt dans du lait. Quand les iodures sont mal supportés par l'estomac, il faut ajouter à cette solution une faible quantité d'extrait thébaïque (5 à 10 centigrammes).

Les sels de potassium sont, en effet, des poisons du cœur, et lorsqu'ils sont employés pendant longtemps, ils affaiblissent d'abord, puis paralysent les contractions. En outre, l'iodure de potassium arrivant dans l'estomac en présence d'un excès de chlorure de sodium, se dédouble en chlorure de potassium et en iodure de sodium. Ce dernier sel est mieux supporté; il est plus actif puisqu'il renferme un peu plus d'iode; en outre, il est plus inoffensif et plus assimilable.

Ainsi donc, médication iodurée à outrance, tel est le traitement réellement curatif de l'angine de poitrine.—*Journal de médecine de Paris.*

Maladie de Bright sans albuminurie.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. DIEULAFOY rapporte quatre observations tendant à prouver que la maladie peut exister pendant des semaines et des mois sans albuminurie.

Une femme est entrée à l'hôpital avec tous les symptômes de l'ulcère stomacal : maux de tête et douleurs lombaires; 36° à 35°, 5 de température. La veille de la mort, convulsions épileptiformes.

A l'autopsie, on ne trouva rien à l'estomac; mais les reins présentaient toutes les altérations de la néphrite mixte.

Chez la deuxième malade, accès de dyspnée depuis deux ans, douleurs précordiales, céphalée; sensation de doigt mort dans l'index et le médius. Bruit de galop très net, œdème péri-malléolaire. Pas d'albuminurie. La malade succomba à une congestion pulmonaire.

L'autopsie montra, outre la congestion intense, toutes les altérations habituelles de la néphrite interstitielle.

Le troisième malade était affecté de manie brightique.

Le quatrième cas concerne une dame qui était affectée de dyspnée, bruit de galop, bourdonnements d'oreilles, sensation de doigt mort; pas d'albuminurie; puis œdème, anasarque et mort par apoplexie.

La conséquence de cette communication, c'est que l'albuminurie ne coexiste pas toujours avec la maladie de Bright, de même que pendant

une certaine période de la maladie de Bright l'albuminurie peut ne pas exister.

M. Dieulafoy ne peut s'expliquer les causes de la présence ou de l'absence de l'albuminurie.

Le point essentiel serait de savoir si, en l'absence de l'albuminurie, il existe assez de symptômes pour pouvoir diagnostiquer la maladie de Bright. Il y a des symptômes petits et des grands. Les petits consistent dans des troubles auditifs, des démangeaisons, des troubles de l'excrétion urinaire, la sensation de doigt mort, une sensibilité spéciale au froid, siégeant à la partie interne des cuisses, aux genoux, des crampes, etc. Les symptômes les plus graves consistent en céphalée, accès d'oppression, hypothermie, troubles oculaires, etc., etc.

M. ROBIN admet bien qu'on puisse être albuminurique sans être brightique, mais il ne croit pas qu'on puisse être brightique sans être albuminurique.—*Paris médical.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la taille hypogastrique.—Clinique de M. le docteur TILLAUX, à l'Hôtel-Dieu.—Le 21 décembre dernier, un jeune garçon de 20 ans, charretier de son état, venait se faire soigner dans notre service d'une incontinence d'urine. J'examinai ce nouveau malade immédiatement par le cathétérisme et je constatai dans sa vessie la présence d'une pierre dont il ne soupçonnait pas l'existence. Les symptômes qu'il présente, en effet, méritent d'être signalés, car ils ne sont pas absolument classiques. Il dit que, depuis de longues années, peut-être plus de quatre ans, il urinait très bien, mais éprouvait, après chaque émission de liquide, une douleur très vive à l'extrémité du gland. Au reste, il travaillait dans les champs, conduisait les chevaux et s'occupait comme tout le monde; c'est seulement depuis trois mois environ que, lorsqu'il se présentait pour la miction, il arrivait, après de violents efforts, à rendre un peu de liquide, mais sans vider complètement sa vessie, puisque l'urine s'écoulait la nuit dans son lit et le jour dans son pantalon. En même temps, les douleurs, qui étaient intermittentes autrefois, étaient devenues continuelles et extrêmement intenses. A ces phénomènes physiologiques les plus marqués nous devons encore ajouter un point: c'est qu'il souffrait surtout en voiture. Or, vous savez que ce phénomène, dû à ce que la pierre, par suite des cahots, vient frotter sur la vessie, constitue un excellent signe. Il n'a pas présenté, de plus, un signe que l'on trouve encore très souvent chez les calculeux, je veux parler de la suppression brusque du jet d'urine pendant la miction, parce que la pierre vient se présenter devant l'ouverture du col. Je dois noter enfin, pour ne rien omettre, que ce jeune homme n'a pas eu d'hématuries.

Par conséquent, voilà un sujet qui, depuis fort longtemps, est atteint de pierre. Cette pierre, en outre, est mobile et très dure, et mesure dans un de ses diamètres, trois centimètres. Quant à l'autre qui, je crois, est la plus petite, comme le malade était imparfaitement endormi à ce moment, il m'a été impossible d'en avoir une notion exacte. D'autre part, cette pierre me paraît être de nature murale; c'est dire que par sa coloration noire et par les aspérités dont elle est hérissée, elle ressemble à une mûre.

Eh bien, que faut-il faire, la lithotritie ou la taille ? La taille, parce que ce garçon est jeune et la pierre m'a paru tellement dure que je ne sais pas si je pourrais la briser. Mais à quelle espèce de taille devons-nous avoir recours ? C'est là une question qui présente, en ce moment, un intérêt des plus grands à cause de l'évolution que cet opération a subie. Depuis quelques années, en effet, et surtout depuis Petersen, la taille hypogastrique a eu un regain de succès ; je dis un regain parce qu'en honneur autrefois, elle avait été si bien oubliée que dans la troisième édition de mon traité d'anatomie j'ai écrit que la taille hypogastrique était condamnée sans retour.

Avant de vous indiquer de quelle façon on doit s'y prendre pour mener à bien une semblable opération, je vous rappellerai d'abord que la taille par le haut appareil remonte à Pierre Franco. Elle eut lieu en 1560, chez un enfant de deux ans, pour une pierre qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule. L'opérateur, tout d'abord, se mit en devoir de l'enlever par le procédé de Celse ; mais, comme après avoir introduit le doigt dans l'anus afin d'aller chercher la pierre par le rectum, il ne pouvait pas arriver à la faire bomber au périnée, c'est alors qu'il eut l'idée de l'enlever en ouvrant la paroi abdominale. Laissant donc son doigt dans le rectum, il repoussa la pierre en avant jusqu'à ce qu'elle fit saillie à l'hypogastre où un aide la fixa, puis, sur la pierre comme conducteur, il fit une incision et arriva à la sortir. L'enfant guérit des suites de son opération ; mais non sans de grandes difficultés, car Franco dit lui-même : "Combien je ne conseille à l'homme d'ainsi faire." Depuis cette époque, la taille hypogastrique a été plus ou moins employée suivant les temps comme je vous le disais il y a un instant. Quelle était donc l'objection capitale que nous faisons à cette taille pour lui préférer, dans ces derniers temps, la taille périnéale, car j'ometts avec raison la pénétration par le rectum, puisque cette voie est complètement abandonnée de nos jours ? D'une part, la blessure possible du péritoine et d'autre part l'infiltration de l'urine dans le tissu cellulaire prévésical.

Pour répondre à la première objection, il est indispensable, tout d'abord, de voir comment est disposé le péritoine au niveau de la vessie. Après avoir été arrêté par l'ouraque, la séreuse se replie en arrière en formant une espèce de cul-de-sac qui, lorsque la vessie est vide, siège entre cet organe et la paroi abdominale, mais qui, lorsque cet organe est distendu, soit naturellement, soit artificiellement, est assez éloigné de la symphyse pour qu'on puisse, sans crainte de léser en quoi que ce soit le péritoine, arriver par la paroi abdominale sur la face antérieure de la vessie. Une pareille lésion, au reste, et sa complication naturelle, la péritonite, est peut être encore plus sûrement évitée par la modification que Petersen a apportée en 1880 à l'opération de la taille hypogastrique. Se basant sur ce fait, qu'à mesure que la vessie se distend elle bascule sur sa base de telle sorte que son sommet vient faire saillie vers l'ombilic, cet opérateur eut l'idée d'introduire un ballon de caoutchouc dans l'ampoule rectale, de la remplir d'une certaine quantité d'eau chaude qui peut varier, suivant les cas, de 250 à 350 grammes. C'est alors que, sous cette influence, il se produit deux choses : d'abord, par suite de l'ascension de la vessie, l'éloignement en haut du péritoine et, comme conséquence, l'augmentation de la portion vésicale dépourvue de péritoine ; ensuite, point capital, la bascule de la vessie en avant

de façon à porter cet organe peu à peu en contact avec la paroi abdominale. De cette façon, l'opération devient beaucoup plus facile, le péritoine a moins de chances d'être lésé et la vessie vient se présenter d'elle-même sous le bistouri.

Quant à la deuxième objection, l'infiltration d'urine dans le petit bassin, cet accident est combattu avec beaucoup de difficulté par le drainage que l'on doit à mon ami Périor, médecin de St-Antoine. Il consiste à mettre dans la vessie deux gros tubes de caoutchouc rouge, de façon à ce que toute l'urine produite puisse s'écouler au dehors et tomber dans un urinal préalablement disposé dans le lit du malade.

Etant donné ces quelques considérations, comment faut-il pratiquer la taille et quels sont les divers temps de l'opération que vous allez me voir faire dans un instant devant vous? Et tout d'abord, je dois vous dire que le malade a été purgé pendant trois jours et que la région du pubis va être rasée et soigneusement lavée. Cela fait et le malade étant endormi, je vais commencer par introduire une sonde en gomme élastique dans l'urèthre de façon à vider complètement la vessie et à pouvoir, aussitôt après, y injecter une certaine quantité d'une solution boriquée au 40/1000 jusqu'à ce que le liquide en ressorte tout à fait limpide. La vessie bien nettoyée, je ferai une injection définitive, probablement de 300 ou de 400 grammes, et pour empêcher que le liquide ne sorte par la sonde ou entre la sonde et la paroi de l'urèthre, un fossét sera mis à l'ouverture extérieure de la sonde et un tube de drainage serrera la verge. Le ballon en caoutchouc de Petersen sera ensuite introduit vide dans le rectum et des injections d'eau chaude y seront faites jusqu'à ce qu'il soit complètement distendu. Toutes ces opérations préliminaires achevées et toutes ces précautions prises avec beaucoup de minuties, c'est alors que, sur la ligne médiane et verticalement, je diviserai d'abord la peau dans une étendue de 5 à 6 centimètres, puis la couche graisseuse sous-cutanée, l'aponévrose, les couches musculaires et ensuite la couche cellulaire antévésicale, en ayant soin d'écartor les veines.

À ce moment, je chercherai ma vessie, et aussitôt que mes tentatives auront abouti, après avoir mis mon index gauche dans l'angle supérieur de la plaie de façon à repousser le péritoine en haut, je ponctionnerai d'emblée la vessie de haut en bas et mettrai immédiatement, sans me préoccuper du flot de liquide qui s'échappera, mon doigt ou une tenette dans l'intérieur de cet organe, afin d'en extraire le calcul; ceci fait, il ne nous restera qu'à retirer la sonde de l'urèthre, à procéder au lavage de la cavité vésicale, et mettre les deux gros tubes de caoutchouc jusque dans le fond de la vessie, à ouvrir le ballon de Petersen, à faire deux ou trois points de suture à la peau et à recouvrir enfin la plaie d'un pansement de Lister aussi soigné que possible.—*Praticien.*

Paralysies consécutives aux accidents de chemins de fer, par M le Dr Oximus.—Les paralysies qui surviennent à la suite des accidents de chemins de fer offrent rarement les mêmes caractères que les autres paralysies par cause traumatique. Ce qui caractérise essentiellement ces paralysies, c'est qu'alors même qu'elles sont périphériques, elles ont souvent un retentissement considérable sur les centres nerveux.

De tout temps, les chirurgiens ont insisté sur les conséquences fâcheuses du choc, et s'il est vrai que le choc déterminé par une chute

ou par une voiture, a une influence sur la marche de la maladie, on peut, à plus forte raison, être persuadé qu'un accident en chemin de fer aura une action très marquée sur les symptômes consécutifs.

Le docteur Erichsen, professeur de chirurgie à Londres, a réuni plusieurs faits de ce genre, et c'est avec raison qu'il déclare que, quoique le choc intense qui accompagne ces traumatismes donne une "terrible" importance aux accidents consécutifs, on n'est pas en droit d'en conclure que ceux-ci sont spéciaux et sont occasionnés seulement par les chemins de fer; tout choc violent, toute chute qui ébranle le système nerveux central amènent les mêmes conséquences. La seule chose qu'il faille admettre, c'est qu'il est bien rare que les conditions d'un traumatisme violent existent, d'une façon aussi nette et aussi intense, dans d'autres cas que dans les accidents de chemins de fer. De plus, comme ceux-ci portent sur un grand nombre de personnes et qu'ils ont une grande publicité, il est naturel que ces lésions soient presque exclusives aux accidents de chemin de fer.

La gravité des lésions dépend de la rapidité avec laquelle le train marche au moment de la rencontre d'un obstacle, ou de la force avec laquelle le train reçoit le choc par derrière. Dans les deux cas, les voyageurs sont fatalement précipités dans le sens du mouvement, c'est-à-dire vers la machine. Ceux qui sont assis en avant, c'est-à-dire la face dirigée dans le sens même du mouvement, sont lancés dans ce même sens et viennent s'abattre contre la paroi antérieure du compartiment, ou bien contre les voyageurs qui leur font vis-à-vis; tandis que les voyageurs qui tournent le dos au sens du mouvement sont brusquement portés contre la paroi de leurs sièges, puis aussitôt par contre-coup rejetés en sens contraire.

