

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

- 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.

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

- Coloured 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

DIRECTEURS: MM.

L'HON. FAQUET,
Professeur de Clinique Médicale,

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,

Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction: le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, MAI, 1892.

No 5.

TRAVAUX ORIGINAUX.

La toux de gorge (1)

Par M. le Dr H. S. Drayton, clinicien à l'Hôpital Bellevue New-York

M. le Rédacteur de "La Gazette Médicale"

J'ai lu avec un intérêt tout particulier, l'article de M. le Dr Wladimir de Holstein sur la toux de gorge et son traitement. Je l'ai lu avec d'autant plus d'intérêt que ses avancés quand à la nature et au traitement de l'affection décrite concordent parfaitement avec le résultat de mon expérience personnelle tant dans ma clientèle privée que dans ma pratique hospitalière.

L'on sait aujourd'hui qu'un grand nombre de toux modérées ou paroxystiques, qui jusqu'à ces derniers temps étaient si souvent pour le patient et son médecin, d'origine énigmatique, reconnaissent un état pathologique de la membrane nasale, ou des tissus rétro-nasaux ou retro-pharyngiens, qui rendent la gorge excessivement sensible.—Une rhinite chronique de nature atrophique, avec son cortège ordinaire de pharyngite folliculaire, peut encore occasionner cette irritabilité de la

(1) L'article de M. le Dr Wladimir de Holstein que nous avons reproduit dans la dernière livraison de "La Gazette Médicale", nous a valu l'intéressant commentaire suivant, de M. le Dr H. S. Drayton, l'un des cliniciens les mieux connus du département laryngologique à l'Hôpital Bellevue de New-York. Nous remercions bien sincèrement M. le Dr de ses importantes observations et nous espérons qu'il voudra bien encore de temps à autre faire partager les résultats de son expérience aux lecteurs de la "Gazette Médicale de Montréal."

gorge qui est la cause de cette toux fréquente et ennuyeuse. Un praticien habitué aux examens de la gorge et du nez découvre facilement cette cause et alors, comme le dit le Dr Wladimir de Holstein, le traitement est relativement simple.

Une altération pathologique que l'on rencontre quelquefois dans les cas de toux paroxystiques obstinées et que le docteur ne mentionne pas mais qui n'en est pas moins importante, est l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. En raison de sa situation, ce corps glandulaire, en règle générale n'est pas l'objet d'un examen de la part d'un médecin ordinaire et la plupart du temps, l'on attribue à la laryngite ou à la phthisie, la toux que son hypertrophie détermine.

Nous avons eu sous notre observation personnelle un cas où la toux était paroxystique et fatiguait la malade nuit et jour.

Trois médecins qui l'avaient examiné avaient diagnostiqué une phthisie commençante et avaient déclaré la maladie incurable. Un examen attentif de la gorge révéla que la tonsille linguale était très congestionnée et disposée de telle manière que l'épiglotte y touchait légèrement à chacun de ses mouvements.

Un traitement local en vue de diminuer la congestion fut appliqué avec succès et la toux diminua immédiatement au grand bonheur de la malade et de ses parents.

Toutes les toux que les malades disent être causées par une sensation d'irritation ou de chatouillement dans la gorge demandent un examen approfondi du pharynx et de l'espace rétro-nasal : et dans la plupart des cas, un traitement institué pour remédier aux anomalies ou aux états pathologiques que l'on pourra rencontrer dans ces régions fera faire à la toux un grand pas vers la guérison.

Dans notre clinique, à l'hôpital Bellevue, nous employons le menthol dans les maladies du nez et de la gorge, surtout dans les phases atrophiques de la rhinite et de la pharyngite.—A la solution dans l'huile d'olive, nous préférons une solution dans l'albolène ou vaseline liquide, vu que le mélange se fait plus complètement et plus rapidement.

L'hypertrophie des cornets et celle du septum nasal cède quelquefois assez rapidement au traitement par le menthol ; parfois même l'amélioration est telle qu'elle rend inutile l'intervention chirurgicale.

Les travaux des rhinologistes concernant bien des phases obscures des désordres catarrhaux de la gorge et du nez méritent certainement la reconnaissance de la profession : c'est d'ailleurs ce qu'admettent les praticiens de bonne foi qui ont occasion de se servir de leurs méthodes.

Bien à vous,

H. S. DRAYTON,

Clinicien à l'Hôpital Bellevue, New-York.

Des Pseudarthroses du corps du fémur.

Par le Dr G. B. Faribault, Ancien médecin interne de l'Hôtel-Dieu de Montréal, ancien élève des hôpitaux et de la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Montréal.

Les fractures du fémur se consolident ordinairement dans les quarante à cinquante jours qui suivent.

Il arrive parfois que la consolidation ne s'est pas effectuée à ce moment, on dit alors qu'il y a retard dans la formation du cal osseux : mais lorsqu'une année s'est écoulée, on dit qu'il y a fausse articulation ou pseudarthrose.

Une pseudarthrose est donc une solution de continuité dans la longueur d'un os ; que les fragments osseux soient indépendants au milieu des masses charnues ou qu'ils se soient reliés entr'eux par un tissu fibreux ou fibro-séreux plus ou moins dense, plus ou moins serré : qu'il se soit établi entre les fragments les éléments d'une véritable articulation, ce sont là de simples variétés, dont nous aurons à tenir compte, il est vrai, pour le traitement.

ETIOLOGIE.

Causes générales. — Les pseudarthroses sont un accident peu fréquent dans le traitement des fractures : il n'est donné à un chirurgien d'en voir qu'un petit nombre dans sa carrière. Certains os sont plus spécialement exposés à la non consolidation : dans la statistique de 1005 cas de pseudarthroses qu'a pu recueillir M. Béranger-Téraud, ceux des membres forment presque la totalité des cas. Sur ce nombre, si nous défalquons 5 cas de pseudarthroses des côtes, 24 du maxillaire inférieur, 24 de la clavicule, et 2 pour les métacarpiens, il nous reste encore 950 cas ainsi répartis :

Humérus.....	303
Fémur.....	294
Jambe.....	242
Avant-bras.....	111

Nous voyons d'après ce tableau, que les pseudarthroses les plus fréquentes sont celles du bras et de la cuisse ; les premières seraient même un peu plus fréquentes, d'après M. Béranger-Téraud ; George Norris pense que leur nombre est égal et il publie un tableau de 150 cas, dans lequel on rencontre 48 cas pour le fémur, 48 cas pour l'humérus, 33 pour la jambe, 19 pour l'avant-bras, et 2 pour le maxillaire inférieur.

Je passerai sous silence l'influence des pays, des climats et des saisons. Les fractures sont plus fréquentes en Suisse, il n'y a pas lieu de s'étonner s'il en est est même des pseudarthroses.

Age. — Le plus grand nombre des pseudarthroses correspond à l'âge moyen de la vie, entre vingt et trente ans.

Sexe. — Si la pseudarthrose est plus fréquente chez l'homme que la femme et se rencontre dans la proportion, de 8/11, cela se déduit de la proportion même des fractures. Hayes, Agnew et Hamilton admettent que la grossesse et l'allaitement peuvent entraîner un retard de consolidation : l'énorme quantité de sang attirée vers l'utérus pendant la grossesse peut être regardée comme amoindrissant dans une certaine mesure le progrès rapide de la génération osseuse. L'érysipèle exerce également une influence nocive sur la réparation osseuse des fractures, il amène fréquemment la suppuration dans le foyer de la fracture, et entraîne aussi un retard dans la marche de la consolidation. La goutte, la scrofule, le rachitisme et l'ostéomalacie ont été également accusés, sans que l'on puisse fournir des preuves probantes à l'appui.

Causes locales. — Un traitement mal fait, une affection de l'os étrangère au siège de la fracture, l'obliquité et l'écartement des fragments-telles sont les principales causes qui peuvent engendrer une pseudarthrose.

SYMPTOMES, DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

D'une manière générale le membre présente un degré d'atrophie des parties molles d'autant plus prononcé que les fonctions sont plus entravées ; de sorte qu'au premier aspect on peut juger du degré d'activité qu'a conservée la partie malade. Le raccourcissement est un signe qui fait rarement défaut. Les symptômes de pseudarthrose en général sont difficiles à reconnaître, et il n'en existe qu'un seul qui soit pathognomonique ; à savoir le mouvement anormal d'une région dont l'inflexibilité est la règle.

La longueur du temps écoulé n'est pas un signe suffisant pour permettre d'affirmer que l'on se trouve en présence d'une pseudarthrose. M. Trélat a eu dans son service un homme dont la fracture s'est consolidée au bout de seize mois. Legouest cite deux cas de fractures du fémur qui n'étaient pas consolidées, l'une après quinze mois, l'autre après dix-huit mois. Tous deux guérirent.

Un signe doué d'une plus grande valeur est l'absence de douleur ressentie par le malade au moment où l'on imprime des mouvements au membre fracturé. En effet, tant que l'inflammation nécessaire à la réparation osseuse se produit, tant que le travail de consolidation n'est pas complètement éteint, la douleur persiste. Au contraire, la pseudarthrose résultant de l'absence de cette inflammation, on comprend facilement qu'on peut communiquer des mouvements assez étendus sans provoquer de douleur.

Il a été établi par des recherches thermométriques locales qu'il existe au niveau du siège d'une fracture d'un membre, une élévation de température qui pouvait aller de 5 dixièmes à 1 degré c. qui était en rapport avec l'activité du travail de réparation. Cette élévation disparaît, une fois la consolidation établie, mais persiste tout le temps que la suractivité nutritive des os n'a pas cessé. A l'aide de ces deux signes, douleur et élévation de la température au point fracturé, on peut établir un diagnostic à peu près certain entre le simple retard de consolidation et une pseudarthrose vraie.

TRAITEMENT.

Le traitement médical ne peut donc agir qu'en combattant l'état de débilité, d'affaiblissement qui contribuent à enrayer la nutrition suffisante des organes et la réparation des os fracturés. Si la fracture non consolidée est sous l'influence d'une diathèse, telle que la syphilis, on aura recours immédiatement aux spécifiques.

Seul, le traitement chirurgical peut vaincre la cause qui empêche la réunion des fragments, cette cause étant presque toujours d'origine locale. On peut le subdiviser en traitement palliatif et en traitement curatif. Le premier a pour but de suppléer au manque de rigidité du membre, d'en rendre l'usage possible : il est rempli par les nombreux appareils prothétiques, qui, pour le fémur, prennent un point d'appui sur le bassin, et laissent libres les articulations de la hanche et du genou.

Le traitement curatif comprend de nombreux procédés :

Des aiguilles. — Malgaigne eut l'idée, en 1837, d'introduire des aiguilles dans le foyer d'une pseudarthrose du fémur pour irriter et former ainsi le foyer du cal. Wiesel, Lenan, Maisonneuve imitèrent sa conduite avec des chances diverses. L'électricité a été souvent ajoutée à l'introduction des aiguilles : on donne à cette méthode le nom d'électropuncture. Elle a donné de bons résultats.

Injection irritante. — On a employé tour à tour le sulfate de cuivre, le vin aromatique, la solution chlorurée sodique, la teinture de cantharide, l'acide phénique. Bourguet d'Air employait l'ammoniaque étendu au tiers : par son procédé il a obtenu de bons résultats.

Cautérisation du cal. — Mayor imagina d'introduire dans l'intérieur du foyer d'une pseudarthrose un cautère un peu chauffé pendant quelques minutes dans de l'eau bouillante, en se servant comme conducteur de la canule d'un trocart, qu'il avait fait pénétrer quelques jours auparavant. Il obtint ainsi deux succès.

Perforation des fragments. — La perforation sous-cutanée du cal est faite au moyen d'une sorte de vrille montée sur un vilbrequin ;

c'est sur les fragments qu'on agit en perforant en divers sens les extrémités osseuses. Brainard qui est l'inventeur de cette méthode avait pour but de provoquer une nouvelle production de lymphé adhésive et une inflammation ossifique. Gault rapporte 17 cas de guérison sur 20.

RÉSECTION DES FRAGMENTS.

Voici, d'après M Béranger Téraud, les différents modes de faire la résection.

Résection	{	simple	{	proprement dite { d'un seul fragment. grattage des fragments. cautérisation des fragments.
Résection	{	avec auxiliaire	{	suture du périoste. suture des os. ligature des os.

La résection simple comprend trois temps : l'incision des parties molles, la résection des os, le pansement. La résection limitée à un seul fragment est une opération incomplète, engendrée par l'impossibilité d'agir facilement sur le second fragment et n'est pas sûre.

La résection avec suture du périoste, conseillée par Jordan, de Manchester ; elle consistait à décoller le périoste des deux fragments sur une étendue de trois à quatre centimètres, à réséquer les extrémités osseuses, à rapprocher les deux fragments et à coudre le périoste.

La résection oblique des fragments et la ligature des os avec les fils métalliques a été surtout recommandée par M. Béranger-Téraud et n'est applicable que dans les cas d'obliquité des fragments.

La résection avec suture des os fut pratiquée par un grand nombre de chirurgiens. Cependant tous ne l'ont pas acceptée d'emblée. En 1881, M. Desprès hésite à pratiquer la résection pour pseudarthrose de l'avant-bras. Les statistiques sont peu rassurantes, c'est vrai : les tableaux de Paris nous donnent les chiffres suivants :

	GUÉRIS	INSUCCES	MORTS	TOTAL
Fémur.....	10	3	4	17
Humérus....	11	14	2	27
Avant-bras...	7	2	...	9
Jambe.....	8	8
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>			
	36	19	6	61

Le relevé de 239 cas de Béranger-Téraud donne :

Fémur.....	32	9	11	52
Humérus....	49	52	3	104
Avant-bras...	23	6	1	30
Jambe.....	38	1	...	53
	<hr style="width: 50%; margin: 0 auto;"/>			
	142	82	15	239

La résection avec suture osseuse a été l'objet d'une étude approfondie de M. Berger, qui a perfectionné la suture osseuse en substituant l'avivement cunéiforme à l'avivement simple et la suture à fils perdus, au moyen de fils de platine.

Voici le procédé de M. Berger :

"Pour combattre la tendance que les surfaces de section des fragments ont à glisser l'une sur l'autre, à l'avivement par section transversale, j'ai substitué l'avivement cunéiforme, le fragment supérieur figurant un V saillant destiné à s'engager dans le V rentrant que présentait le fragment inférieur avivé. Je fus d'ailleurs gué dans l'adoption de ce mode de résection chez mes deux opérés par la direction même du trait de la fracture, qui était une fracture en bec de flûte très oblique, où le fragment supérieur se terminait par une pointe aiguë, qui, dans les deux cas, avait traversé la peau au moment de l'accident. Cet avivement cunéiforme se fait par deux traits de scie obliques, se rejoignant à angle aigu; il est d'une exécution délicate et pour permettre aux fragments de s'adapter d'une manière parfaite et par des surfaces absolument parallèles, il a été nécessaire, dans les deux cas, de revenir sur la première section que j'avais faite, de la corriger par deux nouveaux traits de scie. Il convient donc, dans la prévision de semblables retouches, de faire les premières sections avec beaucoup de ménagement, et n'enlever qu'une lame osseuse assez mince de manière à ne pas trop diminuer la longueur des fragments si on était obligé de recourir à de nouvelles sections. Ce mode de résection mettant à profit la disposition même des fragments, dans les fractures obliques, permet d'obtenir un raccourcissement moindre que s'il avait fallu faire tomber toute leur partie saillante par une section transversale afin d'obtenir des surfaces suffisamment étendues pour être aisément mises et maintenues en contact."

Avant de couper les fragments, il faut percer les trous pour la suture osseuse et passer les fils. Quand on l'a fait, on introduit le V saillant du fragment supérieur dans le V rentrant de l'inférieur; ce n'est pas sans difficulté qu'on y parvient, mais une fois les os en place, ils n'ont pas grande tendance à se quitter, et le déplacement qui se fait lorsqu'on abandonne le membre à lui-même est plutôt un déplacement angulaire qu'un déplacement suivant l'épaisseur. Il n'est pas moins nécessaire de maintenir le contact des os par la pression directe qu'exercent les doigts d'un aide appliqués sur eux dans la plaie jusqu'au moment où le membre est solidement fixé par un appareil inamovible. Ce n'est qu'alors qu'on supprime ce moyen de contention supplémentaire, qu'on lave une dernière fois la plaie et qu'on procède à sa réunion.

La résection cunéiforme serait un moyen insuffisant si l'on n'y ajoutait la suture osseuse. Pour remédier aux inconvénients que celle-ci a entraînés : suppuration, rupture des fils, tractions exercées par leur intermédiaire sur les fragments, M. Berger propose l'emploi de la suture osseuse à fils perdus. Il la pratique à l'aide de fils métalliques et préfère les fils de platine que leur inaltérabilité permet de faire decaper préalablement dans les acides et de passer à la flamme sans rien leur faire perdre de leurs qualités. Le périoste, qui avait au préalable été détaché des fragments est ramené sur eux, sans qu'on procède à la suture. Le membre est ensuite enveloppé d'un appareil plâtré circulaire qui immobilise le siège et le membre.

Dr G. B. FARIBAUT,

Montréal, 10 mai 1892.

62, Saint Denis.

Des moyens de déterminer le sexe du fœtus in utero.

Par M. le Dr F. G. L'USSIER, Montréal.

La théorie, déterminant le sexe par une fécondation antérieure ou postérieure à la menstruation chez la femme est absurde à mon point de vue. Avant d'exposer aucune théorie, qui permette à l'accoucheur de déterminer le sexe in utero chez la femme, établissons d'abord qu'chez la femme comme chez tous les animaux il y a deux ovaires, dont l'un produit des ovules ou germes mâles, et l'autre des femelles, à tour de rôles, c'est-à-dire chacun à son tour. Comme le Créateur n'a rien laissé au hasard, il ne peut en être autrement. D'ailleurs ce principe est amplement prouvé par les ovipares, dont les œufs sont toujours couple.

Chez le pigeon, la mère dépose deux œufs qui éclosent un couple. Chez le serin, la grive, les œufs sont généralement quatre et alors ils sont couples. Si l'on fait couver les œufs d'une même poule, le sexe des poulets est divisé également ; la même chose chez l'oie et l'outarde.

Ceci posé, voyons ce qui se passe chez la femme et nous verrons que nous avons deux moyens de déterminer le sexe in utero.

La femme émet un ovule tous les mois ; les ovaires produisent, chacun à leur tour : les germes sont alternant mâle et femelle.

Chose remarquable est que la gestation chez la femme est de neuf mois, nombre impaire, et la même chose chez tous les animaux unipares : la jument onze mois, la vache neuf mois, la brebis cinq. De sorte que, pendant qu'une femelle met bas un petit, elle émet en même temps un germe du sexe opposé.

Il est facile maintenant de comprendre pourquoi une femme qui couche sur le côté gauche a nonante chances contre dix d'avoir un

garçon, c'est parce que dans cette position, l'ovaire qui produit des ovules mâles a plus de chances d'être fécondé que l'autre, et *vice versa*.

J'ai établi que le procédé de l'ovulation alternait dans la production des sexes. Cela nous permet aussi de déterminer le sexe *in utero* par le calcul.

Si la femme est *primipare*, l'accoucheur a pour le guider le *decubitus*.

Si elle est à son deuxième ou troisième enfant, l'accoucheur n'a qu'à s'assurer du sexe du dernier enfant. Si c'est un mâle à terme, l'ovule correspondant à ses couches était femelle, ainsi que tous les autres alternant.

Une femme devient enceinte neuf mois après ses couches ; si le dernier est un garçon, ce sera encore un garçon. Si c'est au dixième mois, ce sera une fille.

Dr. F. G. LUSSIER.

MEDECINE

Tubercules cérébraux

(Par M. le professeur JACCORD)

J'ai déjà eu l'occasion dans ces derniers mois de vous entretenir de malades atteints d'hémiplégie avec céphalalgie. Les hasards de la clinique ont ramené dans nos salles un nouvel exemple de cette affection ; il s'agit d'une femme que la plupart d'entre vous ont pu voir dans notre salle Laënnec et qui a succombé, il y a déjà quelque temps. Ce mode de début d'une maladie par une hémorragie brusque est encore volontiers considéré comme marquant l'apparition d'une hémorragie cérébrale ou d'un ramollissement ; aussi le rapprochement des faits auxquels je fais allusion me permet-il, une fois de plus, de vous démontrer la véracité d'une conclusion que j'ai émise, à savoir : que le début par hémiplégie brusque est un début banal, qu'il peut appartenir aux affections les plus disparates, et qu'au lieu d'être caractéristique de l'hémorragie ou du ramollissement, il peut se montrer dans les kystes hydatiques et dans la méningite, tout comme dans les tubercules cérébraux. Ce début brusque vous renseigne uniquement sur un point ; sur l'existence d'une lésion, encéphalique ; mais il ne vous apprend rien sur la nature de cette lésion, il vous indique que les centres moteurs qui commandent les mouvements des muscles sont atteints, il vous renseigne sur la question du siège des lésions, mais nullement sur leur nature.

Voici l'histoire de cette malade. C'était personne une âgée de 20 ans ;

le 3 octobre, elle fut prise d'étourdissement et tomba ; elle n'eut pas de perte de connaissance ; quand on la releva, on s'aperçut qu'elle ne pouvait plus se servir de son bras droit ni de la jambe du même côté ; la paralysie fut totale. En l'interrogeant avec soin, on apprit qu'antérieurement elle avait quelques fourmillements dans les bras, et qu'elle avait eu aussi quelques maux de tête plus forts le soir et la nuit, quoiqu'elle n'eût jamais eu de syphilis ; malgré cela, on peut dire que son affection a véritablement débuté par hémiplegie brusque. Huit jours après, elle entra dans le service de M. Troisier, présentant outre l'hémiplegie totale, une céphalalgie violente, on ne constatait d'ailleurs absolument rien du côté de la face et du côté des yeux ; le thermomètre marquait 37°9 le matin et 38°6, 38°9 le soir. Le 23 octobre, survinrent des vomissements, analogues à des vomissements nerveux, se produisant sans effort et indépendamment de l'alimentation ; on constatait en même temps de la constipation, une raie méningitique, peu accentuée, et une céphalée toujours opiniâtre avec une fièvre légère. Le pouls était régulier. L'examen de la poitrine ne donna que des résultats négatifs.

Cette période de la maladie, qui dura jusqu'au 9 novembre, peut être qualifiée de période cérébrale ou pré-pulmonaire, par opposition à une autre phase que nous allons voir se dérouler maintenant et qui fut marquée par des accidents thoraciques intenses.

M. Troisier fit le diagnostic de tubercules cérébraux, il a eu raison, car l'autopsie a légitimé ce diagnostic ; mais à dire vrai, il avait 50 p. 100 de chances d'être dans l'erreur, car on pouvait tout aussi bien faire le diagnostic de méningite. Il y avait pourtant une circonstance qui p'aidait en faveur du diagnostic tubercules cérébraux, c'est que le symptôme unique de foyer, l'hémiplegie, restait trop longtemps à l'état de symptôme isolé. La méningite peut, en effet, se manifester dès le début par des symptômes en foyer : un symptôme de foyer unique qui se produit alors, ne tarde pas à être accompagné de plusieurs autres ; or, dans le cas présent, l'hémiplegie, qui était restée isolée, autorisait le diagnostic tuberculose cérébrale. Quant aux autres circonstances, elles ne permettaient pas de distinguer les deux affections, Voulez-vous prétendre qu'il n'y avait pas assez de fièvre pour une méningite ? C'est un argument sans valeur ; car, maintes fois, je vous ai dit que rien n'était plus irrégulier que la marche de la température dans la méningite de l'adulte ; le seul motif qui pouvait autoriser le diagnostic était, somme toute, la persistance à l'état d'isolement d'un symptôme de foyer, l'hémiplegie.

Le pouls qui, nous l'avons dit, avait été régulier pendant toute la première période fut suivi d'une légère diplopie ; en outre la malade

présenta un phénomène nouveau, qui n'était d'ailleurs pas fait pour faire pencher définitivement le diagnostic en faveur des tubercules ou de la méningite, je veux parler d'un strabisme interne à gauche dû à une paralysie de la sixième paire de ce côté.

A partir du 6 novembre, commence la période pulmonaire ; sans atténuation d'ailleurs des symptômes cérébraux, on trouva dans la fosse sous épineuse, à gauche, une respiration rude, et un peu au-dessus quelques râles sous-crepitants. Cette adjonction pathologique de si grande importance ne modifia pas la température les vomissements persistaient et le strabisme s'accroissait ; enfin, fait digne d'être noté, le pouls, le 16 novembre, se ralentit et tomba à 60, malgré la persistance de la fièvre. Cette fièvre, nette quand à ses caractères thermiques, mais accompagnée d'un pouls lent, est souvent encore considérée, bien à tort d'ailleurs, comme appartenant exclusivement à la méningite. Ce symptôme lui appartient fréquemment, c'est évident, mais pas toujours. Il ne traduit en effet qu'une irritation anormale des origines des nerfs pneumogastriques. Cette excitation peut-être produite par les causes les plus diverses, par toutes les affections bulbaires.

Les lésions pulmonaires s'accroissaient rapidement ; le 23 décembre, la température atteignait 39°, et les deux poumons présentaient des lésions diffuses, au point que nous pensâmes à une granulie pulmonaire aiguë. C'est à ce moment que la malade passa dans nos salles.

Au bout de quelque temps le strabisme interne gauche s'accompagna d'un strabisme interne droit, la malade présenta un type de strabisme convergent ; il n'y avait pas de troubles ni de la miction ni de la défécation ; de plus, les vomissements avaient diminué.

Le 8 janvier, la malade eut quelques fourmillements sans que le membre supérieur fut atteint ; puis, la fièvre augmentant, la malade succomba le 12 janvier aux progrès de la lésion pulmonaire.

Il y a dans l'histoire de cette malade deux périodes bien distinctes : une période cérébrale, puis une période de tuberculose généralisée aux poumons.

Notons que, jusque dans les deux derniers jours les phénomènes de foyer ont occupé uniquement le côté droit ; ce n'est que dans la dernière semaine qu'il est venu s'y adjoindre des phénomènes du foyer gauche, cela et en plus deux strabismes nous donne la notion complète des symptômes qu'il faut chercher à mettre en rapports avec les lésions constatées à l'autoptie.

Dans le cerveau, nous avons trouvé plusieurs gros noyaux tuberculeux sans méningite. Le plus important de ces noyaux siégeait dans l'hémisphère, gauche, occupant la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante et de la pariétale ascendante, occupant d'autre

part le lobule paracentral entier, c'est-à dire toute la région motrice de ce côté.

Dans l'hémisphère droit, on trouvait également des noyaux tuberculeux et particulièrement un noyau, intéressant la partie supérieure du lobe pariétal, touchant à peine le lobule paracentral. Tels sont, sans parler des noyaux assessoriaux, ceux qui rendent compte de la façon la façon la plus satisfaisante de la marche des paralysies. Les tubercules du côté gauche sont les plus anciens, et leur siège est parfaitement en rapport avec l'hémiplégie ; dans l'hémisphère droit, ils occupaient la pariétale ascendante, de là la paralysie du membre inférieur gauche avec conservation de la mobilité dans le membre supérieur du même côté.

La partie gauche de la protubérance présente un noyau un peu plus gros qu'une lentille, qui correspond assez bien à l'origine réelle du moteur oculaire externe ; de là, le strabisme de ce côté, dû nettement à une paralysie du moteur externe gauche,

Quant au strabisme droit, il a été plus tardif et n'a pas persisté à l'état de strabisme régulier ; il peut être susceptible de deux interprétations. Il peut être attribué à une paralysie du moteur externe droit, comme le strabisme gauche, mais il peut être dû également à une excitation anormale du nerf de la troisième paire, c'est-à-dire du moteur oculaire commun du même côté. Est-ce là une pure hypothèse ? Non. Un phénomène d'immobilité peut toujours débiter soit par une paralysie, soit par un spasme, et ici on peut s'arrêter aussi bien à l'une qu'à l'autre, de ces interprétations. Il est prouvé depuis longtemps que le moteur externe d'un côté a des anastomoses avec le moteur commun de l'autre côté, et ce sont ces anastomoses qui expliquent la synergie préétablie, constante, invincible, qui existe entre les mouvements du moteur externe d'un côté et ceux du moteur commun côté opposé.

Le strabisme du côté droit peut donc être interprété comme une paralysie du moteur oculaire externe droit ou comme un spasme du moteur commun du même côté. Ici, nous n'avons aucune raison pour choisir entre l'une ou l'autre hypothèse. Car il peut se faire que la lésion, exerçant une action paralysante sur le nerf moteur externe d'un côté, ait retenti sur le nerf opposé au moyen des fibres commissurales qui unissent toutes les paires crâniennes, mais il peut se faire aussi que l'irritation se soit transmise par les fibres anastomotiques qui unissent le moteur externe d'un côté et le moteur commun du côté opposé, et ait amené un spasme du droit interne, capable de déterminer le même phénomène de strabisme interne. Les deux explications reposent sur des données anatomiques bien établies ; il n'y a donc pas lieu de s'arrêter à l'une plutôt qu'à l'autre.