Nous ne voulons point nous occuper des lésions des jambes qui sont assez fréquentes, et qui sont dues au rapprochement des banquettes; ces lésions sont d'ailleurs identiques, quel que soit le côté occupé par le voyageur, et elles n'ont, par elles-mêmes, aucune influence spéciale sur le système nerveux central. Il n'en est pas de même des lésions qui portent sur le tronc et sur la tête, et c'est ici que la position du voyageur a une grande importance. Celui qui est en avant, et qui, au moment de l'arrêt brusque du train, continue fatalement le mouvement acquis, est précipité violemment de son siège vers le compartiment qui fait face; de là la fréquence des blessures à la tête et aux membres supérieurs, car instinctivement il étend ses bras. De plus, alors même que les banquettes ne se rapprochent pas, ses jambes et ses genoux viennent heurter le bord du siège opposé; ces voyageurs ont donc surtout des blessures aux membres et à la tête, mais ils ont la chance de n'avoir pas de contusion de la moelle.

Les voyageurs, au contraire, qui sont placés en arrière, ont pour ainsi dire le dos aplati contre la paroi du compartiment, et ce sont généralement ceux-ci qui sont le plus gravement atteints. Ils éprouvent une véritable commotion de la moelle, qui peut être augmentée par la chute des voyageurs qui sont assis devant eux.

Il paraîtrait que les personnes qui dorment au moment de l'accident échappent, au moins en partie, aux effets de la commotion du système nerveux. Il y a probablement plusieurs causes à cela, d'abord l'attitude du corps, puis une émotion moins vive et aussi l'absence de raideur musculaire ou de résistance au moment du choc. C'est pour la

même raison que, quelquefois chez les enfants et souvent chez les personnes ivres, les accidents les plus terribles n'amènent que des blessures légères et qui sont loin d'être en rapport avec celles qu'on observe dans des traumatismes analogues.

Cette commotion spinale a son importance, car elle domine les symptômes consécutifs, et très souvent elle n'amène de paralysie ou même d'autres lésions, que quelques jours et même plusieurs semaines après l'accident.

Il y a quelques années, un accident terrible de chemin de fer ayant eu lieu sur la ligne de Fribourg à Colmar, nous avons fait rechercher, après quelques mois, ce qu'étaient devenues les rares personnes échappées à la mort et aux blessures graves. Plusieurs d'entre elles avaient succombé à des maladies à marche rapide et que rien ne faisait prévoir. Nous ne voudrions pas poser ce fait en principe, ni exagérer les conséquences des accidents de chemin de fer, mais il est certain que c'est surtout pour ces accidents que les phénomènes consécutifs peuvent arriver longtemps après la cause de l'ébranlement nerveux et précisément à cause de cette commotion de la masse encéphalique et spinale. On a présenté à la Société berlinoise de psychiatrie plusieurs faits relatifs à des employés de chemins de fer atteints de différents phénomènes à la suite d'accidents survenus dans les trains. Ces malades n'avaient eu que des blessures insignifiantes ou même nulles. Un certain temps après l'accident, il s'est fait dans toute leur manière d'être un changement considérable; leur irritabilité et leur impressionnabilité étaient devenues extrêmes; le moindre travail de tête amenait immédiatement de la fatigue et exaspérait les douleurs de tête et les étourdissements, deux présentèrent en même temps un état parétique des membres inférieurs. La simple vue d'un train rendait tremblant un des malades. Il est à remarquer que tous ces symptômes se sont tous développés très lentement, et c'est là un fait qui n'arrive guère qu'aux traumatismes de ce genre.

Ce qui caractérise encore les accidents de chemins de fer, c'est la longueur de la maladie. Nous avons eu l'occasion de soigner un cas remarquable par la petite étendue de la lésion, car il s'agissait uniquement d'une atrophie légère du trapèze avec contracture légère des scapulaires, et pendant des années, quoique l'atrophie eût disparu, il en est resté un état de contracture et une hyperesthésie très grande, qui rendent les mouvements du cou difficiles et douloureux.

La principale difficulté du diagnostic dans ces affections consiste en ce que l'on peut avoir affaire à des simulateurs, ou tout au moins à des personnes qui exagèrent beaucoup les symptômes qu'elles éprouvent. Comme ces malades ont droit à des dommages-intérêts et que presque toujours ils sont en procès avec les Compagnies de chemins de fer, ils ont intérêt à simuler et à exagérer. D'un autre côté, les Compagnies de chemins de fer désirent que leurs médecins atténuent le mal, et il est souvent difficile de donner des indications équitables. Aussi, il est impossible de se baser sur les données ordinaires, et il serait désirable d'avoir des bases précises de diagnostic. Rien ne pourra les donner aussi nettes et aussi irréfutables que l'emploi des courants électriques, s'il s'agit de lésions du système nerveux ou du système musculaire. En effet, dans ces conditions, il y a forcément des modifications de la contractilité électro-musculaire et celles-ci ne peuvent être simulées.

Quelles conséquences peuvent, en effet, amener une commotion ou une contusion de l'axe cérébro-spinal? Dans les cas graves: une méningite ou une myélite. Dans les cas moins graves: une irritation avec douleurs et contractures. Dans le premier cas, il n'y a pas de simulation possible: dans le second cas, il faut examiner les points douloureux du rachis et voir s'ils correspondent aux nerfs des muscles contracturés.

Un premier renseignement, qu'aucune simulation ne peut modifier, est fourni par la contraction musculaire, aux points d'application d'un courant induit. Si avec un courant qui, toutes choses égales d'ailleurs, détermine une contraction sur des masses musculaires, et surtout sur des muscles homologues, on n'obtient pas de contractions ou on ne les obtient qu'en augmentant notablement la force du courant, on doit affirmer qu'il y a une lésion relativement grave. Seulement l'embaras existe lorsqu'il a pu y avoir une lésion antérieure à l'accident. Nous avons été appelé à donner notre avis sur un cas de ce genre, et à la suite de l'examen électro-musculaire, il a été certain pour nous que l'atrophie musculaire datait de plusieurs années et était même la conséquence d'une paralysie atrophique de l'enfance. Quelques muscles ne se contractaient par aucune espèce de courants électriques et avaient complètement disparu. Comme le malade prétendait que cette atrophie était la conséquence d'un accident qui remontait seulement à trois mois, nous eûmes des doutes, surtout comme il existait en même temps une contractilité normale sur des muscles voisins. De plus, l'os était diminué en longueur, et, après ces différentes constatations, nous pûmes affirmer que cette atrophie paralytique du membre remontait à une époque bien antérieure à l'accident de chemin de fer. Si ces mêmes lésions avaient eu lieu seulement quelques semaines avant l'accident, la difficulté eût été évidemment très grande.

Un autre signe important, sur lequel le docteur Guermontprez a insisté avec raison, c'est celui que l'on peut tirer de l'exploration des parties douloureuses à l'aide de l'électricité. Si le sujet n'est pas un simulateur, la sensibilité à l'électricité doit toujours être plus grande du côté atteint. Cette proposition est vraie en général, mais elle n'est pas absolument rigoureuse. En effet, la sensibilité plus grande indique uniquement qu'il y a une irritation du tissu musculaire ou des nerfs périphériques, et il est peu de traumatismes où l'on ne constate pas cette augmentation de la sensibilité. Nous avons soigné un traumatisme de l'épaule, avec fracture de la tête de l'humerus, où nous avons fait connaître aux chirurgiens consultants une fracture de l'omoplate que nous avions soupçonnée et découverte par la douleur constante qu'y réveillait le moindre courant électrique, et qui était limitée exactement à la partie fracturée. D'ailleurs, dans toute fracture même consolidée datant de plusieurs mois, on détermine une sensation douloureuse en électrisant cette région avec des courants induits d'intensité moyenne.

C'est donc un signe important pour les lésions traumatiques, mais malheureusement, il existe également dans les affections musculaires rhumatismales. Ainsi, dans le lumbago, ou dans le torticolis, la contraction déterminée par un courant même faible est toujours douloureuse, et cela est tellement constant que, lorsque nous avons à soigner un lumbago, après avoir employé les courants continus, et quand le

malade se déclare soulagé et même guéri, pour bien nous assurer de la guérison réelle et durable, nous électrisons la masse charnue avec un courant induit. Si cette électrisation n'est plus douloureuse, on peut affirmer la guérison.

Enfin, il faut bien examiner les points douloureux de la colonne vertébrale; dans la commotion de la moelle, ces points existent toujours, et la douleur augmente à la pression. On trouve, il est vrai, ces mêmes points douloureux dans différentes affections, et entre autres dans l'irritation spinale, ou nervosisme, et dans l'hystérie. Comme nous l'avons dit pour ces maladies, lorsque ni la pression ni la chaleur ne permettent de constater d'une façon précise ces hyperesthésies, on les découvre facilement en fixant un des rhéophores d'un courant moyen sur la partie supérieure de la colonne vertébrale et en faisant glisser l'autre lentement de haut en bas. Dans les cas de traumatisme, lorsqu'on constate ainsi des points douloureux, on doit en même temps trouver de la rigidité dans ces régions vertébrales. C'est de la coïncidence de ces divers symptômes que l'on peut tirer des conclusions précises, car, comme nous venons de le voir, un seul symptôme, pris isolément, ne suffit pas.

Les lésions traumatiques que l'on peut constater par le toucher ou par la vue, ne présentent aucune difficulté, mais celles qui résultent de l'ébranlement et du choc du centre cérébro-spinal sont d'autant plus difficiles à bien diagnostiquer que les malades ne disent pas toujours la vérité et que l'on est obligé de conclure malgré eux ou même contre eux. La certitude ne peut provenir que de l'examen de la contractilité électro-musculaire, de la constatation des phénomènes de sensibilité et des états de contracture concordant avec les points douloureux de la colonne vertébrale.

Enfin, la position qu'occupait le malade dans le compartiment au moment de l'accident, peut confirmer les indications médicales, car, comme nous l'avons dit au commencement, la commotion de la moelle, surtout de la partie lombaire, n'existe guère que pour les voyageurs qui étaient placés en arrière, c'est-à-dire tournant le dos à la locomotive. La commotion cérébrale, par contre, peut exister pour tous les voyageurs; seulement elle est accompagnée en général de plaies ou d'ecchymoses apparentes pour ceux qui étaient assis faisant face à la locomotive. Il est donc important, comme les malades ne connaissent guère ces faits, de s'informer de la position qu'occupait la personne dans le compartiment; car cela seul permet d'avoir de fortes présomptions sur la simulation ou sur la réalité des symptômes, l'aggravation de la maladie, et son apparition plusieurs jours après l'accident, ne doivent pour ainsi dire exister que lorsque le malade était assis, tournant le dos à la locomotive.—*Union médicale.*

Traitement des rétrécissements de l'urèthre.—*Société de chirurgie.*—M. TERRIER déclare que l'uréthrotomie interne, lorsqu'elle est indiquée, a toutes ses préférences dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre, et énumère les mesures antiseptiques qu'il applique à cette opération. Il conserve tous les instruments dans des solutions phéniques ou boriquées et les enduit de vaseline au bichlorure de mercure avant de les introduire dans les voies urinaires. Pour assurer l'antiseptie vésicale, il fait prendre au malade du borate de soude à l'intérieur.

M. LEDENTU résume ce qui a été dit à la Société de chirurgie depuis une vingtaine d'années sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre. En 1865, l'accord se fit à peu près pour déclarer que le meilleur traitement était la dilatation lente, et que l'uréthrotomie interne ou la divulsion pouvaient être employées indifféremment si la dilatation échouait. L'uréthrotomie interne est en effet une bonne opération et M. Ledentu n'a pas eu l'intention de la condamner en rappelant les succès que lui a donnés la divulsion. Il l'a pratiquée aussi souvent que cette dernière et en a obtenu de très bons effets. Pour la pratiquer, la plupart des chirurgiens se servent de l'uréthrotome de Maisonneuve et en adoptent la lame moyenne. Les avis sont partagés sur l'opportunité de la sonde à demeure après la section de la stricture. On peut mettre une sonde à demeure d'un petit calibre. Mais M. Ledentu ne commence la dilatation que lorsque la cicatrisation du canal est effectuée. Aujourd'hui, sur 28 cas de divulsion, M. Ledentu compte 23 succès définitifs, 3 guérisons incomplètes et 2 morts.

M. GUYON est partisan de l'uréthrotomie interne, mais il s'empresse d'ajouter que cette opération ne peut amener seule la cure des rétrécissements; c'est un adjuvant de la dilatation, et cette dernière opération constitue la véritable méthode thérapeutique. L'uréthrotomie interne, loin d'être réservée aux cas simples, exempts de toutes déterminations du côté de l'appareil urinaire et de toutes complications générales, doit être appliquée surtout aux cas graves. Les complications, au contraire, constituent des indications formelles et pressantes de l'uréthrotomie: tels sont, par exemple, les accès de fièvre survenant spontanément ou sous l'influence de la dilatation, qui sont l'expression de lésions rénales plus ou moins avancées; tels sont encore les cas de polyurie trouble avec pus dans l'urine, troubles digestifs et état général très grave.

Dans les cas simples, lorsque l'uréthrotomie est seulement réclamée par la résistance de la coarctation aux bougies dilatatrices, cette opération est véritablement bénigne, à condition d'être pratiquée suivant certaines règles que rappelle M. Guyon. Il faut d'abord opérer suivant toutes les règles de l'antisepsie. On doit inciser tous les points rétrécis en ayant soin d'inciser peu profondément et de faire porter l'incision sur la paroi supérieure de l'urèthre. La sonde à demeure que l'on place ensuite doit être d'assez faible calibre et on doit la laisser ouverte dans l'urinoir. Le malade doit être mis au repos, et son régime, sa température et le reste surveillés avec soin.

Pour l'incision de la majorité des rétrécissements, M. Guyon se sert de l'uréthrotome de Maisonneuve, qui agit d'avant en arrière, et il n'emploie guère l'instrument de Civiale, qui agit d'arrière en avant, que dans les rétrécissements très résistants, par exemple ceux qui succèdent aux traumatismes. Il se sert presque exclusivement des lames qui répondent aux numéros 21 et 23 de la filière Charrière. Il recommande instamment de n'introduire qu'une fois la lame, coupant ainsi à l'aller et au retour, et de ne pas "jouer du violon" dans le canal en y promenant la lame à plusieurs reprises. La sonde à demeure est placée dans le canal aussitôt après l'incision, et elle y est conduite sur conducteur avec précaution, sans forcer. Si on rencontre de la difficulté à l'introduire, on diminue progressivement son calibre jusqu'à ce que toute difficulté, toute résistance cesse, et si on n'y parvenait pas, mieux

vaudrait ne pas mettre de sonde que de forcer tant soit peu le passage. Cette sonde est laissée à demeure, ouverte dans l'urinoir, pendant vingt-quatre à quarante huit heures. Avant de commencer la dilatation, on laisse le malade se reposer huit à quinze jours et même davantage, s'il survient la moindre complication.