Je ne m'arrêterai pas à vous décrire les lésions qui siégeaient dans les autres viscères ; tous les organes à part les capsules surrénales, renfermaient des tubercules. Les lésions cérébrales seules avaient subi la dégénérescence caséuse ; seules elles paraissaient anciennes, les autres étaient de date beaucoup plus récente. J'ajouterai, en terminant, que l'examen bacillaire des tubercules cérébraux nous a donné des résultats positifs.

Des Hémoptysies et de leurs causes.

Par le Pr G. SÉE.

L'hémoptysie, toujours intéressante au point de vue du traitement et du soulagement qu'on peut apporter au malade, le sera moins au point de vue clinique si son diagnostic étiologique est évident, si, par exemple, on l'observe alors qu'il n'y a plus à se méprendre sur les signes d'une tuberculose pulmonaire. Indépendamment du danger qu'entraîne l'accident par lui-même et qu'on a exagéré, ce que le médecin cherche dans son exploration, c'est de savoir si l'effusion de sang se renouvellera, ce qui est difficile ; si elle sera suivie tôt ou tard par d'autres événements graves pouvant entraîner la mort ; si elle dévoile une maladie organique jusque-là latente, ou si elle n'est qu'un phénomène fugace, accidentel et sans conséquences.

L'hémoptysie est le crachement du sang versé à la surface du champ respiratoire, qu'elle qu'en soit la source. Elle est descendue au rang d'un symptôme depuis que Laennec a montré qu'elle a pour origine soit la tuberculose, soit l'apoplexie pulmonaire. Graves, après lui, distinguait les hémoptysies en deux classes suivant qu'elles se font par les artères bronchiques ou les artères pulmonaires.

Mais c'est surtout à la distinction étiologique qu'il faut revenir, c'est sur elle que se concentre tout l'intérêt du diagnostic.

On a divisé les hémoptysies en essentielles et en symptomatiques. Par les premières on entend celles qui ne dépendent d'aucune affection pulmonaire ou des autres organes. Elles sont fort rares et les causes en sont évidentes : c'est un traumatisme, l'action irritante de certains gaz respirés, c'est le froid intense qui amène une tension excessive dans les vaisseaux pulmonaires. Dans toutes ces conditions, le diagnostic n'offre rien de difficile. C'est dans cette même catégorie qu'on a rangé l'hémoptysie supplémentaire, qui se rencontre exclusivement chez les femmes. Nous la décrivons sous le titre : l'hémoptysie chez la femme. Le sexe lui imprime en effet une physionomie spéciale, mais ce n'est pas une raison pour la considérer comme essentielle.

Parmi les hémoptysies symptomatiques viennent en première ligne celles qui se montrent dans la tuberculose pulmonaire. Cette hémop-

ptysie peut s'observer à toutes les périodes de la maladie, mais surtout au début. Au milieu de la santé apparente la plus parfaite, un individu qui cependant présente de temps à autre une petite toux sèche est pris brusquement d'hémoptysie. Parfois il ne s'agit que d'une expectoration sanguinolente, mêlée plus ou moins avec des crachats salivaires ou muqueux, avec quelques stries de sang qui résultent des efforts de la toux. Les malades surtout dans le premier cas, ont quand ils s'éveillent, la bouche pleine de sang ou trouvent des taches rouges sur l'oreiller. Il ne faut pas se hâter de partager les craintes du malade, car il peut s'agir d'expuition sanguinolente qu'on ne doit pas confondre avec l'expectoration. L'examen de la cavité buccale montre que l'expuition pendant le sommeil est plus abondante à cause des efforts inconscients de succion que font les patients, ou que le sang provient du pharynx nasal.

L'hémoptysie véritable surprend brusquement le malade, sans être amenée par quelque cause précise, ou bien à l'occasion d'un effort, d'un bain froid. Le malade, sous l'influence d'une toux légère, rend un sang rouge clair, généralement spumeux et liquide, et cela pendant un temps plus ou moins long; l'expectoration, d'abord abondante, diminue mais peut encore se prolonger plusieurs jours de suite. Le sang qui était rouge et liquide, devient plus rare, plus épais et plus foncé, par suite du séjour qu'il a fait dans les alvéoles et les bronches.

Dans ces conditions, le sort du patient supposé tuberculeux est variable; mais on sait aujourd'hui que dans beaucoup de cas cet accident peut être la seule manifestation d'une tuberculose qui peut être restée menaçante, mais n'évolue pas par suite de la transformation fibreuse des tubercules.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. L'hémoptysie peut être le début d'une phthisie à étapes éloignées, mais on finit par l'oublier, lorsque la maladie éclate pour suivre sa marche habituelle.

Enfin il est des cas où l'évolution des bacilles suit immédiatement la première atteinte hémoptysique. Habituellement alors celle-ci se répète plus ou moins fréquemment et peut devenir dangereuse par son abondance. De quelque côté que vienne le danger, c'est toujours une phthisie à marche rapide.

La bénignité relative des hémoptysies rend assez difficile le diagnostic de leur véritable nature, en dehors des affections habituelles dans lesquelles on peut les rencontrer. L'auscultation pratiquée après l'accident ne peut renseigner que sur le siège pulmonaire de l'hémorragie, mais n'apprend souvent rien sur sa nature présumée. Il faut en effet attendre la fin des râles bulleux dus à la présence du sang pour procéder à l'auscultation. L'examen seul des crachats peut résoudre la question

de diagnostic, qui, sans la recherche des bacilles, pourrait rester insoluble pendant longtemps. Le plus souvent, dans les cas de ce genre, les bacilles sont rares ; mais cette absence bien constatée ne doit pas faire rejeter immédiatement l'hypothèse d'une tuberculose au début. On doit, dans tous les cas, tenir pour suspecte toute hémoptysie qui ne trouve pas son explication dans quelque lésion du cœur ou des vaisseaux, dans une affection rénale ou dans une maladie générale.

L'absence des bacilles dans les expectorations et les hémoptysies inoffensives a fait que certains médecins, avec Huchard, en ont cherché la cause dans l'arthritisme. Mais cette diathèse n'a jamais été admise chez les hémoptysiques en apparence non tuberculeux que par exclusion et après un examen négatif des crachats et de la poitrine. Que l'on ne rencontre pas toujours de bacilles dans les crachats sanguinolents, c'est là un fait ordinaire et qui prouve que le sang lui-même d'un tuberculeux ne renferme point de bacilles.

Quant à l'examen négatif de la poitrine, il faut évidemment en tenir compte ; mais l'absence des signes physiques anormaux ne peut faire conclure à l'absence des bacilles. Restent les autopsies négatives. Jusqu'à présent elles ne sont pas communes et si, dans un cas de Huchard, le sujet ne fut pas trouvé tuberculeux, rien ne prouve qu'il n'existait pas de lésions vasculaires relevant d'une autre cause. Sir Andrew Clark a attribué de même à l'arthritisme les hémoptysies qui surviennent chez des personnes âgées. Deux examens nécropsiques pratiqués chez des sujets ayant succombé à des hémoptysies répétées lui ont montré l'absence de toute lésion tuberculeuse ou de toute altération cardiaque au moins grossière. Il y avait seulement des îlots érythémateux dont les artérioles présentaient des altérations. Mais on peut se demander si l'existence d'antécédents rhumatismaux chez les malades suffit pour rapporter à l'arthritisme les hémoptysies sans lésion tuberculeuse apparente.

Duclos (de Tours) et plusieurs auteurs ont rapporté un certain nombre de ces hémoptysies mal connues à des lésions de l'artério-sclérose. Ils avaient été frappés par l'arrivée brusque, sans causes connues, des hémoptysies à répétition chez des individus robustes et sans lésions cardio-pulmonaires présentant seulement des dispositions arthritiques, migraines, eczémas, hémorrhoides, asthme. Or, voici ce que ces auteurs ont constaté. Parmi ces malades, les uns aboutissent, dans un délai variable d'une à plusieurs années, à des manifestations rhumatismales bien accusées et douloureuses comme le rhumatisme fibreux ; les autres, à une artério-sclérose qui se généralise peu à peu ; enfin, les derniers, qui n'ont en apparence aucune trace de rhumatisme fibreux ou d'artério-sclérose, finissent par être atteints de néphrite intersti-

tielle. A la suite de ces observations, on peut dire qu'en présence d'hémoptysies qu'on ne peut expliquer par l'examen des organes thoraciques, il faut chercher du côté des reins et des vaisseaux.

Les hémoptysies qui surviennent dans le cours des maladies de l'appareil circulatoire sont des plus fréquentes après celles de la tuberculose. Elles se produisent à une époque et d'une manière très variables. Au début de la maladie, l'hémoptysie peut survenir comme le premier signe, surtout dans le rétrécissement mitral pur. Peter l'a observée comme premier symptôme de l'insuffisance mitrale ; j'ai noté bien plus souvent les épistaxis initiales. Les hémoptysies sont rares au contraire dans les affections cardiaques au début,

Les hémorragies précoces dans les maladies mitrales diffèrent beaucoup au point de vue pathogénique de celles qui surviennent tardivement dans les cardiopathies. On admettait autrefois qu'elles étaient dues à l'excès de pression produit dans les vaisseaux pulmonaires par l'impulsion d'un cœur hypertrophié. Mais il ne suffit pas de la stase pour la déterminer, il faut en outre l'altération des vaisseaux. Ceux-ci ont perdu leur élasticité et leur contractilité et finissent par présenter des dilatations partielles. Les petites hémorragies qui se font dans les alvéoles et le tissu cellulaire interstitiel aboutissent à une lésion qui est l'induration brune : le tissu prend une coloration jaune rouge, devient friable et lourd.

Ces hémorragies ne sont pas les plus fréquentes qui surviennent au cours des maladies du cœur. On pourrait en rapprocher celles qui tiennent à une altération des gros vaisseaux du cœur, des anévrysmes de l'aorte, qui déterminent les hémorragies habituellement foudroyantes.

Beaucoup plus fréquemment les hémorragies dans les maladies du cœur tiennent aux infarctus et aux embolies du cœur droit, alors qu'est arrivée la rupture de la compensation, quelle que soit la cause de l'affection cardiaque. Toutefois, dans les endocardites infectieuses, l'embolie pulmonaire détermine plus souvent un abcès métastatique ou la gangrène du poumon. Dans les cas ordinaires, quand il est petit, l'infarctus passe inaperçu et on ne le reconnaît qu'à l'autopsie. Les malades ont une toux douloureuse, quinteuse, qui a une certaine valeur diagnostique quand il n'y a pas de bronchite antérieure ; à cette toux s'ajoute un point de côté accompagnant l'embolie ; vingt-quatre à quarante heures après survient une expectoration sanguinolente, mêlée à du mucus, qui dure six à huit jours et peut être estimée à 20 ou 30 centimètres cubes par jour. Le diagnostic de l'infarctus hémorragique est donc caractéristique ; état syncopal, dyspnée, expectoration sanguinolente, point de côté, signes physiques, qui se produisent

brusquement chez un individu porteur d'une affection cardiaque. Il n'est pas jusqu'à la disproportion entre l'examen souvent négatif des poumons et les symptômes qui surviennent inopinément, qui ne puisse s'interpréter en faveur d'une embolie pulmonaire récente. Très rarement l'affection s'accompagne d'une grande hémorrhagie.

Les hémoptysies chez la femme ont été qualifiées, suivant les cas, d'hémoptysies, nerveuses, supplémentaires ou complémentaires.

Les hémorrhagies pulmonaires, pendant la période sexuelle de la femme, sont rarement indépendantes d'une affection cardiaque ou pulmonaire. La relation de ces hémorrhagies avec la fonction menstruelle peut s'établir de deux façons. Dans un premier cas, la déviation menstruelle se produit par l'hémorrhagie pulmonaire sans que le poumon soit atteint. Ces pertes de sang par le poumon et l'utérus qui se répètent finissent par causer tous les signes physiques et les troubles nerveux de l'anémie posthémorrhagique. Dans l'intervalle des règles, la santé reste intacte et l'on ne constate rien du côté des poumons, ce qui fait accepter cette hémoptysie comme fonctionnelle.

Dans le second cas, le raptus sanguin se fait par les poumons au lieu de se faire par l'utérus ; il s'agit d'une hémorrhagie vicariante ou d'une véritable métastase des règles. Mais l'accident n'est pas toujours lié à une déviation des règles et la menstruation est presque toujours supprimée par la tuberculose pulmonaire. En outre, la détermination hémorrhagique par les poumons peut être entraînée par une tuberculose latente. Enfin, il ne faut pas oublier que ces hémoptysies régulières peuvent coïncider avec la tuberculose pulmonaire et en être l'indice.

Enfin, il est des hémoptysies qui surviennent pendant la grossesse et disparaissent après elle ; la plupart sont liées à des affections du cœur et des poumons, développées avant la grossesse. Quant aux hémoptysies liées seulement à la grossesse, elles sont très rares et tiennent le plus souvent à une tuberculose qui se développe après l'accouchement.

On peut encore observer les hémoptysies à l'époque de la ménopause ; elles se répètent toutes les quatre semaines environ, et prêtent aux mêmes considérations que les hémorrhagies vicariantes.

Enfin, il est une catégorie d'hémoptysies, étudiées dernièrement par Lancereaux, qui se rencontrent aussi surtout chez les femmes et qui sont sous la dépendance du système nerveux. Des femmes bien réglées expectorent dans l'intervalle des périodes des quantités plus ou moins considérables de sang. Ces hémoptysies sont taxées d'hystériques, lorsqu'elles surviennent chez des femmes portant les stigmates de l'hystérie. Mais on n'est autorisé à rejeter la cause de cet accident

sur ces troubles nerveux que lorsqu'on a sans succès, minutieusement exploré les poumons et la nutrition des malades. Ces hémorrhagies, accompagnées ou précédées de sensations douloureuses, ont une marche irrégulière ; souvent en rapport avec les règles, elles cessent habituellement après une attaque d'hystérie. Leur pronostic est bénin, si toutefois le diagnostic est vraiment exact et si elles ne deviennent pas un danger par leur répétition et leur abondance.

(*L'Union Médicale,*)

THERAPEUTIQUE

De l'emploi de l'iodure de potassium dans la chorée.