M. Guyon donne la statistique des seules opérations sur lesquelles il a des notes. elles sont au nombre de 459, il n'en est que 13 pour des rétrécissements d'origine traumatique, toutes les autres ont été faites pour des rétrécissements d'origine blennorrhagique. Les suites ont été des plus bénignes. Il n'a jamais été observé d'hémorrhagie postopératoire inquiétante. La fièvre n'a été observée qu'une fois sur trois et elle a toujours été très modérée. Un seul malade a eu un abcès prostatique, mais il en a guéri très rapidement. La plupart des malades se sont levés vers le huitième jour. Les résultats éloignés sont ceux de toutes les méthodes thérapeutiques des rétrécissements, c'est-à-dire que la récidive n'est survenue que dans les cas où les malades ont cessé de se soumettre à la dilatation progressive, qui seule peut assurer la permanence du calibre de l'urèthre. Pour ce qui est de la mortalité, M. Guyon enregistre 20 morts sur ses 459 opérés, mais les trois quarts de ces cas malheureux ne peuvent être imputés à l'opération, et cinq fois seulement on peut mettre la mort sur le compte de l'uréthrotomie. Tous les cas de la pratique de M. Guyon ne figurent pas dans la statistique précédente, il croit pouvoir fixer à $1\frac{1}{2}$ pour 100 la mortalité de ses uréthrotomies.—*Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Méthode dite d'expression de la tête dans les cas d'accouchement par le siège.—Vu la pression exercée par la matrice en travail sur la tête dans cette présentation, et l'augmentation inévitable de ses diamètres parallèles au détroit supérieur, Koppe suggère la méthode qui suit. S'étant assuré que la vessie est vide, que le diamètre antéro-postérieur de la tête est presque dans le diamètre transverse du bassin, (ou mettant la tête dans cette position, si elle n'y est pas déjà) la garde malade saisit le corps de l'enfant comme dans la méthode de Prague et le maintient dans une position qui devra faciliter son extraction. Alors l'accoucheur rapprochant les éminences thénare et hypothénare d'une main, place cette dernière sur l'abdomen de la malade, en haut du pubis et presse fortement la partie saillante de la tête du fœtus contre la dernière vertèbre lombaire de la mère. Quelques secondes de cette pression diminuent le diamètre de la tête qui l'a supportée et cette dernière s'engage. Dans les cas difficiles l'accoucheur peut appuyer son coude contre son corps pour presser davantage. Avec la main libre l'accoucheur empoigne le vertex du crâne et presse dans une direction perpendiculaire au détroit tout en continuant sa pression latérale, la garde malade faisant en même temps des tractions vigoureuses sur le corps de l'enfant. On sent la tête céder et descendre dans la cavité pelvienne; à ce moment le médecin prend le corps de l'enfant et délivre la tête aussi vite que possible. Dans les cas très difficiles un assistant peut presser sur la main de l'accoucheur afin d'avoir une action plus considérable. Un des avantages de ce procédé c'est

de produire artificiellement, en moins d'une minute, la diminution d'un des diamètres du crâne. La diminution des diamètres de la tête correspondant au c. v. s'accompagne nécessairement de l'allongement des autres diamètres, mais comme le diamètre transverse du bassin mesure deux cm., de plus que le c.v., il n'en résulte ordinairement pas de difficulté. *American Journal of the Medical Sciences.*

Emphysème sous-cutané dû au travail de l'accouchement.—Les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie* citent, d'après le *British Medical Journal*, deux cas d'emphysème sous-cutané dans le travail de l'accouchement.

Dans les deux cas les parturientes étaient primipares. Dans le premier cas, le travail se fit très lentement pendant toute la durée du premier temps. Au moment où la tête venait presser sur le périnée, les douleurs devinrent plus intenses et l'on vit tout à coup la face de la malade se congestionner, la respiration devenir fréquente et irrégulière pendant que le pouls était petit et rapide. On administra des stimulants et l'accouchement fut terminé au forceps; la malade se sentit immédiatement soulagée. Dans le deuxième cas tout marcha bien jusque vers la fin du travail, moment où la parturiente présenta des accidents analogues. Après la délivrance, la respiration continua à être rapide.

La crépitation de l'emphysème se sentait facilement à la palpation, au niveau des parois thoraciques, du cou, la face et du front. Repos absolu dans le décubitus dorsal. Dix jours après, il n'y avait plus de trace d'emphysème et en même temps la respiration reprenait son rythme normal.

La sortie de l'air est due à la rupture des vésicules pulmonaires; de là il s'infiltré dans le médiastin et arrive à la face, au cou et aux parois thoraciques, en suivant les gaines vasculaires et nerveuses. De sérieuses complications peuvent survenir par suite du trajet suivi par l'air (compression des nerfs, des vaisseaux de la plèvre, du péricarde). Dans ces cas, il faut exiger un repos complet et terminer le travail le plus vite possible. S'il existe une dyspnée marquée, il ne faut pas hésiter à inciser. Le fœtus est en danger si la délivrance n'est pas faite promptement.

De la chute de l'utérus.—Clinique de M. le docteur TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—La malade, dont je vais vous parler aujourd'hui, s'est aperçue, trois mois, après avoir accouché, qu'elle avait au niveau de la vulve une tumeur. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis trois ans et demi environ, cette grosseur a augmenté et a fini par constituer une masse qui atteint le volume du poing. Il est survenu, en outre, des douleurs dans le ventre et dans les reins, une leucorrhée assez abondante, des excoriations et des troubles du côté de la miction. Bref, par suite de cet état de choses rendant tout travail impossible, cette femme s'est décidée à venir à l'hôpital. Lors de son entrée, dès le premier examen, il m'a été facile de reconnaître que nous étions en présence d'une chute de l'utérus. Et de fait, le doute n'était pas possible, puisque nous trouvons sur cette tumeur, qui faisait une saillie considérable à l'extérieur, l'orifice utérin.

Eh bien, quelle est la nouvelle disposition des organes dans une pareille affection? L'utérus, en descendant, attire avec lui, d'abord la

paroi antérieure du vagin, et ensuite la paroi postérieure. Or, dans ce retournement du vagin, que devient la vessie? Comme la cloison vésico-vaginale est constituée de telle façon que la paroi vaginale et la paroi vésicale sont assez unies pour ne pas pouvoir se dissocier sous l'influence d'une traction, il en résulte que la vessie, entraînée par la paroi vaginale, vient se placer au devant de l'utérus et concourir à la formation de la tumeur. Qu'arrive-t-il alors? C'est que l'urètre, qui à l'ordinaire est presque vertical chez une femme debout, devient oblique en haut; d'où il s'ensuit que ces malades urinent sur leur ventre, salissent leur linge, et voient leurs cuisses s'excorier.

Maintenant, en arrière, que se produit-il? En attirant le vagin, l'utérus fait très important au point de vue opératoire, attire au dehors le péritoine ainsi que l'intestin. Quant à la cloison recto-vaginale, beaucoup moins serrée que la cloison vésico-vaginale, elle peut se dédoubler; aussi trouve-t-on quelquefois, en mettant le doigt dans l'anus, une petite poche qui constitue une espèce de rectocèle. Ainsi donc, dans certains cas, une tumeur constituée d'avant en arrière par la vessie, l'utérus, le péritoine et les intestins, tel est le résultat d'un utérus en précipitation.

Ces phénomènes, en général, se produisent, comme chez notre malade, très lentement, à la suite d'un relâchement des ligaments, d'une augmentation de volume de l'utérus, de mauvais soins hygiéniques et d'une faiblesse de la vulve consécutifs à la grossesse. Cependant, il faut savoir que, dans quelques cas exceptionnels, la chose arrive brusquement. Ainsi, je me rappelle encore avoir soigné une femme, marchande de quatre saisons, qui eut, en trainant sa petite voiture, une véritable luxation de l'utérus.

Je viens de vous dire: "C'est à un prolapsus de l'utérus que nous avons affaire." En effet, avec quoi pourrions-nous confondre cette tumeur? Est-ce avec un polype utérin? Pas le moins du monde, puisque nous voyons l'orifice du col et que, de plus, les culs-de-sac n'existent plus. Le doute n'est donc pas possible. Toutefois, à propos du diagnostic, il me reste une question très délicate que je désire étudier avec vous. Lorsque j'ai mis l'hystéromètre dans la cavité utérine, j'ai trouvé treize centimètres de hauteur, ce qui, ajouté à un centimètre d'épaisseur de paroi, donne un total de quatorze centimètres. Or, la cavité utérine, chez la femme qui a eu des enfants, est en moyenne de sept à huit centimètres; par conséquent, notre malade a non seulement une tumeur de la vulve, mais encore une augmentation de la cavité de l'utérus. Eh bien, sommes-nous ici en présence d'un prolapsus ordinaire, ou bien de cette affection décrite pour la première fois par Huguier, en 1859, c'est-à-dire d'un allongement hypertrophique du col qui fut l'objet de grandes polémiques surtout de la part de Depaul? Qu'est-ce d'abord que cette hypertrophie du col? Un allongement aux dépens du col qui forme tumeur à l'extérieur de la vulve sans que le fond de l'utérus ait bougé. Des distinctions, en outre, ont été établies suivant que l'accroissement porte sur la portion intra-vaginale ou sus-vaginale du col. On a même été encore plus loin: le col, en raison de son insertion postérieure plus élevée, pouvant être divisé en trois parties, il est possible que l'allongement porte, soit sur la portion sus-vaginale, soit enfin sur ses deux parties à la fois. Quoi qu'il en soit de ces divisions, vous voyez qu'il existe deux états qui, clini-

quement, se présentent avec le même aspect extérieur. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que, lorsque je mis l'hystéromètre pour la première fois dans la cavité utérine, je crus être en présence de la maladie décrite par Huguier. Eh bien, en pareil cas, est il utile de faire un diagnostic ? Oui, car si j'avais la conviction que ma malade est atteinte d'un allongement hypertrophique, je serais forcé d'enlever une portion de cet utérus par l'excision conoïde d'Huguier. Or, il suffit de jeter un coup d'oeil sur la région à opérer pour reconnaître, si sûr qu'on soit de son anatomie et de ses doigts, qu'il n'est pas difficile de lésér la vessie en avant et le péritoine en arrière. De plus, cette opération, qui sans être grave, n'est cependant pas exempte de dangers, serait complètement inutile dans le cas où nous n'aurions pas affaire à un allongement hypertrophique.

L'hystérométrie n'étant donc pas suffisante pour me permettre de faire un diagnostic entre une chute simple de l'utérus et un allongement hypertrophique du col, sur quelles bases prendrai-je un point d'appui pour avancer que, dans le cas présent, je crois plutôt avoir affaire à un prolapsus ? Et tout d'abord, laissez-moi vous dire que la distinction est plus difficile à faire qu'on ne le pense. Comme preuve, qu'il vous suffise de savoir qu'au moment même où eut lieu la fameuse discussion académique dont je vous parlais tout à l'heure, j'eus la bonne fortune, étant interne de M. Gosselin à Cochin, de faire l'autopsie d'une femme atteinte de chute de l'utérus. Eh bien, cette même pièce servit et à Depaul pour refater les arguments des partisans de la doctrine d'Huguier et à ces derniers pour établir leur opinion. C'est vous dire assez que si sur le mort la chose n'est pas aisée à reconnaître, cela doit l'être encore beaucoup sur le vivant. Quoi qu'il en soit, je vous demanderai comment vous pouvez redresser un utérus dont le corps est en place, sans distendre les ligaments et, par suite, sans faire souffrir votre malade. Lorsque pareil phénomène se produit, c'est que comme chez notre malade, vous avez affaire à une chute de l'utérus. Voilà, en effet, une femme chez qui, d'abord, malgré ses quatorze centimètres, l'utérus ne sort qu'après une marche prolongée, chez qui, ensuite, la réduction se fait facilement par le repos et par les manœuvres d'un chirurgien, et chez qui, enfin, les douleurs cessent dès que la tumeur est rentrée.

Comment, maintenant, ces différentes modifications se sont-elles produites ? De la façon suivante. il y a trois ans et demi, après un accouchement compliqué d'une rupture du périnée, ce qui, par conséquent, diminuait de beaucoup le soutien de l'utérus, cette femme s'est levée pour vaquer aux travaux du ménage et a négligé tous les soins hygiéniques que comportait la circonstance ; au bout de trois mois, une tumeur s'est montrée à la vulve, puis de la métrite est survenue. Telles sont les modifications qui, je crois, par leur ensemble, sont plus que suffisantes pour expliquer un prolapsus de l'utérus.

Ceci dit, que faire à cette malade ? Deux choses : d'une part diminuer le volume de la masse qui pèse, et d'autre part augmenter le soutien. En effet, aujourd'hui, la première indication, à elle seule, ne serait pas suffisante ; et, quant à la deuxième, elle ne pourrait pas être remplie par l'emploi du pessaire à cause du plan incliné de la vulve. Une opération est donc indispensable. Lefort, pour resserrer la vulve, a eu l'idée de faire une cloison dans le vagin. Cela est bien ; mais,

pour ma part, je préfère de beaucoup l'opération qui consiste à remettre les choses telles qu'elles étaient avant l'accouchement. Ce n'est pas, en agissant de la sorte, que j'aie la prétention de guérir à tout jamais cette femme, mais c'est parce que j'aurai la possibilité de lui faire porter un petit pesa-ire. Ainsi donc, je vais enlever la muqueuse dans une hauteur de deux centimètres. Dolbeau, dans le temps, avait eu l'idée de conserver ce tablier. C'est plus joli, il est vrai; mais en pratique il vaut mieux l'enlever de crainte qu'il ne se sphacôle. La malade pansée sera remise dans son lit les deux jambes rapprochées. De la sorte, s'il m'est possible de la tenir au repos pendant un mois, je suis convaincu que non seulement sa métrite sera guérie, mais encore que son utérus aura diminué de volume. Les deux indications, d'une part diminuer le volume de la masse, et d'autre part augmenter le soutien, seront donc satisfaites.—*Praticien.*

Curabilité et traitement de la rétroflexion.—Clinique de M. le Dr. CHÉRON à St. Lazare.—La rétroflexion utérine est une des affections dont je vous ai le plus souvent entretenus: vous savez qu'elle est liée à l'arrêt de l'involution de l'utérus après un accouchement ou une fausse couche, vous en connaissez les signes physiques que l'examen bi-manuel et le cathétérisme à l'aide d'hystéromètres souples permet de constater: vous n'ignorez pas qu'elle s'accompagne de symptômes locaux très pénibles, tels que douleurs lombaires pouvant s'irradier jusque vers la partie interne des cuisses; sensation de pesanteur, envies fréquentes d'uriner, souffrances horribles toutes les fois que la malade veut aller à la garde-robe, etc., et de troubles de la santé, comme difficulté de la marche, pertes des forces et de l'appétit, vomissements rebelles et gonflement douloureux des seins. Le rapport qui existe entre la rétroflexion, la dysménorrhée, les ménorrhagies et la stérilité vous a également frappé, dans les cas que j'ai pu soumettre à votre observation.

La question que je veux étudier aujourd'hui devant vous est celle de la curabilité et du traitement de cette variété très importante et très fréquente de déviation utérine. Mais auparavant, laissez-moi vous rappeler en quelques mots l'histoire de la malade qui fait l'objet de cette leçon.

C'est une jeune femme de 24 ans qui a eu deux enfants, le dernier il y a 3 ans. Cette malade qui est une lymphatique de la campagne, jouissant d'une bonne constitution, nous a été adressée par notre excellent confrère, le Dr Quintard, de Montereau. Quoique habitant la campagne, cette personne ne se livre pas aux travaux des champs; elle est mariée avec un employé du chemin de fer.

À son dernier accouchement elle est restée au lit pendant cinq jours, et presque aussitôt, elle a éprouvé une sensation pénible dans le ventre et une difficulté très grande pour aller à la selle. Ce n'est que plus tard qu'elle se décida à consulter notre confrère, qui constata l'existence d'une regression incomplète avec rétroflexion, un volume considérable du col et du corps et des adhérences nombreuses.

Elle a été soumise jusqu'ici au traitement suivant: pansements glycéro-tanniques iodés, scarifications qui ont décongestionné l'utérus et diminué son poids et son volume; notre confrère a pratiqué plusieurs ignipunctures grâce auxquelles l'organe ne mesure plus que 7 centi-

mètres. au lieu de 10 centimètres que donnait le cathétérisme, au début. En même temps les adhérences péritonéales, constatables encore aujourd'hui par le toucher vaginal, mais beaucoup moins tendues et moins rigides qu'autrefois, ont été peu à peu allongées et relâchées par des séances répétées de réduction à l'aide de la position génu-pectorale.

Après chaque séance, la malade éprouve un bien-être considérable pendant une quinzaine de jours, puis, à propos d'un effort, d'une fatigue, la déviation se reproduit et les malaises habituels reviennent immédiatement. Il s'agit donc, actuellement, de réduire à nouveau l'utérus et de maintenir la réduction, et, comme ici nous avons un peu d'engagement en descente en même temps que rétroflexion, le pessaire en bilboquet est, à mon avis, celui de tous ces instruments qui permettra le mieux d'attendre ce résultat.

Au toucher, je trouve dans le cul-de-sac postérieur une masse ronde, dure, faisant suite au col dont la direction est normale. L'orifice entr'ouvert et la lèvres postérieure inégale et molasse, au-dessous de l'orifice; la masse dure constatée dans le cul-de-sac postérieur est bien le corps de l'utérus, car en appuyant d'avant en arrière sur la lèvre antérieure du col, on sent cette masse qui s'éloigne du doigt; elle fait un angle obtus avec le col, au lieu de l'angle aigu que j'avais constaté la première fois que je vis la malade. Je retrouve les brides péritonéales dont je vous ai parlé, en soulevant le col, ce qui les met en tension. La réduction, comme vous le voyez, se fait assez facilement.

Au spéculum, nous voyons une chose bien faite pour attirer votre attention : le col n'est ni œdémateux ni congestionné, bien qu'il existe un début d'ectropion de la lèvre postérieure. Si le tissu de l'organe résiste ainsi, c'est qu'il a été le siège d'une série d'ignipunctures.

L'examen bi-manuel m'ayant indiqué quel est approximativement le degré de la déviation, je prends un hystéromètre en étain, dont vous connaissez la flexibilité, et après quelques tâtonnements, je parviens à l'introduire jusqu'au fond de l'utérus; vous voyez qu'il est retenu par l'angle de flexion qui existe au niveau de l'isthme. Il nous donne comme longueur 7 centimètres, et nous montre que la flexion est assez considérable encore, puisqu'elle est représentée exactement par la courbure que j'ai dû donner à l'instrument pour faire le cathétérisme.

Nous allons maintenant procéder à la réduction de l'utérus.

La malade prend d'elle-même la position génu-pectorale dont elle a pu apprécier déjà l'utilité, c'est-à-dire qu'elle se place sur un plan horizontal, les cuisses fléchies sur les jambes de façon que les ischions touchent aux talons, elle incline la poitrine fortement en bas en s'appuyant sur les coudes rapprochés du corps, en sorte qu'elle se fait ainsi une véritable enclature.

Dans cette position le fond de l'utérus abandonne de lui-même la concavité du sacrum pour s'incliner en avant quand je dilate le vagin, la pulpe des doigts dirigée en haut, jusqu'au fond du cul-de-sac antérieur, et je repousse en haut, c'est à dire vers la concavité sacrée, le col de l'utérus. Pendant ce temps, le fond de l'organe s'incline vers le pubis et la masse intestinale vient se placer entre lui et le sacrum, ce qui se produit encore plus rapidement pendant que je fais tousser la malade. Je m'assure de ce fait en ce que, retirant les doigts légèrement, je ne sens pas le col suivre le retrait de mes doigts. Je fais alors redresser la malade très lentement, tout en maintenant le col en arrière et en

haut, puis elle se penche en avant et se redresse une seconde fois, toujours avec la même lenteur. La réduction semblant obtenue, je fais tenir la malade debout pendant quelques minutes, puis elle se place sur le fauteuil, dans la position ordinaire de l'examen au spéculum.

Au toucher le col est dirigé en arrière et le fond en avant; je mets le col à nu au moyen du spéculum et je constate que je ne puis plus introduire la sonde avec la courbure de tout à l'heure.

Vous voyez que je suis obligé de donner à l'hystéromètre la courbure normale et de diriger la concavité de la courbe en avant pour arriver jusqu'au fond de l'utérus. La réduction bien obtenue, elle est aussi parfaite que possible, comment allons-nous la maintenir?

L'utérus s'engageant en descente dans le cas que nous considérons, le pessaire de choix est ici le pessaire en bilboquet que vous connaissez bien et dont vous avez pu, maintes fois, constater l'utilité contre l'engagement de l'utérus en descente, chute ou prolapsus.

Cet instrument en bois, formé d'une cupule hémisphérique de diamètre approprié au volume du col, supportée par une tige droite de 10 centimètres environ de longueur, est enduit d'un corps gras sur sa surface externe.

Le tenant de la main droite, tandis qu'avec deux doigts de la main gauche j'écarte l'une de l'autre les petites lèvres, le siège étant bien dégagé et les ischions étant bien tangents aux bords du fauteuil, je déprime fortement la fourchette avec le segment postérieur du bilboquet. Tout en déprimant la fourchette, je prie la malade de soulager le siège, ce qui me permet d'engager le pessaire sans craindre de blesser le bulbe de l'urèthre, accident sérieux qu'il faut éviter à tout prix. Il me suffit alors d'imprimer au manche un léger mouvement de bascule pour voir l'instrument, aspiré pour ainsi dire par le col, aller l'embrasser exactement. Le voilà en place; il faudra désormais un effort considérable pour le faire sortir, car il est maintenu par la pression atmosphérique et, pour le retirer sans violence, il faut luxer l'instrument afin de permettre l'entrée de l'air entre la cupule du bilboquet et le col qui y est contenu.

Dans un effort énergique, lorsque le vagin est très relâché, le pessaire pourrait cependant être expulsé, aussi allons-nous le maintenir par un simple bandage en T qui ne peut nullement gêner la malade.

En résumé, messieurs, vous voyez que la rétroflexion est une affection qui, avec beaucoup de patience et de soins, est susceptible toujours d'une grande amélioration et souvent, je puis l'affirmer, d'une guérison presque complète. Le regretté gynécologue de Montpellier, M. Courty, s'élevait contre le pronostic classique de la rétroflexion et me disait, peu de temps avant sa mort, en avoir guéri un certain nombre. Je ne puis pas, moi non plus, souscrire à l'incurabilité de cette affection, proclamée par M. Pajot, dans un article récent, fort intéressant et fort savant d'ailleurs. Je serai heureux si j'ai pu vous faire partager l'opinion que je défends; la maladie qui a fait le sujet de cette leçon reviendra du reste à la clinique et vous pourrez juger par vous-mêmes des résultats du traitement que vous m'avez vu mettre en œuvre.—*Le Médecin clinicien.*

PÆDIATRIE.

Un cas d'hémiplégie cérébrale infantile.—Clinique de M. le Dr Drs. OROZILLES, à l'hôpital des Enfants-Malades.—Le 14 novembre 1885, on me pria de donner une place dans mon service à un jeune garçon âgé de neuf ans, nommé Albert F... qui était paralysé de toute une moitié du corps. Il fut couché au n° 13 de la salle Saint-Augustin. Il était important, dans un cas de ce genre, d'avoir des renseignements exacts sur les antécédents du malade, qui était incapable de nous les donner lui-même. Fort heureusement, nous nous trouvâmes en présence de parents intelligents qui purent nous raconter quelle avait été la marche de l'affection et à quelles circonstances on pouvait la rattacher.

Atteint de rougeole à l'âge de quatre ans, cet enfant s'était bien porté jusqu'à la fin de 1884. À cette époque, dans les derniers jours d'octobre, il tomba sur la tête, au milieu d'exercices gymnastiques, d'un trapèze placé à deux mètres au-dessus du sol. Un peu étourdi sur le coup, il put cependant rentrer le jour même à pied chez ses parents, et l'on ne vit survenir, tout d'abord, aucun trouble sérieux dans sa santé. Il retourna à son école, recommença à travailler avec zèle et obtint de bonnes places, comme par le passé. Il se plaignit pourtant, à différentes reprises, pendant l'hiver de 1884 à 1885, de douleurs de tête qui n'étaient ni très violentes, ni très exactement circonscrites. La situation resta la même jusqu'au mois de juillet, et ce fut alors seulement que le jeune garçon éprouva quelques troubles de la vue. Ses yeux, disait-il, devenaient moins bons qu'autrefois et il lui semblait qu'un brouillard assez épais l'empêchait de distinguer nettement les objets; en même temps, les céphalées commencèrent à être plus accentuées. Un peu plus tard, on constata, presque simultanément, de l'affaiblissement du bras droit, des fourmillements dans la jambe du même côté et de la difficulté dans l'articulation des mots. L'embarras de la parole ne faisait de doute pour personne, et l'intelligence devenait moins apte que précédemment à comprendre vite et clairement ce qu'elle avait à saisir. D'autre part, on constatait que la main droite n'écrivait plus lisiblement, et bientôt elle ne put plus tenir une plume. La situation s'aggrava notablement, à dater des derniers jours de septembre, jusqu'au commencement de novembre. Depuis plusieurs semaines, l'enfant ne quittait plus le lit, quand il fut pris de vomissements répétés en même temps que de douleurs de tête très vives. Cet état atteignit un degré exceptionnel d'intensité dans la nuit du 13 au 14 novembre, et ce fut alors qu'eut lieu l'admission de ce malade à l'hôpital.

Le 15 novembre je me trouvais en présence d'un jeune sujet bien constitué et d'assez haute stature, dont le facies, coloré plutôt que pâle exprimait la stupeur. Des yeux, tantôt fixes, tantôt agités par un nystagmus transversal, ne suivaient pas les objets qui passaient devant eux. Les pupilles, toutes deux dilatées, paraissaient peu sensibles à l'action de la lumière, la dilatation de l'orifice pupillaire était notablement plus forte à droite qu'à gauche. On constatait aussi une hémiplégie faciale droite incomplète, car le frontal et l'orbiculaire des paupières conservaient leur contractilité. On pouvait donc considérer les branches moyenne et inférieure du nerf facial comme seules atteintes. Le

membre supérieur du côté droit avait également perdu son activité locomotrice, et l'avant-bras demeurait habituellement en flexion et en pronation sur le bras, par suite d'une contraction du biceps et des muscles pronateurs. Le membre inférieur du même côté restait étendu et immobile avec contracture des extenseurs de la jambe et du jambier antérieur, extension forcée de la jambe sur la cuisse et équinisme du pied, dont la face plantaire regardait en dehors en même temps que le talon était relevé et la pointe abaissée. On constatait, d'autre part, sur les régions affectées de paralysie du mouvement, à la face comme aux membres, un degré modéré d'hyperesthésie et d'hyperalgésie avec retard dans la sensibilité et conservation du réflexe rotulien ; le malade sentait aussi très distinctement les courants induits.

On nota enfin un pouls lent et à peu près régulier, une température normale, une langue légèrement couverte, avec tendance à la constipation, bien qu'il y eût fréquemment incontinence d'urine ou des matières fécales. L'examen du thorax ne fit découvrir aucun bruit morbide. Quelques désordres psychiques furent aussi signalés. Le malade paraissait être, de temps à autre, sous l'influence d'hallucinations : lorsque la religieuse de service s'approchait de lui, il croyait voir sa mère, et quand il nous apercevait auprès de son lit, il nous montrait, avec sa main gauche, un point imaginaire vers lequel ses yeux se portaient, comme s'il eût été placé à une certaine distance de son lit. Il cherchait à saisir ce qui se trouvait à sa portée, et ne tardait pas à ramener ses couvertures au-devant de sa tête quand on voulait le découvrir pour l'examiner. Si on lui faisait des questions sur son nom, son âge, l'endroit où il demeurait, la profession de ses parents, il répondait lentement après avoir longuement réfléchi. Il parlait péniblement, mais en articulant les mots avec force ; si l'interrogatoire devenait trop compliqué, il savait dire qu'il était incapable de donner de réponse. Il distinguait assez nettement les objets qu'on lui montrait, pourvu qu'ils fussent un peu volumineux, tandis qu'il ne lisait pas les caractères d'imprimerie les plus gros, à quelque distance qu'on lui présentât le livre.