Par M. SEWNING.

M. Sewning rapporte une observation de chorée dans laquelle l'iodure de potassium a produit des résultats remarquables. La malade avait dix ans, et depuis douze mois souffrait de chorée sans qu'aucun traitement ait pu l'améliorer. M. Sewning prescrivit une solution de 1 pour 60 d'iodure de potassium dans de l'eau distillée, à prendre trois cuillerées à soupe dans la journée. Presque immédiatement le mieux se manifesta, et avant d'avoir absorbé 8 grammes d'iodure, la malade se trouvait guérie de sa chorée qui ne laissa aucune trace.

Revue générale de Médecine, de Chirurgie et d'Obstétrique.

Traitement de l'anémie par le cuivre et l'arsenic.

Par H. A. HARE.

M. Hare a traité un certain nombre de cas d'anémie et de débilité par l'arsénite de cuivre et il en a obtenu des résultats encourageants. La digestion s'améliore, les téguments reprennent une coloration normale, et qu'il y ait effet, soit sur la nutrition, soit sur la digestion, soit sur les deux en même temps, les malades reviennent rapidement à la santé, pourvu, bien entendu, que l'anémie ne soit pas d'origine organique. Il l'administre, après chacun des trois repas quotidiens, à la dose d'un demi-milligramme ou d'un milligramme, et pense que cette préparation vaut mieux que la liqueur de Fowler non seulement dans l'anémie, mais aussi dans la chorée et les affections nerveuses similaires.

R. F. M.

(*Idem.*)

Sur le mode d'administration du salol.

On fait grand usage de nos jours du salol, comme antiseptique et à ce titre il est généralement administré sous forme de cachets. Le docteur Balestre, cependant, a appelé dernièrement l'attention sur les inconvénients qui résultent de l'emploi des cachets. Ayanr employé le salol sous cette forme chez un enfant atteint de fièvre typhoïde, il vit que le malade rendait tous les jours des petites masses du volume d'un noyau de cerise, irrégulier, de couleur jaune soufre, d'aspect cristallin et de consistance cireuse. Ces petites masses n'étaient autre que le salol agglutiné et non décomposé dans l'intestin en acide salicylique et en acide phénique au contact de la bile. L'action antiseptique avait été nulle et en outre les masses pouvaient présenter un certain danger comme tout corps étranger.

M. Balestre en conclut qu'il ne faut pas donner le salol seul en cachets et conseille de l'associer à toute autre poudre, salicylate de bismuth, de magnésie, de charbon, etc., qui s'interpose entre les molécules et les empêche de s'agglutiner. Il vaut encore mieux, dans la thérapeutique infantile, incorporer le salol très divisé à un peu de miel ou de gelée, ce qui le fait facilement accepter.

On a encore recommandé le salol en émulsion, suivant la formule donnée par Jouisset :

Eau distillée.....	120 grammes.
Teinture de Tolu.....	10 —

Mélanger, passer, puis faire une émulsion en ajoutant :

Salol.....	5 grammes.
Gomme arabique.....	4 —
Gomme adragante.....	0 gr. 20 cent.
Sirop simple.....	30 grammes.

Une cuillerée à bouche contient un demi-gramme de salol. Dose : cinq à dix cuillerées par jour.

(*Revue de Thérapeutique.*)

CHIRURGIE

Luxation congénitale de la hanche

Traitement

M. Richard Barwell a fait à la *Royal Medical and Chirurgical Society* de Londres (22 mars), une communication sur le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche. Après avoir rappelé

les causes de la luxation congénitale (absence plus ou moins complète de l'acétabulum, développement incomplet de la tête fémorale), après en avoir décrit rapidement les symptômes habituels, M. Richard Barwell a signalé un signe qui n'était pas connu jusqu'ici. Le voici : quand on fait pencher le malade en avant, comme pour saluer, jusqu'à ce que le dos occupe une direction horizontale, les deux grands trochanters (ou un seul, si la luxation est unilatérale) font une saillie très forte en dehors de l'os iliaque et sont quelquefois même plus élevés que cet os.

Parmi les méthodes chirurgicales proposées, il en est deux qui sont surtout employées ; l'une consiste à diviser les muscles rotateurs, l'autre consiste à faire l'extension continue pendant un temps souvent fort long (deux ans, deux ans et demi). Pour que la seconde méthode ait chance de réussir, il faut qu'elle soit appliquée chez de très jeunes enfants.

M. Richard Barwell ne croit pas que les muscles rotateurs et capsulaires soient destinés, ainsi que certains anatomistes l'ont prétendu, à maintenir la tête du fémur dans sa situation normale et qu'il soit important de ne pas les sectionner ; il pense au contraire, que ces muscles, s'insérant à la fois sur le bassin et sur le fémur, ont pour action en vertu de leur direction parallèle au dernier de ces os, d'attirer en haut la tête du fémur. Ils exerceront d'autant mieux et d'autant plus complètement leur action qu'il n'y aura pas d'acétabulum. Ce sont par conséquent, ces muscles qu'il faut sectionner si l'on veut obtenir un résultat dans la luxation congénitale de la hanche. Si l'extension continue produit un résultat, c'est uniquement en détruisant l'action de ces muscles. Etant donné que l'extension doit être continuée longtemps, il est préférable d'employer, dans le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche, la méthode rapide qui consiste à sectionner les muscles produisant la déformation.

M. Richard Barwell relate trois cas dans lesquels semblable opération a été faite avec succès par lui.

M. Brodhurst pense qu'il n'est pas utile de sectionner tous les muscles rotateurs chez les jeunes enfants ; on peut conserver chez eux le long adducteur, alors qu'il est indispensable de le couper chez les adultes, si l'on veut obtenir un bon résultat.

M. Noble Smith, opposé tout d'abord à l'extension continue, a reconnu que cette méthode donnait de bons résultats, Cependant la section des muscles est nécessaire quand la déformation est très prononcée.

M. Muirhead Little a obtenu des succès avec l'extension continue.

M. Bolvby fait remarquer qu'il n'est pas utile d'opérer de très bonne heure, car on peut espérer voir la déformation disparaître avec des ex-

exercices bien compris. L'indication opératoire n'est formelle que chez les enfants d'un certain âge, quand la luxation est devenue définitive.

(Bulletin Médical).

Rétraction de l'aponévrose palmaire

M. le Dr Berger a présenté un jeune homme opéré avec succès d'une rétraction avancée de l'aponévrose palmaire. Pour cela, il avait scarifié les téguments dans toute l'étendue de la région affectée de rétraction ; excisé tous les faisceaux de l'aponévrose correspondant aux doigts sur lesquels se manifestait la flexion permanente. Enfin la perte de substance a été réparée par l'application d'un lambeau pris sur le tronc et laissé adhérent par son pédicule à son point d'origine jusqu'à son entière adhésion.

Résultat : Le lambeau est souple, mobile, sensible et bien vivant ; il n'y a pas de tendance à la reproduction de la flexion permanente des doigts.

Le Scalpel

La thoracentèse.

A l'Académie de médecine de Paris, avant d'indiquer les règles à suivre dans la pratique de la thoracentèse, M. Dieulafoy a répondu à quelques questions posées par MM. Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul. M. Dujardin-Beaumetz s'est demandé à quoi on pouvait attribuer les accidents qui surviennent parfois après la thoracentèse, ou bien alors que cette opération n'a pas été pratiquée. Les observations qui prouvent que la mort subite peut être le fait d'un épanchement abondant sont nombreuses, et quand on les compare entre elles, on voit qu'elles sont en quelque sorte calquées les unes sur les autres. C'est toujours la même chose ; un malade est atteint d'un épanchement, il n'a pas ou presque pas de dyspnée et on retarde la ponction de 24 à 48 heures. Pendant ce temps, le malade succombe. Or, dans bien des cas, le liquide épanché n'était guère que de 1500 grammes à 2 litres. C'est pour cela que M. Dieulafoy a posé en principe qu'il importe de ponctionner, qu'il y ait ou non dyspnée, toutes les fois que l'épanchement paraît atteindre 1500 grammes.

Ce qu'il faut savoir, c'est que la pleurésie gauche est peut-être moins redoutable que la droite, contrairement à ce que l'on croit généralement.

Quant aux accidents imputables à la thoracentèse, ce sont la congestion et l'œdème des poumons, l'expectoration albumineuse, l'asphyxie brusque ou lente ou parfois aussi des syncopes mortelles. On a prétendu que l'aspiration faisant le vide trop complet à l'intérieur de

la plèvre était la cause principale de ces accidents ; c'est une erreur, car on les a vus survenir le plus souvent, alors que la méthode aspiratrice n'avait pas été employée.

Ces accidents sont dus à certaines complications cardiaques et surtout à ce qu'on a enlevé rapidement, en une seule séance, une trop grande quantité de liquide.

Pour se mettre à l'abri de tout accident, on ne doit faire usage que d'un trocart ou d'une aiguille de fin calibre et se borner à retirer un litre de liquide, sauf à recommencer l'opération un ou deux jours après, si le liquide restant ne se résorbe pas de lui-même, ce qui arrive fréquemment.

A M. Constantin-Paul, qui avait demandé comment on peut arriver à reconnaître que la plèvre contient de 1800 à 2000 grammes de liquide, M. Dieulafoy a répondu qu'il faut pour cela se baser sur la nature de la matité, sur la disparition des vibrations thoraciques, et sur le déplacement des organes.

En ce qui concerne la matité, la percussion doit être pratiquée doucement et sans bruit, de manière à laisser au son produit toute sa valeur. Pour constater la disparition des vibrations thoraciques, il importe que le malade compte doucement et avec lenteur. Enfin quand la pleurésie est à gauche, il est facile de constater que le maximum de bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum, ou entre le sternum et le sein droit. Chez un adulte, ces signes dénotent que l'épanchement atteint ou avoisine deux litres. Du côté droit, le foie se laisse difficilement abaisser, mais lorsqu'il commence à déborder les fausses côtes, on peut être certain que le liquide épanché dépasse 1800 grammes. Dans tous les cas, la thoracenthèse est urgente ; elle s'impose.

M. le Pr Verneuil estime que les heureux résultats obtenus par M. Dieulafoy dans sa pratique, sont probablement dus à ce qu'il ne retire qu'une partie de liquide ; c'est ce qu'il se propose de faire à l'avenir.

M. Hardy persiste à penser que la thoracenthèse, qu'il se garde bien d'attaquer d'une manière absolue, doit être une opération d'exception.

Quoiqu'on en dise, elle peut provoquer la purulence. On guérit souvent la pleurésie simple en ayant recours aux antiphlogistiques, et alors l'on n'a pas à craindre de la voir se transformer en pleurésie purulente, transformation si fréquente aujourd'hui et que M. Dieulafoy attribue, théoriquement, à un changement dans la constitution médicale. Ce n'est pas la constitution médicale qui a changé, s'écrie M. Peter, c'est la médication, comme je le montrerai pour la prochaine séance.

M. Constantin Paul partage entièrement la manière de voir de M.

Dieulafoy, sur les signes qui permettent de reconnaître la quantité de liquide épanché de la plèvre. Mais à quel âge de la pleurésie faut-il pratiquer la thoracenthèse? Quant à lui, il ne ponctionne jamais avant le vingtième jour?

M. Proust n'a ordinairement recours à ce mode de traitement, que vers le quinzième jour et quand il n'y a plus de fièvre. Il a toujours évacué tout le liquide épanché en une seule fois et il n'a jamais de ce fait observé d'accidents. La discussion a été renvoyée à la prochaine séance.

(*Le Scalpel.*)

Pansement oculaire inamovible; suppression des bandes et des bandeaux

Il est très important, surtout après les opérations délicates qui se pratiquent sur les yeux, de maintenir exactement les pansements et d'empêcher que les mouvements du malade ne les dérangent pendant le sommeil. Dans certains cas graves, il est même indispensable d'isoler absolument un œil atteint d'affection contagieuse ou de préserver son congénère de tout germe septique. Cet isolement et cette préservation sont particulièrement difficiles à assurer chez les enfants qui portent continuellement leurs doigts à leurs yeux et défont sans cesse leur pansement.

Après avoir essayé un grand nombre de moyens pour maintenir les pansements oculaires, tels que : bandes, bandeaux, bandages, etc., M. le docteur Louis Vacher (d'Orléans) a donné la préférence au pansement collodionné qui, depuis plusieurs mois, lui donne des résultats absolument satisfaisants. Il consiste à faire le pansement oculaire, quelle que soit sa nature, avec une rondelle de gaze souple ou de mousseline maintenue à son pourtour sur le nez, le front, la tempe et la joue *par un badigeonnage de collodion*. On obtient ainsi en quelques minutes un pansement d'une *solidité parfaite* et d'une *grande simplicité*. Pour détacher la rondelle collodionnée et renouveler tout l'appareil, il suffit d'humecter le collodion avec un mélange d'éther et d'alcool qui dissout en partie le collodion et permet de tout enlever sans tiraillement et sans douleur. On peut aussi remplacer la rondelle par deux morceaux de bandes de gaze dont deux extrémités sont fixées sur la joue et sur le front, et les autres rebattues au-devant du pansement et maintenues par une ou deux épingles. Cette manière de faire permet de renouveler le pansement sans changer les petites bandes à chaque fois.

L'avantage de ce nouveau pansement collodionné est précieux pour les opérations de cataractes, d'iridectomie et toutes les fois qu'on a

besoin d'un pansement rare. Il procure, en outre, aux malades la grande satisfaction de faire sans crainte et sans difficulté leur toilette journalière.

Gazette Médicale

Nouveau mode d'emploi de la cocaïne en chirurgie

M. le docteur Courtin (de Bordeaux) préconise un nouveau mode d'emploi de la cocaïne en chirurgie, consistant dans l'imprégnation des tissus cruentés avec la solution de cocaïne. Voici comment notre confrère procède : il fait usage de l'éther sulfurique en pulvérisations avec l'appareil de Richardson jusqu'à congélation des tissus ; ceci fait il pratique la section de la peau au bistouri et au moyen de petites éponges stérilisées trempées dans une solution de cocaïne à 1 gramme pour 30 grammes d'eau distillée, il fait un badigeonnage des parties cruentées, qu'il pratique un certain nombre de fois suivant la durée de l'opération.

Sous l'influence de ces badigeonnages, M. Courtin a noté une coloration vermillon de l'épanchement sanguin et une abondance un peu plus considérable de l'écoulement du sang.

Avant de pratiquer les sutures il a le soin de faire un dernier badigeonnage des surfaces cruentées de la peau, de façon à éviter la douleur des points de suture.

S'il s'agit d'une tumeur siégeant sous une muqueuse, il remplace les pulvérisations d'éther par un badigeonnage, de cinq minutes de durée environ, de la surface de la muqueuse avec la même solution de cocaïne et il procède de la même façon que dans le premier cas pour l'énucléation de la tumeur.

Il réduit ainsi au minimum le pouvoir d'absorption de la substance médicamenteuse, qui est entraînée en grande partie par l'écoulement sanguin.

Notre confrère bordelais a pu enlever ainsi, sans douleur, un lipome de la nuque, gros comme un œuf de poule, une loupe de cuir chevelu, un autre lipome de la paroi abdominale et un kyste dermoïde du volume d'une mandarine occupant le plancher de la bouche. Dans aucun cas il n'a observé d'accidents, et la réunion primitive des plaies de la peau a été obtenue.

Gazette Médicale

GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Végétations vulvo-vaginales de la grossesse

Par M. le professeur TARNIER (1).

Je me suis arrêté tout à l'heure, au No. 1 de notre salle d'accouchées, auprès d'une femme que j'ai examinée devant vous en appelant à nouveau votre attention sur des lésions qu'elle présente. Cette femme primipare, accouchée depuis dix jours, est atteinte de végétations vulvaires qui ont apparu vers le septième mois de la grossesse, s'accompagnant, précédées plutôt, d'un écoulement leucorrhéique intense ; ces végétations se sont développées rapidement et ont persisté jusqu'à l'accouchement ; nous pouvons suivre maintenant leur évolution.

Ces productions étaient autrefois considérées comme étant toujours de nature syphilitique et justifiables par conséquent du traitement spécifique ; Cuillierier, le premier, protesta contre cette interprétation, et déclara qu'ainsi prescrit le traitement antisiphilitique ne pouvait avoir que des inconvénients et pouvait être cause de véritables désastres.

Plus tard, Bois de Laury et Dostilhes, en 1874, répétèrent ces assertions et établirent que les végétations dépendaient de l'état gravidique, qu'il était inutile de les traiter pendant le cours de la grossesse, leur évolution naturelle devant les amener à disparaître après l'accouchement.

Il y avait une bonne part de vérité dans ces affirmations trop absolues pourtant. Les végétations peuvent guérir pendant la grossesse elle-même, comme elles peuvent aussi ne pas disparaître spontanément après l'accouchement.

En 1856, Thibierge ajouta quelques observations nouvelles à la question. Il dit notamment que ces végétations peuvent parfois atteindre le volume d'une fraise et même acquérir les dimensions du poing. Thibierge recommandait en outre, au lieu du traitement spécifique que l'on employait encore assez volontiers, de simples attouchements avec le nitrate acide de mercure.

Dans ces dernières années, des nouveaux travaux ont paru sur le même sujet. La cause de ces végétations n'est pas très nette ; il est erroné d'incriminer la syphilis, il n'est pas non plus exact d'invoquer quelque autre influence vénérienne comme ayant déterminé leur apparition. On peut voir survenir des productions analogues sur les organes génitaux

(1). Résumé d'après la *Semaine Médicale*.

de l'homme et chez les femmes non enceintes, mais chez les femmes enceintes elles sont communes, et elles se développent surtout chez celles qui sont affectées de vaginite granuleuse ; on les voit parfois, dans ces conditions, acquérir un volume considérable, La femme que je vous ai montrée ce matin a une tumeur plus grosse que le pouce, mais j'ai un exemple d'un paquet végétant qui était plus gros que le poing.

On peut se demander pourquoi la grossesse agit ainsi ; c'est elle qui tend à hypertrophier tous les tissus de l'organisme, mais principalement ceux qui occupent la zone génitale ; elle hypertrophie non seulement les tissus sains, mais encore les tissus pathologiques. Vous savez notamment quel accroissement sont susceptibles de prendre les réseaux veineux de la vulve et du vagin ; les fibromes utérins triplent ou quadruplent parfois de volume ; les œvi maternel, les tumeurs érectiles s'hypertrophient quelquefois d'une manière extraordinaire ; il en est de même des épulis gingivales, et l'on peut dire de tous les néoplasmes. C'est une règle générale, à laquelle n'échappent pas, bien entendu, les végétations.

Ces productions siègent à la vulve, tantôt sur la surface muqueuse, tantôt et le plus souvent à la surface cutanée des grandes lèvres, et on les voit empiéter souvent sur les parties voisines, s'étendant sur le pli génito-crural vers les cuisses, et surtout vers la région anale. C'est là leur siège de prédilection. Quelquefois elles montent le long des parois du vagin, et peuvent ainsi s'étendre jusqu'au museau de tanche.

Leur volume, comme je vous l'ai déjà dit, est des plus variables ; tantôt elles sont si petites, qu'elles sont à peine perceptibles à la vue, on ne les découvre qu'en passant la pulpe du doigt sur les régions où elles sont développées ; on sent alors de petites nodosités moins grosses qu'une tête d'épingle. Tantôt elles ont les dimensions d'un pois, d'une noisette, d'une petite mandarine, quelquefois, enfin, elles atteignent le volume du poing ; j'en ai même vu de plus grosses qui paraissaient alors obstruer toute la vulve.

Leur forme dépend un peu de leur volume et de leur siège. Prises en masse, elles sont vaguement arondies ou ovalaires, d'autres fois plus ou moins aplaties quand elles sont soumises à la pression des deux cuisses ou des fesses. En examinant de plus près, on voit qu'elles sont formées de lobules qui, pris isolément, ont été comparés aux reliefs dentés d'une crête de coq. Toutes ces boules sont pédiculées ; souvent elles sont groupées sur un même pédicule ou rassemblées en grand nombre, ce qui leur donne une ressemblance frappante avec les choux-fleurs.

Leur couleur est rosée, plus pâle en certains endroits, plus foncée dans d'autres. A l'examen microscopique, ces végétations constituent

des types de papillome. On trouve les papilles du derme hypertrophiées, allongées, contenant des anses vasculaires, développées au milieu d'une trame conjonctive lâche. Ces papilles sont recouvertes par les couches épidermiques ordinaires de la peau, mais, si l'ordonnance des couches est conservée, leur épaisseur est très notablement augmentée.

Les symptômes du début ne sont autres que l'apparition d'une petite tumeur, qui augmente en général assez rapidement de volume. Chez notre femme, il y a eu à partir du cinquième mois des fleurs blanches ; plus tard est survenue à la fourchette une petite saillie qui s'est vite accrue, sans déterminer des douleurs, ne causant qu'un peu de gêne dans l'attitude assise.

Il se joint souvent à cette gêne légère du prurit et des démangeaisons ; en effet, l'écoulement leucorrhéïque qui en est cause s'observe presque toujours chez les femmes atteintes de végétations ; enfin, la sécrétion qui se fait sur toute la surface de la petite tumeur exhale une odeur pénétrante et des plus désagréables.

Cette affection offre une marche qu'il faut connaître. Les végétations se développent rapidement, puis presque toujours après l'accouchement elles s'atrophient et diminuent avec la même rapidité. Quelques lobules noircissent, se dessèchent et tombent. Au bout de quelques semaines, ordinairement il n'y en a plus de traces. C'est là la marche classique ; mais il y a des exceptions. Toujours les végétations diminuent, mais elles peuvent ne pas disparaître complètement et persister longtemps. Chez notre femme, depuis dix jours, la tumeur a pâli, mais n'a guère diminué d'étendue.

C'est une maladie bénigne ; elle ne complique pas l'expulsion fœtale ; au moment de la dilatation de la vulve et du périnée, les végétations sont repoussées sur les parties latérales ; c'est à tort que les chirurgiens ont cru devoir les acciser avant l'accouchement, crainte de complications lors du passage de l'enfant.

Quel est le traitement qu'il convient de leur appliquer ? On a proposé : 1o. l'expectation pure et simple ; 2o. les applications topiques ; 3o. la cautérisation ; 4o. l'ablation.

L'expectation était ce que préconisaient Bois de Laury, Cotilhes et même Thibierge pour certains cas ; j'ai vu souvent, en effet, la guérison se produire spontanément, je pense donc qu'il est toujours temps ; mais pourtant cette guérison n'est pas constante. En outre, au cours de la grossesse, il peut être utile de réprimer une prolifération trop exubérante de la tumeur. C'est alors aux topiques qu'il faut avoir recours. On les a tous employés ; les principaux méritant confiance sont l'alun

en poudre qui diminue les vascularisations et dessèche les lobules ; on a conseillé dans le même but le sublimé ou le sulfate de zinc.

De mon côté, quand j'étais à l'hôpital de Lourcine, j'ai essayé pour tarir la sécrétion fétide à peu près toutes les poudres utilisées dans les circonstances desséchantes, j'ai donné la préférence au badigeonnages de la tumeur à l'aide d'une solution aqueuse concentrée de tannin à consistance sirupeuse. Il m'a semblé que j'obtenais ainsi de meilleurs résultats quant à la suppression de la mauvaise odeur, quant à la diminution des végétations.

M. Lucas-Champignière s'est très bien trouvé de l'acide phénique, mais, après avoir essayé comparativement l'acide phénique et le tannin, je me suis tenu à celui-ci.

Le traitement précédent n'est guère que palliatif ; on a essayé de guérir médicalement en attaquant le mal par des caustiques. Le nitrate d'argent n'exerce aucune action utile ; le nitrate acide de mercure est beaucoup plus énergique, mais il est d'un maniement difficile ; si on en laisse tomber une goutte dans le vagin, on peut créer une perforation ; d'autres part, on rencontre parfois des susceptibilités telles à l'égard des sels de mercure, qu'on a vu des femmes présenter de la salivation mercurielle après une seule cautérisation.

On s'est servi également de beurre d'antimoine, de chlorure de zinc et de l'acide chromique. Tous ont des inconvénients.

L'acide acétique agit assez bien sur toutes les petites végétations ; il suffit d'en déposer une goutte autour du pédicule, au moyen d'une allumette taillée en pointe. C'est un moyen lent, mais assez fidèle. En dernier lieu, on peut cautériser à l'aide du fer rouge ou du thermo-cautère, mais je ne suis pas très partisan de cette manière de faire ; au cas où je juge nécessaire de faire disparaître la tumeur, je préfère m'adresser franchement au traitement chirurgical.

Ce traitement chirurgical consiste dans l'ablation. C'est une question très discutable de savoir s'il faut ou non intervenir opératoirement, pendant la grossesse, pour débarrasser les femmes de leurs végétations. Quelques chirurgiens peuvent rendre un grand service aux femmes en excisant le plus tôt possible des végétations qui les tourmentent, inversement, d'autres chirurgiens jugent inutile d'opérer une tumeur, puisque, d'une part, avec un peu de patience, on l'eut probablement vu guérir spontanément et qu'on a toute chance de la voir repulluler après l'ablation,—d'autant plus que ces végétations sont très vasculaires, et qu'en les enlevant, on s'expose à des hémorragies inquiétantes,—et que, d'autre part, on court le risque, par le traumatisme opératoire portant sur la zone génitale, de provoquer une interruption prématurée de la grossesse.

Consultons les faits : nous voyons que M. Desprès a opéré six fois sans un seul cas d'avortement. Néanmoins, M. Desprès n'opère pas toujours, il se contente habituellement de toucher les végétations au chlorure de zinc ; c'est que, sans doute, il appréhende un peu l'intervention opératoire et ne s'y résout que dans les circonstances particulières. Velpeau a observé un avortement après excision, et Gailleton a eu deux avortements sur trois cas.

Pour ma part, j'aime mieux attendre. Il me répugne d'opérer pendant la grossesse pour les raisons que je viens de vous énumérer ; après l'accouchement, si la rétrocession ne s'est pas produite spontanément, alors je me décide, mais non sans avoir encore laissé passer quelques semaines pour ne pas créer une plaie opératoire au voisinage de la plaie utérine.

Une fois l'opération décidée, on peut faire la ligature, écraser avec l'instrument de Chassaignac, ou simplement exciter à l'aide du bistouri et des ciseaux. Dans ce dernier cas, le sang peut couler en abondance et l'on ne viendrait pas toujours à bout de l'hémorrhagie, à moins de cautériser au thermo-cautère les petits vaisseaux béants.

En 1872, M. Lefort fut amené, peut-être fortuitement, à pratiquer le grattage. ce qu'il appela le crépage des végétations. Il reconnut qu'en raclant ainsi les surfaces végétantes, il détachait les végétations avec une perte de sang minime, et, depuis, cette manière d'opérer fut acceptée par beaucoup de chirurgiens ; je crois que c'est un bon procédé et c'est celui que j'emploierai à l'occasion.

Seulement, l'opération est douloureuse et nécessite la chloroformisation ; la cocaïne ne suffit pas. D'un autre côté, il est indispensable que la région sur laquelle on gratte soit parfaitement tendue, et cette tension n'est pas toujours commode à réaliser au pourtour de l'anus, à moins de déprimer fortement à l'aide du doigt la paroi postérieure du vagin, comme dans le procédé de retournement. Pour gratter, on prend soit une branche de ciseau, soit une curette de Volkmann, soit une rugine courbe. On ne doit s'arrêter que lorsque tout est enlevé et qu'il ne reste aucune trace, quelque minime qu'elle soit, de végétation, ce qui est ordinairement assez long et demande parfois quinze ou vingt minutes d'intervention. Et si, par hasard, un peu de suintement de sang survient à la suite de l'opération, vous l'arrêterez assez rapidement en saupoudrant simplement avec la poudre d'iodoforme.

Chez notre malade, j'ai prescrit le badigeonnage avec une solution de tannin, et si la guérison ne survient pas, je pratiquerai le grattage.

Sur la non-septicité du vagin.

E. Bumm discute une question déjà souvent abordée, c'est celle de la désinfection du canal génital interne chez les femmes sur le point d'accoucher.

Sans dénier le danger d'une infection possible et par conséquent la sécurité de prendre les précautions nécessaires, il a trouvé que les sécrétions naturelles du vagin ne contenaient pas de germes pathologiques. Au contraire, il lui a paru que ces sécrétions protégeaient les parties génitales contre les micro-organismes.

Quant le mucus vaginal est purulent on y trouve des microcoques semblables en apparence ceux qu'on rencontre dans la septicémie, mais seulement en groupes isolés, et ils ne lui parurent pas posséder de pouvoir pathogène.

Il ne lui semble pas probable que ces microcoques aient été jamais la cause d'une fièvre puerpérale. L'infection pour lui doit venir du dehors.