Dans la nuit qui suivit son admission, il dormit paisiblement ; mais, plus tard, son sommeil devint irrégulier et fut souvent interrompu par des cris bruyants. Peu de jours après son entrée, il commença à devenir très loquace, mais, plus il parlait, plus ses paroles devenaient confuses et incohérentes. Cependant, il donnait encore des renseignements assez précis à certains points de vue, se plaignant de la tête, sans pouvoir exactement indiquer si la douleur était limitée ou diffuse. Son état ne changea pas pendant la première semaine de son séjour dans la salle Saint Augustin. Il fut constamment constipé, malgré l'administration répétée de doses massives de calomel, qu'on éleva jusqu'à 60 centigrammes. Un mélange de 8 grammes d'eau-de-vie allemande avec 4 grammes de sirop de nerprun donna lieu à plusieurs selles liquides le 19 novembre. Mais dès le lendemain, la constipation recommença.

Le 20 novembre, on constatait une déviation de la langue vers le côté gauche. L'hémiplégie faciale paraissait être plus accentuée que les jours précédents, bien que l'orbiculaire des paupières et le frontal fussent encore contractiles. Pendant la semaine suivante, la situation se modifia peu ; il n'y eut pas de fièvre et le malade ne fut que médio-

crement agité. Il se tenait ordinairement couché sur le côté droit et se déplaçait avec répugnance. La contracture n'avait pas diminué dans les deux membres du côté paralysé, elle semblait même un peu plus considérable qu'au début. Le malade recommençait à parler beaucoup et à crier souvent ; il mangeait peu et cependant la constipation n'existait plus, bien qu'on eût remplacé le colomel par l'iodure de potassium, à la dose de 50 centigrammes, puis d'un gramme par vingt-quatre heures, en même temps qu'on faisait des frictions sur la nuque, chaque jour, avec l'onguent hydrargyrique. Un examen, pratiqué avec l'ophthalmoscope, à cette époque, ne fit reconnaître aucune lésion du fond de l'œil.

À partir du 1^{er} décembre, la faiblesse s'accrut visiblement, et l'intellect devint de plus en plus obtus. Les selles furent de nouveau très rares et il fallut revenir à l'usage du calomel. Ce médicament ne produisant pas d'effet purgatif, on eut recours une seconde fois au mélange de sirop de nerprun et d'eau-de-vie allomande, qui donna lieu à plusieurs évacuations, sans qu'il y eût d'amélioration sous d'autres rapports. Le 6 décembre, l'enfant, très abattu, répondait mal à nos questions ; il gardait le silence presque continuellement et demeurait à peu près immobile. Le 8, on remarqua un enduit saburral épais sur la langue, ainsi que des fuliginosités sur les dents, les gencives et la lèvre supérieure. On constata, d'autre part, qu'il n'y avait ni accélération du pouls, ni élévation thermométrique, mais que l'obtusion intellectuelle était plus complète que précédemment. Le malade vécut encore quarante-huit heures dans le coma, avec les pommottes fortement injectées. Enfin, le 10 décembre, il succombait à quatre heures du soir, après avoir vomé à plusieurs reprises. Pendant les deux derniers jours de son existence, on avait noté une constipation opiniâtre avec un mouvement fébrile qui ne porta pas le thermomètre à plus de 38° et le chiffre des pulsations radiales à plus de 110 par minute.

L'autopsie, faite le 12 décembre, nous apprit qu'il n'y avait rien d'anormal dans les viscères thoraciques ou abdominaux et, qu'au contraire, on pouvait étudier des lésions importantes dans la cavité crânienne. On trouva les vaisseaux de la pie-mère gorgés de sang noir dans toute l'étendue de leur réseau, mais principalement au niveau de la partie la plus interne de la convexité de l'hémisphère gauche ; dans cette région, les méninges adhéraient assez fortement à la surface de l'encéphale, et l'adhérence existait également sur une portion de la scissure inter-hémisphérique. La substance de l'encéphale présentait sur ces mêmes points, dans ses couches superficielles, une coloration analogue à celle d'un café au lait très clair. Le cerveau, isolé de ses enveloppes, paraissait plus bombé et de consistance plus ferme à gauche qu'à droite. Le ventricule latéral gauche contenait une assez grande quantité de sérosité ; à la partie postérieure de sa paroi interne on voyait une petite poche transparente qui laissa échapper un liquide clair quand on la sectionna. À la place de la couche optique gauche, on rencontra une tumeur d'une teinte blanchâtre, de consistance assez forte, d'une forme comparable à celle d'un rein d'adulte et à peu près aussi volumineuse que cet organe. Cette dégénérescence, qui refoula en avant le corps strié, avait envahi une portion de la protubérance et du pédoncule cérébral gauche et des tubercules quadrijumeaux. Deux congestions sanguines occupaient sa partie postérieure, au voisinage de

vaisseaux rompus. L'un de ces caillots, dont la formation était évidemment récente, atteignait les dimensions d'une noix. On ne découvrit d'autre altération, dans la profondeur de l'hémisphère droit, qu'un certain excès de vascularisation, et l'on ne nota aucune lésion dans le tissu du cervelet.

Bien qu'il me manque, pour compléter cet exposé, les détails relatifs à l'examen histologique de la tumeur qu'on ne m'a pas encore communiqués, ce fait est instructif et d'une importance réelle, car il s'agit d'un exemple de paralysie cérébrale infantile, et les paralysies de cette catégorie ne sont pas fort communes dans le jeune âge, quoique Picot et d'Espine, dans la dernière édition de leur Manuel, puissent en citer douze cas que l'un deux a observés en dehors de l'hôpital, pendant une période de dix-huit mois. Il faut donc insister sur des observations semblables à celle-ci, et il est utile de saisir cette occasion de rappeler quels sont les principaux caractères des affections paralytiques qui surviennent chez les enfants sous la dépendance d'une cause cérébrale, quelles sont les lésions auxquelles elles se rattachent et les causes qui les produisent, et de signaler aussi par quels points ce nouveau cas, rapproché de ceux de la même catégorie qu'on a étudiés jusqu'à ce jour, mérite d'attirer l'attention du médecin.—(A suivre.)—*Abeille médicale.*

La pleurésie purulente et son traitement chez l'enfant.—M. le Dr BLACHEZ a consacré une étude à la pleurésie purulente chez les enfants et à son traitement. Il rappelle que, si cette modalité de la pleurésie est plus fréquente dans le jeune âge, c'est en partie parce que la scarlatine s'observe plus souvent alors et que souvent l'épanchement purulent de la plèvre vient compliquer la scarlatine.

La pleurésie est quelquefois purulente d'emblée dans les maladies infectieuses; lorsqu'elle paraît être devenue purulente consécutivement à une ponction, il ne faut pas croire que les choses se soient réellement passées ainsi, et que ce soit la ponction qui ait provoqué une transformation purulente. M. Dieulafoy a montré que tel épanchement qui a l'air nu semble purement séreux, est déjà histologiquement purulent et que les leucocytes n'ont qu'à se multiplier pour communiquer à l'épanchement un aspect franchement purulent lors des ponctions suivantes.

M. Blachez pense, lui aussi, que la ponction de la plèvre, si elle est pratiquée proprement, ne peut jamais rendre purulent un épanchement destiné à demeurer séreux. A ce propos il conseille de se servir toujours d'une aiguille ou d'un trocart neufs; car, malgré le soin qu'on a pu prendre de flamber les instruments ou de les laisser séjourner dans des solutions phéniquées, on n'est pas certain de les avoir stérilisés rigoureusement. Pour faire le flambage, il faut tremper l'aiguille ou le trocart dans l'alcool, puis allumer celui-ci; on est certain alors que la flamme aura léché toute la surface interne aussi bien que l'externe. Quant à l'action antiseptique absolue des solutions phéniquées, il n'y faut pas trop compter: il ressort d'expériences récemment faites par M. le Dr P. Redard, que même après un long séjour dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100, les canules des trocarts demeurent capables d'amener le développement des cultures de micro-organismes. Il faut l'emploi de solutions de sublimé à 1 p. 100. On pourrait obtenir

un état aseptique en plaçant les instruments pendant un certain temps dans un autoclave comme il s'en trouve dans les laboratoires de microbiologie, et comme M. Redard vient d'en faire construire d'applicables à la pratique en réduisant leurs dimensions et en les rendant plus portatifs. Mais, jusqu'à ce que de tels moyens soient à leur disposition, les praticiens agiront sagement en employant toujours une aiguille ou un trocart neufs pour pratiquer la thoracentèse.

Le diagnostic de la pleurésie purulente est, comme le dit M. Blachez, fort délicat à établir. En dehors du cas où un abcès sous-cutané s'est formé en coincidence avec des signes d'épanchement pleural, il ne faut pas compter sur des signes tels que l'état lisse de la peau, qui serait tendue et brillante du côté du malade. Cet aspect de la peau ne prouve que l'abondance de l'épanchement et non sa purulence, de même que la fluctuation des espaces intercostaux. Les vraisemblances les plus grandes en faveur de la présence du pus dans la plèvre se tirent des circonstances dans lesquelles s'est développée la pleurésie (maladies infectieuses et surtout scarlatine,) mais particulièrement de l'état général, de la fièvre avec cachexie croissante et de la diarrhée. Une pleurésie qui n'est pas entrée en résolution au bout de trois semaines chez un enfant a de grandes chances pour être purulente.

D'ailleurs une pleurésie purulente peut, chez les enfants, guérir spontanément.

La guérison sans ponction, par suite d'une sorte de cloisonnement de la plèvre et de la transformation granulo-graisseuse et d'une sorte d'émulsion de son contenu, qui se résorbe à la longue, est possible, mais à coup sûr exceptionnelle.

Ce qui est fréquent, au contraire, c'est la guérison après évacuation du pus, que celui-ci soit expulsé par fistule bronchique, ou cutanée intercostale ou même en des points éloignés tels que la fesse ou l'aîne.

En règle générale il ne faut pas compter sur ces modes de guérison spontanée, et faire la thoracentèse. Les faits de guérison définitive après une seule thoracentèse sont authentiques, M. Blachez en cite des cas.

Mais d'ordinaire l'épanchement se produit et rend à brève échéance une nouvelle ponction nécessaire; s'il se produit de plus en plus lentement et en quantité décroissante, on peut espérer obtenir la guérison par des ponctions répétées. M. Bouchut a cité un cas de guérison après 122 ponctions.

M. Blachez ne croit pas qu'on doive dépasser 5 à 6 ponctions. Alors il vaut mieux recourir à la thoracotomie. "En attendant trop longtemps, on risque, dit-il, d'amener une sorte de condensation du tissu pulmonaire sous des adhérences de plus en plus épaisses; une rétraction plus accentuée de la paroi thoracique avec les déviations vertébrales consécutives qui peuvent amener des déformations persistantes et que l'âge ne modifie plus."

Pour ce qui est du manuel opératoire, il est prudent de ne faire l'incision de l'espace intercostal qu'en se guidant sur le trocart conducteur qui aura servi à faire la ponction exploratrice, et les recommandations qu'ajoute M. Blachez méritent d'être suivies à la lettre.

"En résumé, bien que la pleurésie purulente, chez l'enfant, guérisse plus souvent que chez l'adulte par les ponctions simples suivies de lavage, il est indiqué de recourir à l'opération de l'empyème toutes les fois que l'amélioration n'a pas lieu franchement, après une série de

quatre à six ponctions. L'opération ne paraît pas particulièrement dangereuse et doit être suivie de lavages désinfectants. Nous préférons de beaucoup la solution de sublimé au 1/1000^e, ou une solution d'acide borique à 2/100^e. Dès que la fièvre est tombée on éloigne les lavages de plus en plus, de manière à les faire, s'il est possible, deux ou trois fois par semaine seulement. On se guidera d'ailleurs sur la fièvre et l'état général pour espacer les lavages. La plaie est recouverte avec plusieurs doubles de tarlatane phéniquée. Il faut avoir soin, à mesure que le foyer pleural se rétrécit, de diminuer la longueur des drains, qui peuvent gêner l'expansion pulmonaire et que l'on supprime dès que la respiration se rétablit et que le suintement purulent s'est presque tari.

« L'alimentation doit être aussi tonique que le permet l'état des fonctions digestives chez le malade. En se soumettant à ces diverses recommandations, on verra que la thoracotomie peut donner, dans la majorité des cas, d'excellents résultats chez les enfants.

« Un dernier mot. La thoracotomie est une opération douloureuse et qu'il convient cependant de faire avec lenteur. En égard à la gêne respiratoire, on a longtemps redouté l'administration du chloroforme. Nous l'avons cependant souvent administré sans inconvénient pour le malade. Il convient de ne l'employer qu'avec précaution, et de s'arrêter à une demi-somnolence. Il est sans aucun inconvénient de pratiquer en même temps l'anesthésie locale à l'aide d'un jet d'éther dirigé sur le champ de l'incision. Cette pratique nous a toujours donné de bons résultats. Elle facilite beaucoup la manœuvre, et permet d'opérer avec la lenteur nécessaire.—*Concours médical.*

Diarrhée des enfants de six semaines à trois ans.—Voici le traitement préconisé par le docteur R. BLACHE :

Quelle que soit la nature de la diarrhée, son origine, son intensité et même l'époque reculée de son début, voici un traitement qui m'a constamment réussi en le modifiant suivant les cas :

1^o Diminution de la nourriture; lavements appropriés suivant les besoins, et cataplasme sur le ventre en permanence.

2^o Faire prendre chaque matin, pendant trois, quatre ou cinq jours de suite, une *petite* cuillerée à café du mélange suivant :

Huile de ricin	10 gr.
Sirop de gomme.....	10 —
Eau de fleurs d'oranger.....	4 —

Avoir soin d'agiter le flacon au moment de donner le médicament. Il est évident que la dose moyenne du mélange purgatif est une cuillerée à café; il faut, suivant qu'on a affaire à un enfant de six semaines ou à un enfant de deux ans, proportionner la dose. Si nous cherchons à préciser plus exactement la dose comme huile de ricin, nous dirons qu'un gramme suffit avant six mois et deux grammes jus-qu'à deux ans.—*Revue médicale de Toulouse.*

La varicelle et son diagnostic.—Le docteur H. ASHBY donne dans les *Archives of Pediatrics* les principaux points qui différencient la varicelle de la varioloïde :

Varicelle.

Incubation.—13 à 16 jours.

Fièvre prémonitoire.—Quelques heures.

Symptômes prémonitoires.— Le plus souvent aucun.

Rash.—Taches rouges, devenant vésiculeuses en quelques heures et séchant en trois ou quatre jours; croûtes. Envahissant le corps en quatre ou cinq jours et se montrant successivement sur la tête, le corps, les membres, la face et les muqueuses. Le plus souvent les vésicules sont uniloculaires.

Température.—Intermittente.