Journal des Connaissances Médicales.

Putréfaction intra-utérine pendant la vie du fœtus.

M. le docteur Schuhl (de Nancy) publie, dans la *Revue Médicale de l'Est*, deux observations remarquables de putréfaction intra-utérine.

Lorsque des phénomènes de putréfaction se produisent dans la cavité utérine avant l'expulsion du fœtus, presque toujours ce dernier a succombé et c'est lui qui est le siège de la décomposition putride. On peut cependant, observer exceptionnellement un écoulement fétide par les parties génitales, des symptômes de septicémie et même de la physométrie, c'est-à-dire des signes de putréfaction intra-utérine, alors que le fœtus est vivant. Dans ces cas, ce dernier peut être le siège de ces phénomènes. Baudelocque a en effet constaté, pendant un accouchement, l'issue par la matrice de liquides et de gaz fétides dus à une escharre gangreneuse que le fœtus vivant avait au sommet de la tête.

Mais des faits semblables à celui-ci sont excessivement rares, et plus souvent, lorsqu'il y a décomposition putride dans la matrice, alors que le produit de la conception contenu dans l'utérus est vivant, la cause des phénomènes putrides se trouve ailleurs que dans le fœtus.

Les deux cas suivants sont des exemples de cette dernière variété de putréfaction intra-utérine.

Dans le premier cas, il s'agit d'une primipare à terme, chez laquelle les membranes étaient rompues depuis deux jours pendant le travail ; au moment du toucher, on constate une odeur fétide du liquide qui s'écoulait ; de plus, la percussion de l'utérus révélait de la sonorité

vers le fond de la matrice (physométrie). Le fœtus étant vivant, on dut faire une application de forceps et l'expulsion s'accompagna de gaz excessivement fétides. L'aspect du fœtus était normal, mais une main introduite dans l'utérus ramena une masse blanchâtre, d'apparence fibrineuse, d'odeur très fétide. Il est vraisemblable que cette substance d'apparence fibrineuse qui tapissait la face interne de l'utérus a été pendant l'accouchement l'origine des phénomènes de putréfaction. Cette substance, qui était *probablement* formée par un ancien caillot sanguin, a pu séjourner pendant la grossesse à la surface interne de l'utérus sans subir aucune décomposition putride, parce que le contact interne des membranes et de l'utérus empêchait sa communication avec l'air. Mais après la rupture des membranes, après l'issue du liquide amniotique, l'utérus a diminué de volume, s'est rétracté, les membranes ont pu en certains points se détacher de la paroi utérine et permettre à la masse fibrineuse de communiquer avec l'air et de se putréfier. Cette putréfaction a été assez intense pour produire de la physométrie.

Chez la seconde malade, il s'agissait d'un avortement au quatrième mois. Le fœtus paraissait normal, mais le placenta répandait une odeur putride paraissant due à des caillots sanguins qui lui étaient adhérents. La malade avait une température de 40 degrés.

La disposition des caillots semblait indiquer que l'hémorragie placentaire s'était faite vraisemblablement au voisinage du col, et dès lors le décollement par le sang d'une petite étendue des membranes était suffisante pour permettre à la collection sanguine de communiquer avec l'air et de se putréfier.

La fièvre avait débuté trois jour avant l'avortement, ce qui semble montrer que les phénomènes de décomposition putride ont commencé à la même époque. Le fœtus expulsé était au contraire frais, ne présentait aucune altération il vivait donc encore au moment où la putréfaction s'est manifestée dans l'utérus.

M. Schuhl cite encore deux faits analogues observés par Mauriceau et par Jenks et conclut que la putréfaction intra utérine pendant la vie du fœtus peut être due à la décomposition putride de caillots sanguins contenus dans la matrice.

Dans les quatre observations rapportées, les mères ont guéri, soit rapidement, soit après avoir traversé des accidents de longue durée.

La terminaison a été chaque fois défavorable pour le fœtus. Dans une observation, l'enfant a vécu quatre heures ; dans les trois autres cas, les fœtus sont morts peu de temps avant la fin de l'accouchement ; mais ils n'ont présenté aucun signe de putréfaction au moment où ils venaient d'être expulsés.

PÆDIATRIE.

Convulsions persistantes pendant vingt jours, chez un enfant de deux mois. Guérison.

(Observation communiquée à la Société clinique, par M. G. PROGEY.)

Né le 30 juillet après un travail long et prolongé, par suite de la présentation du siège, cet enfant du sexe masculin, est atteint, le 14 août, d'une ophthalmie, qui exige le retour à Paris, pour être soigné dans la famille.

Malgré l'antisepsie pratiquée dès le début du travail de l'accouchement, il y avait une légère blépharite ciliaire les jours qui suivirent la naissance. On crut qu'un pansement fait par la nourrice, sous la direction du médecin de la campagne, pourrait suffire, mais la suppuration devint si considérable que le docteur Dehenne fut obligé de pratiquer des cautérisations au nitrate d'argent, et d'employer, pendant dix jours, des lotions antiseptiques répétées plusieurs fois par jour.

Pour ce point, qui est indépendant des convulsions, il prouve que l'antisepsie pratiquée au moment de l'accouchement n'est pas suffisante pour mettre les enfants à l'abri de la contagion, lorsque les mères sont atteintes de leucorrhée vaginale, mais qu'il faudrait combattre cette inflammation pendant la grossesse, dès le moment où on la constate. Cette observation prouve, en outre, qu'il faut traiter avec énergie la blépharite ciliaire des nouveau-nés, parce qu'elle est l'inflammation initiale de l'ophthalmie purulente qui, autrefois, occasionnait si fréquemment des cas nombreux de la perte d'un œil où des deux yeux.

L'enfant, retourné à la campagne, avec sa nourrice, dans les environs de Versailles, avait un peu de diarrhée les premiers jours du mois de septembre, bien qu'il soit nourri au sein exclusivement.

Le 29 septembre, après quelques jours de malaise général, d'insomnie la nuit, d'abattement la journée, l'enfant prend le sein mollement, il éprouve des vomissements, et les couches sont rares.

La nourrice constate des convulsions avec agitation des muscles et contracture des membres supérieurs principalement.

Le 23 septembre, on constate plusieurs convulsions de quelques secondes à deux minutes de durée. Il y a refus absolu de prendre le sein. L'enfant est dans un état de torpeur complet, poussant des cris aigus de courte durée au moment des convulsions, pour retomber dans un coma profond, refusant le sein avec abstinence.

L'alimentation consiste dans des cuillerées à café, du lait de la nourrice, données aussi fréquemment que possible.

Pendant tout le cours de la maladie les convulsions présentent le caractère suivant :

L'enfant, après une immobilité des muscles du visage éprouve des contractions des muscles de la face avec agitation des paupières entr'ouvertes, oscillations des globes oculaires en tous sens, mais surtout de droite à gauche. Les pupilles sont le plus souvent contractées. La tête, par un mouvement clonique, éprouve une torsion du cou qui fait que le menton correspond à une épaule, alternativement à droite ou à gauche, mais le plus souvent à droite. Les deux bras sont agités et se contractent en s'appuyant sur la poitrine, les doigts sont fléchis, contractés et le pouce est en dedans de l'index et du médius ; les jambes également contractées sont agitées de mouvements croniques moins prononcés qu'aux bras et aux avant-bras.

La torpeur et le coma sont l'état habituel de l'enfant en dehors des convulsions. Le ventre est aplati. Il n'y a pas d'évacuation intestinale pendant vingt-quatre heures et les langes sont imbibés d'urine deux fois seulement. Le sein placé entre les lèvres de l'enfant en instillant du lait ne provoque pas de succion.

Le mercredi 30 septembre, on a constaté douze crises avec hoquet, cris plaintifs, deux régurgitations de mucosité, constipation pendant vingt-quatre heures, administration d'un lavement laxatif.

Température a varié de 37, 8 à 38,3, pouls petit, finiforme, imperceptible, difficile à compter.

Le 1er octobre, on a constaté dix-sept convulsions d'une demi-minute à deux minutes de durée, pouls petit, température 36, 2 à 37,8.

Urine rare, un lavement provoque une évacuation intestinale.

Les convulsions ont été constatées avec opisthotonos comme dans le tétanos.

Le 2 octobre 22, le 3, 31, le 4, 27, le 5, 27, le 6, 33, le 7, 37 convulsions.

Pendant cette période, l'alimentation à lieu par cuilleés à café avec le lait de la nourrice, sans succion directe de l'enfant, La température, pendant cette période, a été ordinairement de 36 et une fraction sans jamais atteindre 37.

A partir du 7 octobre, l'enfant a accepté le sein, il a pratiqué la succion difficilement, avec indifférence, puis une fois pendant dix minutes. A partir de ce moment les couches ont été jaunes, naturelles.

Le 8, l'enfant a tété presque toutes les deux heures et n'a eu que douze convulsions, deux couches naturelles, langes très imbibés d'urine, température 36, 8.

Le 9, on a constaté un nombre de convulsions égal à la veille, mais l'enfant a pris le sein plus franchement de 10 à 25 minutes par fois.

A partir de cette époque, les convulsions ont été rares et même après le 14 octobre on n'en a plus constaté d'appréciables.

La physionomie n'exprime plus la stupeur. Il y a de l'agitation la nuit, la température atteint 37 sans dépasser. Le pouls perceptible compte facilement 100 à 120.

Les pesées comparatives avant et après une tétée ont fait constater que l'enfant prenait une moyenne de 60 à 100 grammes par fois.

L'enfant pèse, sans vêtements, à la date du 12 octobre, 3 kil. 200 gram., et à la date 11 novembre, il pesait 3 kil. 900 gr. Il avait donc augmenté de 700 gr. en un mois. Depuis cette époque l'enfant a continué à bien se porter. Les nuits ont été souvent agitées, mais sans que l'on constate de convulsions. La physionomie est naturelle; il semble qu'il y ait un léger strabisme divergent. L'enfant paraît indifférent aux jouets qu'on lui a offert à l'occasion du premier janvier.

La médication employée a été la suivante :

L'état de l'enfant me paraissait si désespéré au début, que j'étais peu porté à employer une médication énergique, surtout en raison de deux mois.

Le 26 septembre, par cuillerée à entremets, trois fois par jour, une cuillerée de la potion :

Bromure de sodium.....	25 centigr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes.
Eau distillée.....	80 —

Entourer les jambes d'ouate et de taffetas gommé.

Administrer un lavement additionné d'une cuillerée de glycérine.

Une mouche de Milan, en arrière de chaque oreille, qu'on entretient avec la pommade épispastique.

Les jours suivants, la même médication est continuée, en ajoutant un quart de lavement deux fois par jour, avec six gouttes de teinture de valériane.

29 septembre.—Les fonctions intestinales sont nulles, malgré les lavements laxatifs à l'huile de ridin émulsionnée. On administre la préparation suivante, alternée avec la potion de bromure de sodium :

Calomel.....	25 centigr.
Gomme arabique pulvérisée.....	1 gramme.
Sucre de lait.....	1 —

Pour 25 doses.

Une dose toutes les deux heures, dans une cuillerée de lait ou d'eau sucrée,

Le 1er octobre, la potion de bromure est remplacée par la suivante et administrée toutes les heures :

Teinture d'aconit.....	5 gouttes.
Bromure de sodium.....	50 centigr.
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes.
Eau distillée.....	70 —

Vésicatoire camphré de 6 centimètres à la nuque, qu'on a entretenu avec la pomnade épispastique pendant quinze jours.

Le 10 octobre, les couches sont jaunes et naturelles trois à quatre par vingt-quatre heures.

La potion précédente est remplacée par la suivante :

Antipyrine	25 centigr.
Bromure de sodium.....	50 —
Sirop de fleurs d'oranger.....	30 grammes.
Eau distillée de tilleul.....	70 —

Cette potion fut continuée après la cessation des convulsions jusqu'au départ de Paris pour se rendre à la campagne. Chaque jour un bain de cinq minutes à partir du 15 octobre.

Voilà un enfant, âgé de deux mois, qui a eu en quinze jours 325 convulsions constatées.

A quoi attribuer ce désordre de l'innervation ?

Ce n'est pas à un écart de régime ni à une affection intercurrente comme une fièvre éruptive, etc.

Malgré la rareté du fait en raison de l'âge, deux mois, il n'est pas possible d'admettre une cause autre que la présence de tubercules dans les méninges cérébrales. La succession des troubles convulsifs et leur caractère ne laissent aucun doute à ce sujet.

L'enfant a donc été atteint d'une méningite tuberculeuse revêtant la forme torpide.

Il y a des antécédents de famille qui justifient cette opinion. La jeune mère est lymphatique et très impressionnable. Au début de sa grossesse, comme on l'a observé dans son enfance, elle a eu des ganglions sous-maxillaires et cervicaux qui ont été douloureux et hypertrophiés et sur le point de suppurer.

Une tante maternelle est morte phtisique et un cousin est tuberculeux.

C'est donc un cas manifeste de tuberculose héréditaire par la génération antérieure, sans qu'on puisse invoquer la contagion en faveur de cette méningite.

Il reste maintenant à constater quelle influence cet état pathologique aura ultérieurement sur les facultés intellectuelles de l'enfant. C'est ce que l'observation nous permettra de constater dans l'avenir.

(Le Courrier Médical)

FORMULAIRE.

Insufflations contre la phthisie laryngée.—Cozzilino.

Iodoforme finement pulvérisé.....	5 grammes
Phosphate de chaux pulv.....	10 —
Acide borique porphyrisé.....	5 —
Menthol.....	de 0 gr. 40 à 0 gr. 80 cent.

Mêlez avec soin.—Matin soir, on insuffle une quantité suffisante de cette poudre dans le larynx des sujets atteint de phthisie laryngée. Pour remédier à la dysphagie, on badigeonne avec la solution de co-caine.—N.G. *L'Union Médicale.*

Eau créosotée gazeuse.

(HICKL.)

Créosote.....	1-2 grammes.
Cognac.....	50-100 —
Sirop simple.....	300 —
Teinture de menthe poivrée.....	XXX-XL gouttes
Eau saturée d'acide carbonique.....	2000 grammes.

Les Nouveaux Remèdes.

Iodoforme désodoré.

Iodoforme.....	197 parties.
Acide phénique.....	1 partie.
Essence de menthe poivrée.....	2 parties.

Les Nouveaux Remèdes.

Potion contre la stomatite aphteuse.