Varioloïde.

12 jours.

2 à 3 jours.

Douleurs de reins, de tête, vomissements, délire, assoupissement, convulsions et fièvre.

Rouge, papules, apparaissant d'abord sur la face et la poitrine: durant de 24 à 48 heures sur le corps et les membres; les papules deviennent vésiculeuses au bout de deux ou trois jours; les pustules sèchent fréquemment au huitième jour de la maladie.

Ascension subite; le maximum est atteint quand l'éruption est complètement sortie, puis chute rapide. Fièvre secondaire légère.

Des différents produits blanchâtres qu'on peut rencontrer sur la gorge des enfants, par J. SIMON.—Il y a :

1^o Les produits diphthériques, c'est-à-dire des fausses membranes déprimant la muqueuse, sortie 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.

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

3^o 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).

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

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

6^o Le muguet confluent ou l'angine diphtéroïde 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, et 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.—*Gaz. des hôpitaux.*

DERMATOLOGIE.

Étiologie et traitement du pityriasis du cuir chevelu.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital St. Louis.

Étiologie. A coup sûr nous sommes encore bien peu avancés sur cette question, mais nous en savons néanmoins assez pour affirmer qu'il y a là beaucoup moins de causes locales que de causes de terrain. On a dit que les pellicules, pour employer une expression vulgaire, étaient dues, soit à une irritation du cuir chevelu par des cosmétiques ou des lotions stimulantes, soit à l'abus du peigne, ou bien encore à l'usage qu'ont certaines personnes de porter les cheveux trop longs. Eh bien, quelle est, au juste, la valeur de ces causes auxquelles j'ajouterai les excès de table et les bains de mer ? Je crois, qu'à elles seules, elles ne peuvent pas déterminer l'apparition de la maladie. Il y a donc autre chose ; quoi ? Des causes de terrain, des causes qui tiennent à l'individu lui-même. Ce qui le démontre, c'est, en premier lieu, que le pityriasis du cuir chevelu n'apparaît qu'à un certain âge, de 15 à 30 ans, et c'est, en deuxième lieu, qu'il s'attaque surtout aux sujets délicats. Enfin, il y a une certaine catégorie d'individus, à savoir les goutteux, les arthritiques et les eczémateux, qui sont aussi plus spécialement atteints. Voilà bien quelques données étiologiques, mais est-ce là tout ? Non certes, et nous devons reconnaître qu'il y a beaucoup de sujets affectés de pityriasis qui ne sont ni lymphatiques, ni goutteux. Nous nous bornons alors à dire qu'ils sont sous la dépendance d'une idiosyncrasie spéciale.

Traitement.—C'est là le chapitre le plus encombré et le plus difficile. Et de fait, la thérapeutique surabonde en recettes toutes plus infaillibles les unes que les autres d'après leurs auteurs. Tout le monde s'en est mêlé : les pharmaciens, les parfumeurs et les coiffeurs. Cependant, laissant de côté toutes les pommades qui ne font de merveilles qu'à la quatrième page des journaux, voyons ce dont nous disposons. Ces remèdes peuvent se ranger en deux ordres : sources hygiéniques et sources médicamenteuses. Que faut-il faire dans le premier cas ? D'abord, proscrire toutes les causes d'irritation du cuir chevelu telles que les brosses dures, le peigne fin et surtout, comme l'a dit Bazin, le peignage prolongé, sorte d'épluchage de la tête ; et ensuite prescrire le mode de coiffure qui irrite le moins le cuir chevelu et qui, en outre, vous permettra d'appliquer le plus facilement les pommades. Pour arriver à un pareil résultat, aux hommes et aux fillettes, vous conseillerez de porter les cheveux courts et au besoin ras. Mais, chose plus grave, en présence d'une jeune fille ou d'une jeune femme, allez-vous prescrire la même chose ? Non : d'abord, de par l'expérience, ce serait un sacrifice inutile ; ensuite, ce serait un sacrifice trop considérable. Contentez vous donc seulement de dire que vous aurez beaucoup de peine à obtenir une guérison.

Maintenant, au point de vue médicamenteux, avons-nous un remède quelconque ? Non, car tout ce que nous possédons, c'est un certain nombre de remèdes qui s'adressent à la cause dont les pellicules résultent. Aux lymphatiques, par exemple, vous donnerez des préparations ferrugineuses, et aux goutteux, des alcalins. Sous l'influence d'un

pareil traitement, avez-vous grand espoir de modifier le pityriasis? Non. Il faut donc autre chose. Quoi? Un traitement topique. De par l'expérience, rien ne vaut des onctions grasses, le soir, sur le cuir chevelu et des lotions, le lendemain matin, au même endroit.

Maintenant, parmi la quantité innombrable de remèdes existants, quel est celui qu'il faut de préférence employer? S'il s'agit d'un cas léger, vous pouvez vous borner à des onctions d'huile d'amandes douces que vous parfumerez au gré des malades; mais s'il s'agit d'un pityriasis moyen ou intense, je vous conseille d'avoir recours à la pommade au turbith (vaseline, 30 gr.; turbith, 1 gr.), ou mieux à la pommade soufrée (moelle de bœuf, 60 gr.; huile d'amandes douces, 20 gr.). Quant aux lotions, les meilleures sont celles à l'eau savonneuse, ou à l'eau alcaline (eau de son, 500 gr.; glycérine, 40 gr.; carbonate de soude, 2 gr.), ou bien encore avec une solution de bois de Panama. Il va sans dire que ces onctions et ces lotions seront répétées d'abord tous les jours, et puis, à mesure que la maladie décroîtra, tous les deux jours, tous les trois jours, une seule fois par semaine... Est-ce tout? Non; nous avons encore à noter les trois choses suivantes: le bonnet de caoutchouc, les bains sulfureux, surtout quand vous avez affaire à des sujets lymphatiques, et enfin les bains de vapeur très préconisés autrefois par Ricord qui avait remarqué que les Orientaux sont très peu sujets aux pellicules. Enfin, dernier point, n'oubliez pas l'emploi des eaux minérales dont je vous ai montré l'importance dans la leçon précédente.

Cela dit, un mot de critique. Sommes-nous assurés de guérir l'alopecie, conséquence habituelle du pityriasis? Non, d'abord il est des cas très nombreux où le traitement arrive en retard, puis il en est d'autres où la longueur du traitement dépasse les limites de la patience humaine, et enfin il en est qui sont au dessus de toutes ressources: ce sont ceux où le pityriasis est héréditaire. Cependant, en dehors de ces cas graves, nous devons reconnaître que nous sommes maîtres de la situation: d'abord, nous parvenons à enlever le côté sale de l'affection; en deuxième lieu, nous pouvons éteindre la disposition pityriasiatique; enfin, si nous ne pouvons pas guérir, il est en notre pouvoir de retarder l'alopecie. Voilà tout ce que nous pouvons faire; mais, encore une fois, nous ne le pouvons qu'assisté par une patience robuste des malades, car il faut que le traitement soit prolongé pendant des années.—Praticien

Usage de l'acide phénique dans les affections de la peau.—

L'usage de l'acide phénique dans les affections cutanées présente un inconvénient considérable; l'acide phénique est irritant et, en applications topiques, il peut provoquer une éruption eczémateuse. On comprend donc que, jusqu'à l'heure actuelle, les médecins un peu défiant se l'aient guère employé. Mais M. HALLOPEAU vient d'affirmer tout récemment, à la Société de thérapeutique, que si on a soin d'incorporer l'acide phénique à un corps gras, on atténue, on supprime presque cette action irritante. La remarque suivante prouve bien que M. Hallopeau est dans le vrai: tous les auteurs qui se sont bien trouvés de l'usage de l'acide phénique dans les affections cutanées ont recommandé des formules où cette substance était combinée à des corps gras. M. Hallopeau ayant montré que l'emploi de l'acide phénique peut être sans inconvénient, on peut prévoir que les médecins n'hésiteront pas

à en faire usage et il nous a paru utile de préciser ici ses indications.

Si on rassemble ce qui a été écrit à ce sujet, on s'assure rapidement que l'acide phénique a été employé pour répondre à trois indications principales: 1^o pour calmer le prurit; 2^o pour détruire des parasites; 3^o pour modifier profondément des surfaces malades.

L'acide phénique paraît avoir une réelle efficacité pour calmer le prurit; pour remplir cette indication on doit l'employer au deux centième (1 p. 200). C'est à ce titre que Lang le prescrit incorporé à l'huile d'olive et Besnier au glycérolé d'amidon.

L'acide phénique a été employé avec succès comme parasiticide: on prescrira une solution à 1 p 100 dans l'huile d'olive ou dans le glycérolé d'amidon, contre la pédiculose de la tête, du corps, ou contre la pityriase pubienne. L'huile phéniquée au centième a été employée par Frissard contre la gale; d'après cet auteur, deux frictions complètes suffiraient pour amener la guérison de l'affection acarienne.

L'acide phénique a été préconisé comme modificateur puissant dans le psoriasis, l'eczéma, la pelade. Suivant l'intensité d'action que l'on recherche on variera le titre et l'excipient de la préparation. Contre le psoriasis, Favola prescrit la pommade suivante:

Acide phénique	10 à 20 grammes
Axonge.....	30 —

Contre l'eczéma du cuir chevelu, Planellas ordonne des lotions matin et soir avec:

Eau de Cologne.....	120 grammes
Glycérine	50 —
Acide phénique crist.....	4 —
Borate de soude.....	4 —

Enfin contre la pelade, M. Mathieu (du Val-de-Grâce) emploie une solution alcoolique forte d'acide phénique, dans le but de produire l'irritation que M. E. Vidal provoque avec le vésicatoire liquide. Ici l'effet cherché étant une irritation vive, il est inutile d'incorporer l'acide phénique à un corps gras, et on emploiera la formule suivante:

Alcool.....	} à 10 grammes
Acide phénique.....	

On badigeonne la plaque de pelade avec cette solution et on voit survenir une rubéfaction qui va souvent jusqu'à la vésication. Quand les effets de l'irritation ont disparu, on renouvelle le badigeonnage. Cette médication de la pelade présente ceci de particulier qu'elle peut satisfaire à la fois les partisans de la théorie parasitaire et les partisans de la théorie nerveuse.—*Scalpel.*

BACTERIOLOGIE.

Plomaines et leucomaines.—Dans une très intéressante et très importante communication à l'Académie de Médecine de Paris, en janvier dernier, M. le Prof. Armand GAUTIER a présenté les conclusions suivantes qui ont servi de base à une discussion très animée entre les savants académiciens, discussion qui dure encore.—A. *Plomâmes.*—Il se produit toujours, au cours de la putréfaction des animaux morts, un grand nombre de substances alcaloïdiques vénéneuses, aux dépens

des matières albuminoïdes. Ces alcaloïdes sont ou bien exempts d'oxygène et volatiles ou bien oxygénés. M. Gautier en a donné la première analyse et montré que les plus importants par leur masse et leur constance appartiennent aux séries pyridiques et hydroxy-pyridiques.

On n'est pas encore fixé sur la valeur des alcaloïdes à plusieurs atomes d'azote. On ne connaît pas davantage celles des alcaloïdes oxygénés, excepté la névrine et la muscarine.

Depuis longtemps, M. Gautier a dit que les alcaloïdes de la putréfaction varient suivant la nature du terrain où on les cultive. MM. Brouardel et Boutmy ont pensé qu'ils varient aussi avec l'époque depuis laquelle a commencé la fermentation bactérienne, M. Gautier a observé, en outre, que, quelle que soit la nature du terrain (chairs de mammifères, poissons, mollusques, etc.), les composés hydroxy-pyridiques et spécialement l'hydrocollidine se retrouvent d'une manière constante et paraissent être les produits alcalins des bactéries qui ont le plus de vitalité et étouffent toutes les autres.

B. *Leucomaines*. Généralisant ses recherches, M. Gautier a annoncé en 1881 qu'il apparaissait, d'une façon constante, dans les excréments fournies par les animaux vivants et en santé, des corps de la nature des ptomaines. Il a montré que les alcaloïdes de l'urine de Liebricht et de Pouchet devaient être rangés à côté des alcaloïdes de la putréfaction alors connus; il a signalé des alcaloïdes semblables dans la salive et les venins et leur a donné le nom de leucomaines pour les distinguer des alcaloïdes cadavériques.

M. Gautier a indiqué, dans un mémoire publié en 1881, l'importance que lui paraissent avoir ces leucomaines au point de vue de la genèse des maladies, alors que leur élimination par les reins, la peau ou la muqueuse intestinale devient insuffisante.

Dans le but de confirmer ces constatations préliminaires, il a repris l'étude du suc musculaire des grands animaux, et il en a retiré cinq alcaloïdes nouveaux parfaitement définis et cristallisés, doués d'une action plus ou moins puissante sur les centres nerveux, produisant la somnolence, la fatigue et quelques-uns les vomissements et la purgation, à la façon des alcaloïdes des venins, mais moins actifs que les alcaloïdes cadavériques. Il a montré que ces bases prennent naissance durant la vie, au même titre que l'acide carbonique et l'urée.

Il lui reste à dire maintenant par quel mécanisme se produisent ces alcaloïdes, qu'ils soient engendrés par la putréfaction, physiologiques ou pathologiques; quelle est la conséquence de leur formation incessante dans l'économie; ce qu'ils deviennent et comment nous pouvons échapper à leurs effets.

Grâce à la respiration et à la circulation du sang, l'oxygène semble pénétrer partout dans l'organisme animal; il ne s'ensuit cependant pas que la vie animale, c'est-à-dire les phénomènes successifs d'assimilation et de désassimilation des tissus soit essentiellement aérobie.

Les transformations des tissus animaux supérieurs sont au contraire anaérobies dans une notable proportion. Le premier, M. Gautier a donné la démonstration expérimentale de cette proposition.

Il a montré par l'analyse que les quatre cinquièmes environ de nos combustions internes sont de véritables fermentations aérobies, comparables à l'oxydation de l'alcool sous l'influence du *mycoderma vini* ou *aceti*, et qu'un cinquième de ces combustions désassimilatrices se pro-

duit aux dépens des tissus eux-mêmes sans nul recours à l'oxygène étranger. en un mot, que cette partie des tissus vit à la façon des ferments anaérobies ou putrides.

Si donc la vie intime de cette partie des cellules animales groupées en tissus et vivant sans oxygène emprunté à l'air, est semblable, par la façon dont elle assimile et désassimile la matière organique, à la vie des ferments bactériens, nous devons dans nos produits d'excrétion, observer ces substances même qu'on retrouve dans les fermentations anaérobies des albuminoïdes, c'est-à-dire dans les fermentations putrides. Nous retrouvons, en effet, dans nos excréments normales, et presque exclusivement, l'ensemble des produits de la putréfaction proprement dite, savoir : l'acide carbonique et l'ammoniaque en partie libre, en partie à l'état de sels; le phénol, l'indol, le scatol de nos excréments et de nos urines; les acides acétique, butyrique et les autres acides gras supérieurs; les acides lactique, succinique, phényl acétique et phényl propionique de nos muscles, de nos glandes, de nos urines; la xanthine et la sarcine des muscles et des urines signalées aussi dans les putréfactions; l'azote, les gaz phosphorés et sulfurés, l'hydrogène du tube digestif; l'identité est presque complète, et comment, dès lors, ne pas s'attendre à trouver dans les urines, dans les sécrétions de nos glandes, dans les sucs musculaires, le sang, etc., ces alcaloïdes toxiques dont l'histoire fait le sujet de ce mémoire?

M. Gautier les a caractérisés, en effet, d'abord dans les urines, la salive, les venins, diverses sécrétions glandulaires; il les a particulièrement étudiés dans le muscle. Ils existent dans le sang où ils paraissent s'accumuler dès que, pour des raisons diverses, la peau, les reins, le tube digestif ne les éliminent plus. C'est alors qu'agissant sur les centres nerveux, ils donnent lieu à une série de phénomènes d'ordre pathologique qui se déroulent, se succèdent nécessairement et dont l'ensemble contribue à former le tableau de chaque maladie.

Nous ré-istons à cette incessante auto-infection par deux mécanismes distincts: l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène. L'élimination par les reins est évidente. M. Gautier a toujours retrouvé dans les urines normales une petite proportion de ptomaines, quantité très faible, mais qui augmente et devient considérable dans quelques cas pathologiques, ainsi que l'a montré M. Bouchard pour les maladies infectieuses, en particulier pour la fièvre typhoïde, et, comme vient aussi de l'observer M. Pouchet pour quelques maladies cérébrales sans fièvre; on avait observé déjà l'augmentation notable de la créatinine au cours de l'urémie.

L'élimination par le tube digestif semble à M. Gautier tout aussi certaine, quoiqu'ici le problème soit plus complexe, qu'une partie des alcaloïdes de l'intestin soit certainement due à la fermentation bactérienne des aliments ingérés, et qu'ils puissent, dans quelques cas, passer inversement dans le sang ainsi que le pense M. Bouchard.

Mais un moyen plus puissant peut-être que l'élimination de ces bases fait résister l'économie à l'auto-infection. C'est leur combustion incessante par l'oxygène du sang. La plupart de ces poisons, en effet, sont fort oxydables, et c'est par l'influence vivifiante et sans cesse renouvelée de l'oxygène qu'ils se brûlent et disparaissent, du moins en grande partie. Aussi, à l'état normal, ne retrouvons-nous qu'une minime proportion des leucomaines musculaires dans les urines. Elles

ont été brûlées dans le torrent circulatoire et déjà peut-être dans les tissus.

Mais, qu'une cause quelconque diminue l'accès de l'air jusqu'au sang, que la quantité d'hémoglobine décroisse, comme dans la chlorose ou l'anémie, ou que l'on introduise dans le sang des substances entravant l'hématose, et l'on verra aussitôt s'accumuler des substances azotées de la nature des ptomaines ou des leucomaines.

Sur ce point, peu de recherches ont été faites à cette heure, mais cette théorie n'explique-t-elle pas déjà les troubles nerveux de la chlorose, de l'anémie, de la grossesse, et cette bienfaisante influence des respirations d'oxygène, le seul moyen jusqu'ici connu de combattre efficacement ces vomissements incoercibles que provoque sans doute la rétention dans le sang d'un poison mal éliminé ou incomplètement brûlé? N'est-il pas permis de se demander encore si la fièvre elle-même, qui coïncide avec une consommation minimum d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle dans l'acide carbonique éliminé et l'oxygène consommé, enfin avec une circulation plus rapide, n'aurait pas pour conséquence la destruction du poison qui s'est formé ou se forme surabondamment dans l'économie?

Quoi qu'il en soit, qu'il nous suffise ici d'avoir indiqué, sans en déduire toutes les conséquences physiologiques et thérapeutiques, l'action bienfaisante des agents qui excitent les fonctions des reins, de la peau et des muqueuses intestinales, et plus encore peut-être la puissante désinfection de l'économie par tout ce qui active la respiration et l'hématose.

Quelle que soient ces poisons, il existe à côté d'eux des substances azotées non alcaloïdiques qui les accompagnent et sont douées d'une activité bien autrement grande. Le poison septique de Panum ne contient pas ou fort peu d'alcaloïdes; les matières azotées extractives et incristallisables des urines sont extrêmement toxiques; enfin, M. Gautier s'est assuré que la partie essentielle du venin des ophiidiens était azotée, mais non alcaloïdique. Ces substances, bien autrement importantes en quantité que les ptomaines et les leucomaines, oxydables et azotées comme elles, méritent qu'on les étudie de près. Leur jour viendra, et M. Gautier a la ferme conviction que leur étude sera l'une des plus fécondes qui soit réservée à la médecine de l'avenir.—*Union médicale.*

Note complémentaire sur les résultats de l'application de la méthode de prophylaxie de la rage après morsure. par L. PASTEUR.
—*Académie des Sciences*, séance du 12 avril 1886.—“ Le 1er mars dernier, j'ai fait connaître à l'Académie les résultats de la méthode de prophylaxie de la rage portant sur 350 personnes de tout âge, après morsure par chiens enragés. Aujourd'hui (12 avril) le nombre total des personnes traitées ou en traitement est de 726, qui se décomposent comme suit par nationalités :

“ France, 505; Algérie, 40; Russie, 75; Angleterre, 25; Italie, 24; Autriche-Hongrie, 13; Belgique, 10; Amérique, 4; Grèce, 3; Suisse, 1; Brésil, 1.—Total, 726.

“ Ce tableau comprend lui-même deux listes qu'il est essentiel d'envisager séparément :

“ Une première liste contient le nombre des personnes mordues par chiens, la seconde s'applique aux morsures par loups enragés.

“ Le nombre de personnes traitées, après morsures de chiens enragés, s'élève à 688.

“ Le nombre de personnes traitées, après morsure de loups enragés, s'élève à 38.

“ Si cette distinction n'était pas faite, on s'exposerait à porter sur la méthode de prophylaxie de la rage un jugement erroné.

“ Des 688 personnes traitées après morsures de chiens, toutes se portent bien (exception toujours faite du cas de la petite Pelletier). Cependant, plus de la moitié a déjà dépassé la période dangereuse.

“ Des 38 Russes traités ou en traitement après morsures de loups enragés, 3 sont morts rabiques; les autres vont bien, quant à présent; mais il est impossible de prévoir ce qui arrivera ultérieurement. Il existe, en effet, de profondes différences entre les suites des morsures par les chiens ou par les loups.

“ Plusieurs personnes ont eu l'obligeance de me faire connaître des récits très authentiques de l'effet des morsures de loups enragés, et je crois utile de publier ici les conclusions de leurs rapports :

Premier document. — Le 27 février 1706, huit habitants de la commune de Saint-Julien-de Civry (Bourgogne) furent mordus par un loup enragé.

“ Un succomba le même jour à ses blessures; les sept autres moururent tous de la rage, après une incubation qui varia de 17 à 68 jours (17, 26, 28, 42, 44, 60, 68.) (Extrait des registres mortuaires de la commune, par M. Sandre, instituteur, extrait certifié par le maire de la commune.)

“ *Deuxième document.* — Le 26 décembre 1805, neuf personnes furent mordus aux environs de Bourg par un loup enragé; huit sont mortes de la rage. (La *Revue scientifique* qui rapporte ce fait, emprunté à une communication du Dr Trimécourt, de la Société de Médecine de Lyon, ne dit rien des dates d'incubation.)

“ *Troisième document.* — Le 16 octobre 1812, dix-neuf personnes ont été mordues dans la ville de Bar-sur-Ornain par un loup enragé. Toutes furent soignées par les docteurs Champion et Moreau, qui lavèrent leurs plaies et les cautérisèrent avec du muriate d'antimoine liquide.

“ Onze sont mortes de la rage après une incubation qui a varié de 7, 13, 15 jours à 60, 69 et 70 jours. (Communiqué à l'Institut de France, le 6 septembre 1813, par le Dr Champion.)

“ *Quatrième document.* — Le 23 février 1849, un berger de Darbois, le sieur Dumont, âgé de 14 ans, a été mordu par un loup enragé. Il est mort rabique après une incubation de 32 jours. (Communication de MM. Cailletet et Mariotti.)

“ *Cinquième document.* — Le 7 janvier 1866, trois personnes habitant trois communes voisines, Nant, Alques et Saint-Jean-du-Bruel, dans l'Aveyron, furent mordues par une louve enragée.

“ Les trois ont pris la rage après 22, 23 et 38 jours d'incubation et sont mortes. (Communication du Dr Bompaire, à Millau, Aveyron.)

“ *Sixième document.* — Le 5 octobre 1874, dans la commune de Rochette, Canton de la Rochefoucauld (Charente) deux hommes furent mordus par un loup enragé qui venait de terrasser et de déchirer une petite fille.

“ Après 25 et 30 jours d'incubation, ces hommes ont pris la rage et ont succombé. L'enfant est morte le jour même où elle a été assaillie. (Extrait du journal le *Charentais*, octobre et novembre 1874.)

“ *Septième document.* — Par lettre en date du 26 mars dernier, M. le

Dr Niepce, médecin des Eaux d'Allevard, signale à M. Vulpian quatre cas de morsures par loup enragé, en 1822. Les quatre personnes moururent de la rage après des durées d'incubation de 9, de 13, de 15 et de 19 jours.

" *Huitième document.*—Les 11 et 12 mai 1811, un loup enragé mordit, dans les environs d'Avallon, diverses personnes et beaucoup de bestiaux.

" Toutes les personnes mordues succombèrent à la rage.

" Les dates des divers décès, relevées sur les registres de l'hospice, sont les suivantes :

" 24, 27, 28, 30 (deux morts) et 31 mai 1811, par conséquent 13, 16, 17, 19 et 20 jours après les morsures. (Extrait des registres de l'hospice de la ville d'Avallon (Yonne.)

En réunissant les huit documents qui précèdent, on arrive à la proportion de 82 pour 100 mordus par loups enragés, et dans 6 des cas sur 8, il y a eu autant de morts que de mordus. Si l'on appliquait cette proportion, dans la mortalité, aux dix-neuf russes de Smolensk dont le traitement est terminé et dont 16 reprennent aujourd'hui le chemin de la Russie, ce n'est pas trois morts par rage dont on aurait à déplorer la perte, mais 15 ou 16. On ne saurait douter que le traitement a dû être efficace pour la plupart d'entre eux.

" Il y a plus. en Russie on s'accorde généralement à dire que toute personne mordue par un loup enragé est vouée à la mort par rage.

Les faits précédents nous démontrent :

1^o Que la durée d'incubation de la rage humaine par morsure de loups enragés est souvent très courte, beaucoup plus courte que par morsures de chiens;

" 2^o Que la mortalité à la suite des morsures par loup enragé est considérable si on la compare aux effets des morsures du chien.

" Ces deux propositions trouvent une explication suffisante dans le nombre, la profondeur et le siège des morsures faites par le loup qui s'acharne sur sa victime, l'attaque souvent à la tête et au visage. Les autopsies des trois Russes qui ont succombé à l'Hôtel-Dieu, et l'inoculation de la moelle allongée du premier de ces Russes à des chiens, des lapins et des cobayes, prouvent que le virus du loup et celui du chien ont sensiblement la même violence, et que la différence entre la rage du loup et la rage du chien tient surtout au nombre et à la nature des morsures.

" Ces faits m'ont conduit à chercher si, dans le cas de morsures par loups enragés, la méthode ne pourrait pas être utilement modifiée par des inoculations en plus grande quantité et dans un temps plus court. Je ferai part ultérieurement des résultats à l'Académie.

" Dans tous les cas, pour le loup en particulier, il est bon de se soumettre le plus tôt possible au traitement préventif. Les Russes de Smolensk ont employé six jours pour le voyage et ne sont arrivés au laboratoire que quatorze et quinze jours après les accidents. On aurait donc pu, à la rigueur, commencer leur traitement huit jours plus tôt, et l'on ne saurait dire quelle aurait été l'influence de cette modification pour les trois qui ont succombé."

M. Cosson, à l'occasion de l'importante communication de M. Pasteur, rappelle que, il y a plus de quarante ans, aux environs de Paucourt, dans la forêt de Montargis, où à cette époque les loups étaient très communs, deux enfants et dix-sept vaches ont succombé par suite des morsures d'un loup enragé. Ce fait, légendaire à Paucourt, a été maintes fois cité à M. Cosson.

FORMULAIRE.

Mélancolie.—*Dr Defoe.*

P.—Valérianate de zinc	20 grains
Valérianate de quinine.....	20 “
Valérianate de fer.....	20 “

M.—Faites 20 pilules.

Dose : Une pilule trois fois par jour.

Bronchite chronique.—*Dr C. W. Suckling.*

P.—Carbonate d'ammoniaque.....	$\frac{1}{2}$ once
Teinture de scille.....	2 $\frac{1}{2}$ drachmes
Teinture de camphre composée.....	2 $\frac{1}{2}$ “
Infusion de sénéga.....	5 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, toutes les quatre heures.—*British Medical Journal.*

Toux nerveuse.—*Graeffe.*

P.—Muriate de cocaïne.....	1 grain
Chlorate de potasse.....	10 grains
Eau de laurier-cerise.....	10 gouttes
Eau distillée.....	1 $\frac{1}{2}$ once

En inhalations, au moyen d'un vaporisateur.—*Nouveaux remèdes.*

Asthme.

P.—Teinture de lobélie.....	$\frac{1}{2}$ once
Teinture de stramonium.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Teinture de jusquiame.....	2 “
Esprit de chloroforme.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau.....	8 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures, jusqu'à soulagement.—*Medical Bulletin.*

Amygdalite aiguë.—*Dr J. Brown.*

P.—Salicylate de soude.....	1 $\frac{1}{2}$ drachme
Bicarbonate de potasse.....	1 $\frac{1}{2}$ once
Teinture d'aconit.....	40 minimes
Solution de Batley.....	30 “
Esprit de chloroforme.....	2 drachmes
Eau.....	8 onces

M.—*Dose* : Une once, toutes les 2 ou 3 heures, durant les 36 premières heures.—*British Medical Journal.*

Colique.