Chlorate de potasse.....	4 grammes.
Hydrolat de tilleul.....	60 —
Hydrolat de menthe.....	5 —
Sirop de sucre.....	40 —

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à café aux enfants, dans la stomatite aphteuse et ulcéro-membraneuse.—En outre laver la bouche avec une solution contenant de 5 à 10 grammes de bicarbonate de soude par 300 grammes d'eau. N. G.

Injections contre la tuberculose de la vessie.

(M. Petit)

Iodoforme	20 grammes.
Glycérine	10 —
Eau distillée	6 —
Gomme adragante	0 gr. 25 céntigr.

F. S. A.—Usage externe.

On mélange une cuillerée à café de ce liquide avec 150 gr. d'eau tiède additionnée de 10 gouttes de laudanum et on injecte le tout dans la vessie, au moyen d'une seringue à hydrocèle, à travers une sonde conique en gomme, de calibre approprié, qu'on introduit doucement.

L'injection est poussée ; lentement ; on en laisse sortir environ la moitié par la sonde, après un séjour de deux minutes du liquide dans la vessie. Puis la sonde est retirée, laissant dans la vessie la moitié de l'injection que la malade garde le plus longtemps possible.

Ces injections qui ne provoquent ni douleur ni ténésme sont répétées deux fois par semaine.

*Le Courrier Médical.***Atropine dans le traitement de l'hémoptysie.**

V. W. Soble (*Med. Rec.*, 2 janvier 1892, p. 11 et 12) a employé avec succès, dans 4 cas d'hémoptysie grave, des injections sous-cutanées de sulfate d'atropine. Il commence ordinairement par la dose de 0gr.001 qu'il répète autant de fois et à intervalles tels que le demandent les circonstances dans chaque cas individuel. En même temps, il faut surveiller attentivement l'état des pupilles pour se mettre sûrement à l'abri de tout danger. En cas de toux, on peut associer l'atropine à la morphine (à 0gr.,0037), qui n'entrave en rien l'action de l'atropine. L'auteur attribue l'effet favorable de l'atropine à ce qu'il diminue la pression sanguine en dilatant les vaisseaux sanguins périphériques.

*Les Nouveaux Remèdes.***Pieds-bots Congénitaux guéris par le traitement précoce.**

Docteur M. BILHAUT.

J'ai publié dans ces dernières années quelques observations de guérison de pied-bot congénital par un traitement réduit à sa plus simple expression, à savoir : le redressement manuel, sans ténotomie, l'immobilisation dans un bon appareil de contension et le massage.

J'ai exposé au Congrès international, tenu à Berlin en 1891, les résultats obtenus par mon procédé, et j'ai indiqué à cette époque le chiffre de mes observations.

Depuis, de nouveaux faits sont venus s'ajouter aux premiers, et, en raison des succès obtenus, je puis, en toute certitude, recommander la pratique que j'ai formulée à diverses reprises et que je vais me borner à rappeler pour mémoire.

Quelle que soit la forme du pied-bot, à quelque genre qu'il appartienne, qu'il s'agisse d'un varus, d'un talus, d'un équin, comme déviation prédominante, que le pied soit accessoirement renversé en dedans, en dehors, ou reporté en haut, la guérison est possible et facile même chez les tout jeunes enfants, à l'unique condition de ramener le pied à angle droit sur la jambe. Dès la première séance, j'arrive à ce résultat, en procédant avec douceur dans les cas les plus simples, et avec lenteur et alternative de flexion et d'extension dans les cas les plus accentués. Au bout de quelques instants j'arrive toujours à placer à angle droit le pied dévié, quand il s'agit de nouveau-nés.

Cela ne saurait suffire, et si je prends par exemple, le varus équin, de beaucoup le plus fréquent, je ne saurais me contenter de corriger l'équinisme ; il est de toute nécessité de parer à la rotation plus ou moins accentuée que le pied fait autour de l'axe qui lui est reconnu. D'une main, je fixe solidement le calcaneum, et de l'autre, je rectifie peu à peu la direction du pied.

Lorsque la double correction est obtenue, il reste à appliquer un appareil de contention.

Ces manœuvres, on le conçoit aisément, sont d'autant plus faciles à exécuter que la déviation en est moins grande et l'âge de l'enfant moins avancé. C'est pourquoi j'ai toujours conseillé de n'apporter aucun retard au traitement du pied-bot congénital, et je puis ajouter que les succès sont d'autant plus éclatants que toutes choses égales d'ailleurs, l'enfant ainsi traité est plus jeune.

Pour l'appareil de contention, j'ai dû renoncer au plâtre, et donner la préférence à l'attelle en gutta-percha. Voici comment il faut procéder : pendant qu'un aide maintient le pied en bonne direction, j'applique d'abord un bandage roulé destiné à maintenir la réduction : je place ensuite l'attelle du gutta-percha, convenablement ramolli dans l'eau tiède ; elle s'enroule autour du pied, à la manière d'un étrier, et je la fais remonter jusqu'au tiers supérieur de la jambe, sur le côté externe, s'il s'agit d'un varus, sur la face interne, s'il s'agit d'un valgus. Quelques tours de bande moulent l'attelle sur le pied et les divers points de la jambe. Il suffit de cinq minutes d'attente pour que l'appareil soit solide et que le pied puisse être abandonné à lui-même.

Quand l'enfant est entouré de soins suffisants, le pansement peut n'être renouvelé qu'au bout de huit jours. Mais si les conditions de propreté laissent à désirer, on est obligé de faire plus tôt le renouvellement du bandage ; il est désirable que le premier appareil reste en place une huitaine de jours. Au bout de ce court laps de temps, la réduction semble déjà si parfaite que l'on pourrait croire à une guérison. Il ne faut pas s'y laisser prendre, et si les os ont pu, pendant cette période, se tasser les uns sur les autres, les muscles n'ont pas été suffisamment maintenus pour que la récurrence ne soit facile. Aussi, j'estime que le traitement ne doit jamais être cessé avant six semaines, et, après ce délai, la surveillance est encore de rigueur.

Les motifs qui militent en faveur du traitement précoce sont faciles à comprendre. La souplesse des os du pied ne crée pas un obstacle bien considérable à la réduction, et je dois dire que jamais, malgré l'importance de la déviation, je n'ai échoué dans mes tentatives de réduction. De plus, l'enfant soigné dès les premières semaines qui suivent sa naissance est encore très loin du moment où se feront ses premiers pas ; il n'y aura donc pas à redouter de voir la déviation se reproduire sous l'influence du poids du corps ou de l'incapacité à marcher. Au moment où il commencera à s'exercer pour la station debout, la guérison sera parachevée.

En raison de la durée du traitement, les muscles restent maintenus assez longtemps ; les uns sont en état de relâchement, les autres sont soumis à l'extension continue. Bientôt, les divers antagonistes s'accommodent de leur nouvelle disposition ; l'extension allonge les uns, les autres au contraire se raccourcissent. Aussi, devient-il important de les fortifier isolément dans leur nouvelle attitude ; c'est pour cela que le massage s'impose.

A chaque renouvellement du pansement, je pratique le massage des muscles et je m'attache à donner aux articulations du pied la somme de mouvements qui existent à l'état normal.

L'observation qui suit est une de celles que j'ai recueillies en 1891 :

L'enfant E... vient au monde le 8 avril 1891 avec deux pieds bots. La déviation est beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite. La mère, mariée en secondes noces, a eu, d'un premier lit, deux enfants bien conformés. Elle est atteinte de strabisme. Pas de malformation dans la ligne maternelle. Le père, âgé, est atteint d'une coxalgie qui, de temps à autre, donne lieu à des abcès. Pas de malformations de son côté. Il n'existe entre lui et sa femme aucun lien de parenté.

Les pieds de l'enfant sont déviés inversement. Le pied droit est atteint d'un varus équin assez facile à réduire. Le gauche, au contraire, est un type parfait du valgus talus.

Après avoir procédé comme je l'indique ci-dessus et avoir obtenu de chaque côté une bonne réduction, je dispose les attelles de gutta-percha.

L'enfant put garder ces appareils pendant huit jours, au bout desquels la correction semble parfaite.

Je procédai au massage des muscles et mobilisai les articulations. Immédiatement, je réappliquai l'appareil pour ne pas donner au pied le temps de revenir à son ancienne direction. Chaque fois, je prends le soin de ramollir l'attelle de contention.

Au bout de six semaines, l'enfant peut être chaussé à l'aide de bottines en cuir, dans tuteurs, mais montant jusqu'à l'union du tiers inférieure de la jambe avec le tiers moyen.

L'enfant aura bientôt un an, et aujourd'hui il est impossible de voir qu'il a été atteint d'un double pied-bot.

De nombreuses observations me permettent de conclure ainsi qu'il suit :

1. Le traitement du pied-bot congénital doit, autant que possible être précoce.
2. Prise à temps, cette malformation peut aisément et radicalement guérir, sans le secours de la ténotomie et, à plus forte raison, sans recourir aux opérations chirurgicales récemment proposées ;
3. L'effort de l'orthopédiste devra être gradué suivant l'importance de la déviation. On devra toujours procéder avec douceur et lenteur, mais obtenir du premier coup une correction totale ;
4. Le maintien devra être assuré par l'application d'un bon appareil ;
5. L'attelle de gutta-percha me paraît, jusqu'à présent, être le meilleur et le plus simple moyen à utiliser ;
6. Le traitement doit être continué assez longtemps pour assurer :
 - (A) le maintien en bonne position des os qui composent le squelette du pied ;
 - (B) l'allongement ou le raccourcissement des muscles de la région ;
7. La surveillance est utile pour éviter les récidives.—*Annales d'Orthopédie.*

M. BILHAUT.

Attaques épileptiformes due à la présence du tœnia (pseudo épilepsie vermineuse.)

Bien que le Dr. Martha ne signale dans les 22 observations de son mémoire que 4 cas de pseudo épilepsie vermineuse se rapportant à l'enfance, nous croyons devoir résumer les conclusions de ce intéressant et judicieux travail.—Les accidents épileptiformes liés à l'existence d'un tœnia sont très rares dans la science.—Ils se distinguent de l'épilepsie vraie : 10 *par un ictus moins instantané* : le malade a le

temps de se jeter sur un lit, d'appeler, ou de choisir le lieu où il tombe ; 20 la durée plus longue de la période convulsive (15 à 20 minutes) et de la période comateuse (3-4-5 heures) toujours plus longue que dans l'épilepsie vraie. 30 par le retour à peu près périodique des accès tous les mois, tous les ans, tous les deux ans ; circonstance digne d'être notée, car l'épilepsie vraie reparait plus souvent. Peut-être les périodes de trois mois répondent-elles à la durée de reproduction du tœnia.— 40 Dans la pseudo-épilepsie on ne rencontre point d'antécédents nerveux héréditaires ou personnels.—Quant au cri initial, à la morsure de la langue, ils existent dans les deux cas.—50 La disparition du tœnia fait cesser les attaques épileptiformes, mais souvent cette disparition n'est pas concomitante et complète. Le malade peut avoir encore une attaque les jours suivants, cette crise est généralement moins forte que les précédentes. Plusieurs malades ont été suivis pendant des mois et des années (dix ans) après la cessation des attaques et l'évacuation du tœnia, et les crises épileptiformes ne seront pas reproduites.

H. DAUCHEZ (de Paris).

Procédé d'administration et dosage de la santonine chez les enfants.

Bien que la santonine soit un médicament connu depuis longtemps et très fréquemment employé, son dosage n'est pas encore exactement établi. En effet, souvent on la prescrit tantôt à des doses trop petites et partant insuffisantes pour l'expulsion complète des ascarides, tantôt en quantité trop considérable pouvant provoquer l'intoxication.

D'après l'expérience de M. le docteur Demme, professeur de pédiatrie et de pharmacologie à la Faculté de médecine de Berne, la quantité de santonine pouvant être administrée efficacement et sans danger aux enfants de un à six ans, doit être de 0 gr. 01 à 0 gr. 03 centigrammes par prise et 0 gr. 06 à 0 gr. 09 centigrammes par jour. Pour assurer l'action vermifuge de la santonine, notre confrère conseille de l'associer au calomel. Voici la formule dont il se sert de préférence :

Santonine.....	de 0 gr. 09 à 0 gr. 18 centigr.
Calomel à la vapeur....	0 gr. 18 —
Sucre de lait.....	4 gr. 50 —

Mélez et divisez en neuf paquets.—A prendre : un paquet à 6, à 7 et à 8 heures du matin, pendant trois jours consécutifs.

Arthrothèse dans les paralysies infantiles.

par J. DOLLINGER.

Une des principales difficultés à vaincre après les opérations d'arthrothèse est la faible tendance à la production d'une réunion osseuse

entre les surfaces les mieux adaptées. Zimmeister a conseillé de provoquer la suppuration en introduisant entre les surfaces osseuses une bandelette de silk protective ou de gaze iodoformée ; ce procédé, mauvais par lui même, a échoué entre les mains d'Hoffa. Petersen, Karewski, Kirmisson ont employé comme moyen de fixation des tiges d'acier nickelé ou des chevilles d'ivoire ; d'autres ont eu recours aux sutures osseuses avec le catgut ou le fil d'argent.

L'auteur, n'ayant eu que des échecs en se bornant à affronter exactement et à suturer les surfaces osseuses avivées, a cherché, guidé par les idées de Schcele, à créer des conditions analogues à celles qui se rencontrent dans les fractures sous cutanées. Après abrasion des cartilages articulaires, il creuse des sillons sur les surfaces osseuses a mettre en contact et s'efforce de déterminer la production de caillots sanguins dans ces sillons et autour des extrémités osseuses ; la plaie est ensuite complètement réunie. Il a appliqué ce procédé à l'arthrodèse du genou, en opérant de la manière suivante : après ouverture de l'articulation par une incision transversale antérieure, la rotule est extirpée, une mince couche osseuse est enlevée sur le tibia, et le cartilage est excisé sur les autres saillies articulaires. La capsule est entièrement enlevée, puis des sillons sont creusés sur chaque extrémité articulaire, dans une direction parallèle à la fosse intercotyloïdienne pour le fémur, dans une direction transversale pour le tibia ; les os sont ensuite suturés au fil d'argent, et la plaie est fermée au catgut. La bande d'Esmarch est alors enlevée, ce qui permet au sang de s'épancher dans les sillons creusés et autour des extrémités osseuses réunies ; après pansement, un appareil plâtré est appliqué.

Ce procédé, employé dans deux cas, a donné une ankylose solide en huit à dix semaines.

NOUVELLES MÉDICALES

Collège des Médecins

Réunion semi-annuelle du bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, tenue à Montréal dans les salles de l'Université Laval, le 11 mai 1892.