P.—Huile essentielle de menthe.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Sulfate de morphine.....	1 grain
Teinture de belladone.....	24 minimes
Esprit de chloroforme.....	1 drachme
Alcool.....	10 drachmes

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les demi-heures jusqu'à soulagement.—*Medical Bulletin.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, SEPTEMBRE 1886.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montreal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **83.00 par année**, 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, ont 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.

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.

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

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

L'Association médicale du Canada.

L'Association médicale du Canada s'est réunie à Québec, les 18 et 19 août dernier, sous la présidence du Dr Holmes, de Chatam. Les travaux présentés dans les diverses sections ont été assez nombreux, et fort intéressants. Nous en avons donné une première liste dans notre livraison d'août dernier. Nous citerons encore les suivants: Des progrès les plus récents dans la physiologie du cœur, par le Dr T. W. MILLS, de Montréal; valeur des statistiques vitales et sanitaires, par le Dr J. PLAYTER, d'Ottawa; de l'alimentation dans les maladies, par le Dr J. E. JENNER, de Pictou; de la kératoscopie comme moyen de diagnostic dans l'astigmatisme, par le Dr E. DESJARDINS, de Montréal; des complications cardiaques du rhumatisme chez les enfants, par le Dr R. W. Bruce SMITH, de Seaforth; remarques sur quelques détails des opérations faites sur l'utérus et l'ovaire, par le Dr TRENHOLME, de Montréal; excision du tarse, par le Dr J. SHEPHERD, de Montréal; abcès du cerveau consécutif à un polype de l'oreille, par le Dr PROUDFOOT, de Montréal; ponction d'un kyste hydatique à travers la paroi abdominale, par le Dr J. KERR, de Winnipeg; du traitement de la coqueluche par le sulfate de quinine, par le Dr F. W. CAMPBELL, de Montréal; du glaucome, par le Dr REEVE, de Toronto; traitement de la diphthérie, par le Dr McCORMICK, de Richmond; de l'ainhum, par le Dr SHEPHERD, de Montréal; blessure, par arme à feu, de l'articulation coxo-fémorale, par le Dr J. KERR, de Winnipeg.

Tous les médecins de la Puissance étaient conviés à cette réunion, néanmoins, un petit nombre seulement ont répondu à l'appel. La chose est d'autant plus regrettable pour nous, médecins canadiens-français, que nous y étions en très faible minorité. Il aurait pourtant été convenable (et c'est le moins que nous puissions dire) que notre nationalité fut bien représentée à une assemblée qui se tenait au cœur même de notre province de Québec. On conçoit que, pour un bon nombre, il ait été tout à fait impossible de se rendre à Québec pour l'occasion, mais tous ne peuvent avoir été dans le cas d'une impossibilité absolue et l'apathie doit expliquer une partie de cette abstention. Quant aux travaux présentés, un seul l'a été par un médecin canadien-français.

On a allégué, comme explication de cette attitude passive prise par la section canadienne-française, le fait que nos confrères d'origine anglaise se soucient fort peu de nous et ne s'inquiètent guère de nous être agréables, puisque parmi les officiers de l'association, il n'y avait pas, cette année, un seul médecin canadien-français. Il n'est pas difficile de comprendre pourquoi l'on a semblé nous bannir de la sorte. Depuis la fondation de l'*Association médicale du Canada*, nous avons pris une très faible part aux délibérations, assemblées, discussions, etc., et un jour est arrivé où nous ne nous en sommes plus occupés du tout. Il devenait dès lors assez difficile de nous confier quelque charge ou position.

Mais notre abstention tient à une raison plus évidente que celle-là, et dont nous engageons les officiers-directeurs de l'*Association* à bien apprécier la valeur. Telle qu'elle est, l'*Association médicale du Canada* est essentiellement anglaise, attendu que l'élément anglais y prédomine absolument. Les procédés s'y font en langue anglaise; les rapports de comités, communications, discussions, etc., tout s'y fait en anglais, ce qui n'est pas du tout à l'avantage de ceux dont le français est la langue maternelle. Qu'un médecin canadien français présente un travail à l'*Association*, ou il le lira tel que composé, en langue française, ou bien en donnera une traduction anglaise. Dans le premier cas, la moitié de ses auditeurs (anglais-) ne le comprendront pas du tout, et l'autre moitié ne le comprendront qu'imparfaitement. Dans le second cas, l'auteur se place dans une position des plus embarrassantes, ayant à parler une langue qui n'est pas la sienne, qu'il ne possède peut-être pas suffisamment pour soutenir une discussion nécessaire et dont, presque à coup sûr, la prononciation amènera plus d'un sourire aux lèvres de ses auditeurs. Nos confrères d'origine anglaise n'ont qu'à se mettre un peu à notre place pour comprendre tout ce que notre position aurait de faux et de ridicule. Qu'ils se supposent un instant obligés de prendre part à une assemblée composée exclusivement de canadiens-français. Nous attendons leur réponse.

Un moyen bien simple aplanirait pourtant cette difficulté. Nous suggérons que les auteurs des travaux lus à l'*Association* fissent préalablement distribuer aux membres présents le sommaire de leur œuvre ou encore les conclusions auxquelles se résument leurs communications. Sachant ainsi les auditeurs au fait des idées qu'il va soutenir, l'auteur n'aurait qu'à argumenter, à développer pour ainsi dire, le thème proposé, ce qui rendrait la tâche plus facile en même temps que cela mettrait tout les auditeurs à même, non-seulement de comprendre ce qui est dit, mais encore de suivre les détails d'une discussion ultérieure.

Enfin nous avons été à la fois surpris et peinés de l'attitude prise à cette occasion par la profession médicale de Québec. Il n'y a eu aucune espèce de réception, et nos confrères québécois n'ont brillé que par leur absence dans les diverses séances des sections. La Faculté de médecine de l'Université Laval à Québec, à qui incombaient le droit et le devoir de recevoir officiellement—dans les propres salles de l'Université—l'Association médicale du Canada, n'était représentée aux réunions que par deux de ses membres, alors que l'on s'attendait à voir tous les professeurs venir faire les honneurs de leur institution aux visiteurs qui leur arrivaient, non sans s'être fait annoncer à l'avance. Nous attendions mieux que cela de la légendaire hospitalité québécoise, et si nous le disons si hautement aujourd'hui, c'est que nous espérons bien ne plus voir semblable disgrâce se renouveler à l'avenir.

Réformes demandées.

L'on nous a demandé plus d'une fois pourquoi la position d'assistant-régistrateur du Collège des Médecins et Chirurgiens n'est pas occupée par un médecin, au lieu de l'être par un simple agent-collecteur? De plus, pourquoi l'on ne confie pas à un médecin la place d'inspecteur d'anatomie.

Pour notre part, nous ne voyons pas d'objection à ce que les deux positions susdites soient données à des médecins. Il est certain que la collection des contributions annuelles peut très bien se faire par un des membres de la profession. C'est ainsi qu'elle se fait à Québec et personne ne songe à s'en plaindre. Il y aurait en outre un avantage réel au changement proposé: dès lors qu'il s'agit d'affaires concernant les intérêts du corps professionnel, un médecin, par le fait même qu'il est plus directement intéressé, doit s'y appliquer avec d'autant plus d'attention et de zèle; souvent il y mettra plus de tact et de discrétion que ne le pourrait faire un étranger, ainsi qu'il est facile de le comprendre.

Quant aux poursuites à tenter contre les charlatans et les médecins qui négligent de payer leur contribution au Collège, nous serions d'avis qu'un homme de loi en fut chargé d'une manière à peu près exclusive, aucune action ne devant être prise, néanmoins, sans l'ordre préalable du Régistrateur et de son assistant.

Le Bureau a payé un peu plus de mille dollars à M. Lamirande pendant les trois dernières années. Si cette somme pouvait être désormais accordée à un des nôtres, où serait le mal? Le choix du sujet ne serait pas des plus difficiles, et nous pourrions dès maintenant donner quelques noms qui rencontreraient l'approbation générale.

Les fonctions de l'inspecteur d'anatomie touchent de si près à la médecine qu'il n'est que rationnel de comprendre qu'elles seraient plus avantageusement exercées par un médecin que par tout autre. A Québec, si nous ne faisons erreur, l'inspecteur d'anatomie est un médecin; ne pourrait-il en être de même à Montréal? De même la charge de Coroner ne devrait être confiée qu'à un homme de l'art. Voilà bien longtemps que cette réforme est demandée, et nous n'avons pu obtenir que des succès partiels. Sur ce point encore, Montréal est moins bien partagé que Québec.

On dit à chaque instant que la profession médicale ne sait pas se protéger, et qu'on peut la tondre à merci sans qu'elle ose s'en plaindre. Or voici deux points sur lesquels elle a toute ample occasion de jouer, à son propre bénéfice, de ses prérogatives et de ses droits. Qu'elle confie à un ou deux médecins la charge d'assistant régistrateur du Collège et celle d'inspecteur d'anatomie. Jamais patronage n'aura été plus légitime ni mieux appliqué.

Petite Correspondance.

—“ Nous avons ici une jeune fille âgée d'environ 14 à 15 ans, qui ne mange pas depuis plus de trois ans. Elle ne boit que de l'eau. La chose, quoiqu'incroyable, est parfaitement avérée. Elle ne peut prendre aucune nourriture d'aucune sorte, le lait même n'étant pas supporté. Chose plus surprenante encore, la jeune fille se porte bien.”

DR C. C. à S. P. DE C.

—Le cas que vous rapportez est assurément fort intéressant, mais il n'est pas unique dans la science. Les auteurs de traités spéciaux sur les maladies du système nerveux et en particulier sur l'hystérie en rapportent quelques exemples. Ces cas de jeûne prolongé se rencontrent surtout chez les jeunes filles, soit à l'âge de la puberté, soit vers l'âge de vingt à vingt-cinq ans. Nous en avons observé quelques exemples chez des sujets plus âgés, surtout des vieilles filles. Il est incontestable que l'hystérie joue un grand rôle dans ces manifestations. Souvent aussi la supercherie s'en mêle, et il est bon d'exercer une surveillance active autour du sujet en observation avant que de se prononcer sur la nature réelle du phénomène.

Quant à l'explication à donner de ces faits, GRASSET (*Traité pratique des maladies du système nerveux*.—Montpellier, 1886, p. 1014.) la résume ainsi: “ Un fait très remarquable dans tous ces cas est la faculté qu'ont les malades de vivre quelquefois fort longtemps avec une alimentation très insuffisante, et tout en conservant cependant leur embonpoint. Des études récentes ont démontré, chez un grand nombre de malades, un ralentissement et une diminution notables dans la désassimilation. Il se produirait là quelque chose d'analogue à ce qu'on observe chez les animaux hibernants. La quantité d'urée éliminée est souvent très diminuée, et même quand il y a des vomissements urémiques, la quantité de ce produit éliminée est en général bien inférieure à celle que contiendrait une urine normale.”

—“ J'ai vu tout dernièrement entre les mains d'un client, un ouvrage d'un certain professeur FOWLER, intitulé: “ *Creative and sexual Science*.” Les idées qui y sont énoncées me semblent parfois assez étranges. Connaissez-vous cet ouvrage et qu'en pensez-vous ? ”

DR S. B. à N.

—L'ouvrage du professeur (?) Fowler ne mérite pas l'attention que vous voulez bien lui accorder. Comme vous avez pu le voir déjà, ce livre est écrit dans un esprit qui laisse parfois fort à désirer, et bien qu'il semble avoir été fait plutôt pour les gens du monde que pour les médecins, il ne convient ni aux uns ni aux autres.

Sous un certain vernis scientifique fort mince, l'autour cache une

ignorance évidente. Ainsi, à la page 145, l'os du bras est appelé le *hbulu*. Pour M. Fowler, la génération est une question de magnétisme. Parlant de la syphilis et autres maladies vénériennes, il dit : *Medicines cannot cure except by killing the constitution's power of resisting both this poison and drugs*. Le reste est à l'avenant.

Quant à la valeur morale de l'ouvrage, elle est légère. Pour l'auteur, l'amour excuse tout, même le concubinage.

Si M. le Dr B. croit avoir un conseil à donner à son client, que ce soit celui de ne pas perdre son temps à lire les inepties inutiles de ce M. Fowler.

—Dr A. L. à St. F. d'H.—Nous ferons tout en notre pouvoir pour accéder à votre désir sous le plus court délai. Le choix des articles à reproduire dans une revue de médecine doit être aussi varié que possible, nous le savons, mais ce choix est toujours influencé par la nature des travaux publiés par nos échanges. Nous vous remercions de votre bienveillante suggestion et la mettrons volontiers à profit.

NOUVELLES MÉDICALES.

—Le Ministre de l'instruction publique vient de décider la retraite, par limite d'âge, de M. le professeur HARDY, encore si alorte et dont l'enseignement était si utile aux élèves; de M. le professeur SAPPEY, cet anatomiste consciencieux qui mettait tant de soin dans ses recherches, enfin de M. le professeur GAVARRET, qui ne savait plus faire son cours et dont l'influence néfaste sur la direction de l'enseignement ne sera regrettée de personne.—*Paris médical*.

M. le Dr R. P. HOWARD, ayant donné sa démission comme vice-président du Congrès international de Washington, à été remplacé, en cette qualité, par M. le Dr J. A. GRANT d'Ottawa.

Les amis et les disciples de feu le professeur ROBIN ont résolu de réunir, par souscription, les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui consacrerait la mémoire de l'illustre savant. Une somme importante a déjà été recueillie.

Nécrologie.—A New-York, FRANK H. HAMILTON M. D., professeur de clinique chirurgicale au *Bellerue Hospital Medical College*, et auteur d'ouvrages très appréciés sur la chirurgie.

NAISSANCES.

CASGRAIN.—A Montréal, le 4 août, la dame du Dr. P. F. Casgrain, un fils.

FOUCHER.—A Montréal, le 5 août, la dame du Dr. A. A. Foucher, un fils.

MOUSSEAU.—A St. Polycarpe, le 4 août, la dame du Dr. J. O. Mousseau, une fille.

DECES.

LECLAIR.—A Ste. Thérèse, le 15 août, à l'âge de 28 ans, M. le Dr Anthime Leclair.