En l'absence de l'hon. Dr Ross, M. le Docteur Gibson occupe le fauteuil présidentiel.

Étaient présents : MM. Belleau, Larue, Lemieux, Waters, Simard, de Québec ; Fiset, Rimouski ; Larue, Sherbrooke ; Saint-Germain, St-Hyacinthe ; Gibson, Cowansville ; Chevrefils, Arthabaska ; Mignault, St-Denis ; Laberge, Beauharnois ; Lippé, St-Ambroise de Kildare ;

Mousseau, Les Cèdres ; Rousseau, Saint-Casimir de Portneuf ; Grandbois, Fraserville, Hingston, Campbell, Dagenais, Ross, Beausoleil, Perrigi, Craik, Rottot, Montréal ; Jules Prévost, de Saint-Jérôme ; F. Trudel, Champlain.

Après les affaires de routine, le Secrétaire lit une lettre de M. le Docteur Larue donnant sa démission comme régistrateur du Collège.

Les Messieurs dont les noms suivent, reçoivent leur licence :

(Nous donnerons la liste officielle lorsque le rapport du Secrétaire nous sera parvenu.)

Sur ce nombre, dix-sept n'ont pas le brevèt de la Province, mais viennent de la Province d'Ontario ; ils sont admis tout de même ; mais il est bien entendu que dorénavant il n'y aura d'admis que ceux qui auront été régulièrement brevetés dans la Province de Québec.

Le rapport des examinateurs pour l'admission à l'étude est alors déposé sur la table ; — mais comme le Bureau a été informé que certains candidats ont fait passer leurs examens par des amis, et que d'autres ont eu, des imprimeurs, la veille des examens, les questions devant être posées, la motion suivante proposée par Mr le Docteur Beausoleil appuyée par M. le Dr Dagenais, est adoptée à l'unanimité :

“Le Bureau ayant été croyablement informé que des fraudes ont été commises aux derniers examens qui ont eu lieu pour l'admission à l'étude de la médecine, nomme MM. les docteurs Dagenais, Beausoleil et Perrigo — ces Messieurs s'adjoindront le Dr Jetté — pour former un comité chargé de s'enquérir des dites fraudes et d'agir conformément à l'opinion des aviseurs légaux du Bureau des Médecins.

Ce comité devra faire rapport à la réunion de juillet, et le rapport des examinateurs ne sera pas adopté avant la décision du dit comité.” Le Dr Dagenais pour prévenir les fraudes et les substitutions, propose que l'on fasse ajouter au bill médical n° 87, actuellement devant la Chambre une clause à l'effet que les examinateurs à l'étude aient pour la circonstance le pouvoir de juges de paix.

Cette motion est adoptée à l'unanimité.

L'on s'occupe ensuite du Bill Médical (n° 87) tel que présenté à la législature ; voici ce Bill :

BILL 87

Loi amendant la loi relative au collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

SA MAJESTÉ par et de l'avis et du consentement de la Législature de Québec décrète ce qui suit :

1. Le paragraphe troisième de l'art. 3969 des Statuts Refondus de la province de Québec est abrogé et remplacé par le suivant :

"3. La corporation du collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec pourra posséder des biens immeubles n'excédant pas en revenus annuels nets la somme de dix mille dollars."

2. Le premier alinéa de l'article 3972 des dits Statuts Refondus est amendé en remplaçant les mots "trois ans" dans les première et seconde lignes, par les mots "cinq ans."

3. Les alinéas 7, 8, 9, 10 et 11 du susdit article 3972 sont abrogés et remplacés par l'alinéa suivant :

"Chaque faculté médicale de cette province aura droit à deux représentants au bureau médical."

4. L'alinéa 14 du susdit article 3972 est abrogé.

5. Le premier alinéa de l'article 3974 des dits Statuts Refondus est amendé en remplaçant les mots "trois ans" dans la seconde ligne par les mots "cinq ans."

6. L'article 3977 des dits Statuts Refondus est remplacé par le suivant :

"3977. Le conseil nommera un bureau central d'examineurs, qui sera composé de vingt médecins licenciés.

Ce conseil seul sera chargé de faire subir les examens de médecine.

Chaque faculté de médecine, dans la Province de Québec, aura droit à deux représentants dans ce conseil d'examineurs.

Toute personne qui s'étant conformée à la loi relative à l'admission à l'étude de la médecine aura subi des examens à la satisfaction du susdit bureau central d'examineurs, aura droit à une licence de pratique du bureau provincial de médecine ;

7. L'article 3979 des dits Statuts Refondus est remplacé par le suivant :

"3979. A une assemblée régulière, après l'expiration du triennat actuel le bureau provincial de médecine nomme un jury pour l'examen d'admission à l'étude de la médecine, de la chirurgie et de l'art obstétrique, sur les sujets ci-après mentionnés.

L'anglais, le français, le latin, l'histoire, l'arithmétique, l'algèbre, la géométrie, les belles-lettres, la physique, la philosophie, la botanique, et la chimie inorganique.

8. Le paragraphe troisième de l'article 3983 des dits Statuts Refondus est abrogé ;

9. Le premier paragraphe de l'article 3984 des Statuts Refondus est amendé en retranchant dans les troisième et quatrième lignes, les mots suivants : "Aux examineurs et aux assesseurs" en les remplaçant par les suivants "et aux examineurs."

10. Le paragraphe quatrième de l'article 3985 des dits Statuts Refondus est amendé en y ajoutant les mots suivants : "et s'être confor-

mé en tous points aux exigences de la loi concernant l'admission en l'étude, le curriculum à suivre et les examens à subir tel que ci-après indiqué :

11. Les paragraphes cinquième et sixième de l'article 3985 des dits Statuts Refondus sont remplacés par le paragraphe suivant :

“ 4. Avoir suivi le cours suivant d'études médicales :

Anatomie générale ou histologie : un cours de cent vingt leçons ou deux cours de soixante leçons.

Anatomie descriptive et topographique : deux cours de cent-vingt leçons.

Anatomie pratique : trois cours annuels ou quinze mois.

Physiologie générale et spéciale : deux cours de cent vingt leçons.

Pathologie générale : deux cours de soixante leçons.

Chimie : deux cours de cent vingt leçons.

Matière médicale et thérapeutique : deux cours de cent vingt leçons.

Clinique médico-chirurgicale : trois cours de huit mois.

Obstétrique : deux cours de cent vingt leçons.

Avoir assisté à pas moins de vingt accouchements dans une maternité.

Pathologie interne : deux cours de cent vingt leçons.

Pathologie chirurgicale : deux cours de cent vingt leçons.

Maladies mentales : un cours de quarante leçons.

Maladies des vieillards et des enfants : un cours de soixante leçons.

Ophthalmologie et otologie : un cours de trente leçons.

Gynécologie : deux cours de soixante leçons.

Chirurgie opératoire : deux cours de soixante leçons.

Histologie pathologique : un cours de soixante leçons.

Chimie pratique : deux cours de trente leçons ou un cours de soixante leçons.

Jurisprudence médicale et toxicologie : deux cours de soixante leçons.

Exercices à la morgue : un cours de dix leçons.

Histoire des sciences médicale et de déontologie professionnelle : un cours.

12. Le premier paragraphe de l'article 3968 des dits Statuts Refondus est amendé en en retranchant les mots suivants dans la troisième, quatrième et cinquième lignes : “ Mais ils ne peuvent être élus comme gouverneurs qu'après quatre années de la date de leur admission comme membres.

Le paragraphe deuxième du même article est abrogé.

13. L'article 3994 des dits Statuts Refondus est abrogé.

14. Le paragraphe premier de l'article 3998 est abrogé et remplacé par le suivant :

“ Toute personne dont le nom ne figure pas au “ Registre médical de Québec,” qui exercera la médecine, la chirurgie ou l'art obstétrique, une ou plusieurs fois, sera punie d'une amende de cinquante piastres pour chaque contravention.”

15. Cet acte entrera en vigueur le jour de sa sanction.

M. le Dr Guay dit que les Universités s'opposent à la formation d'un Bureau central d'examineurs parce que ce bureau aurait le droit de donner la licence après examens à des élèves qui n'auraient pas de diplôme de docteur en médecine ; il propose appuyé par M. le Docteur de Grandbois, que l'on ajoute à cette clause la condition suivante :

“ Tout candidat qui se présentera au bureau central, devra être porteur d'un certificat de Docteur en Médecine, d'une Université de la Province.”

Après une courte discussion, cet amendement est adopté.

Le Bureau s'ajourne.

Elections du bureau des Gouverneurs.

L'élection du bureau des Gouverneurs aura lieu au commencement de juillet.

Décès.

Les professeurs et les élèves de l'école de Médecine et de Chirurgie de Montréal, faculté de l'Université Laval, assistaient le 20 mai, à la Cathédrale, aux funérailles de Mme Lamarche, épouse de M. le Dr A. Lamarche, professeur d'obstétrique à la Faculté.

La levée du corps a été faite par M. le chanoine Bruchési, et le service chanté par M. l'abbé Chevrier, de St-Sulpice, assisté de Messires Brault, de Ste-Dorothée, et Bédard, du Séminaire de Notre-Dame.

Des chœurs de presque tous les chœurs de la ville s'étaient joints à ceux de la Cathédrale.

Les porteurs étaient MM. Norbert Fafard, Séverin Lachapelle et Prevost, d'Ottawa ; M. Christin de la même ville, et MM. Charles Labelle et J. A. Flinn.

—A Montréal le 20 courant, à l'âge de 24 ans, Louis Philippe Henri, Etudiant en médecine, fils du Dr Nolin, du Bureau de Santé de Montréal. Les funérailles ont eu lieu le 23 à St-Jacques de l'Acadian.

—Au St-Esprit, le 24 mai, Héroïse Mercier, épouse d'André Desroches, mère de M. le Dr Desroches, rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène Populaire*. Les funérailles ont eu lieu vendredi le 27 courant, à 9 heures du matin.

Nous offrons nos plus sincères condoléances à nos confrères.

BIBLIOGRAPHIE

DES VÉGÉTATIONS ADENOÏDES DU PHARYNX, par le Docteur A. A. Foucher, professeur de clinique ophtalmologique et otologique à l'Université Laval, Montréal, chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame.

MANUEL D'OPHTALMOLOGIE, par le Docteur E. Fuchs, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Vienne, traduit sur la deuxième édition allemande par le Dr C. Lacompte, oculiste à Gand, et le Dr. L. Lepât, ancien assistant du professeur Fuchs, à l'Université de Liège. Paris, Georges Carré, éditeur, 58 rue St André des Arts 1892.

TRAITÉ CLINIQUE ET PRATIQUE DE L'HYSTÉRIE, d'après l'enseignement de la Salpêtrière, par M. le Dr Gilles de la Tourette.

Nous donnerons, dans une prochaine livraison, un compte rendu de cet ouvrage important qui, d'après nous, est destiné à devenir le travail classique sur sujet.

DES DIFFÉRENTES SORTES DE PEPSINES.—Il y a actuellement sur le marché un nombre considérable de préparations de pepsine, qui diffèrent beaucoup par leur activité. Parke Davis et Cie, de Détroit nous annoncent qu'ils ont réussi à obtenir une pepsine qui peut digérer 4000 fois son poids d'albumine coagulée.

UNE NOUVELLE PRÉPARATION DE FER, UN SPÉCIFIQUE POUR L'ANÉMIE. —Reynolds W. Wilcox, M. A., M. D., Professeur de Clinique dans l'École et l'Hôpital Post Graduate de New-York, a lu, devant la faculté Médicale de l'Académie de Médecine de New-York, le 19 avril 1892, un essai sur l' "Anémie, son traitement et une nouvelle préparation de Fer." Cet essai a été publié dans le *New York Medical Journal* du 7 mai, 1892.

L'auteur développe l'histoire de douze cas d'Anémie traités avec le plus grand succès par le Sirop de Chlorure de Fer de Weld (Parke, Davis & Cie).

Le Dr Wilcox termine en disant : Dans l'Anémie le Fer est d'une grande valeur.

De toutes les préparations la Teinture de Chlorure de Fer est la meilleure. La teinture officinale cause des nausées, le dégoût, les vomissements, fait des taches et gâte les dents, ce qui la rend inadmissible.

Par l'usage du Sirop de Chlorure de Fer de Weld, on évite à tous ces inconvénients, sans altérer ses effets thérapeutiques.

MÉMORIAL THÉRAPEUTIQUE

NOTICE SUR LA PEPTONE DE VIANDE STÉRILISÉE DANAYER.

Le peptone de viande est de la viande digérée, directement assimilable, sans qu'il soit nécessaire que l'estomac se mette en frais pour sécréter les liquides digestifs indispensables à l'acte de la digestion.

Cette simple définition fait comprendre les nombreuses indications de la modification peptonique.

Dans la plupart des troubles gastro-intestinaux le peptone trouve son application rationnelle.

En second lieu, quand l'organisme tout entier est en défaut, EN MISÈRE PHYSIOLOGIQUE, quand il réclame des éléments réparateurs en grande quantité et à brève échéance, il arrive souvent que l'influence de la débilitation générale retentit sur les fonctions digestives, qui, elles-mêmes, souffrent et sont dans le même état de langueur.

On se trouve, alors dans la nécessité de nourrir beaucoup et les organes préparés à la digestion et à l'assimilation sont incapables de remplir ce rôle.

Les albumines digérées, les peptones épargnent cette fatigue aux organes digestifs, tournent cette difficulté et permettent d'en triompher.

Il ne nous appartient pas d'énumérer les différentes et nombreuses maladies qui rentrent dans le cadre des deux groupes morbides que nous venons de rappeler ; mais tout le monde comprendra aisément l'importance thérapeutique à laquelle les peptones sont appelées : les effets salutaires qu'elles peuvent produire, à la condition QUE CES PEPTONES SOIENT RÉELLES et présentées sous une FORME CLINIQUEMENT ACCEPTABLE. Toutes les peptones commerciales sont loin de remplir ce desideratum.

Les principaux avantages que présente notre Peptone stérilisée sur les autres Peptones pâteuses, liquides ou sèches, peuvent se résumer en quatre points.

1o Le saveur du produit est extrêmement agréable.

2o La stérilisation préserve la Peptone des fermentations et altérations.

3o Stérilisée, elle est exempte de microbes.

4o Elle est produite par une digestion absolument analogue à la digestion naturelle, c'est-à-dire par la pepsine et l'acide chlorhydrique.

5o Elle est exempte de la forte proportion de produits excrémentitiels NON NUTRITIFS (*leucine, tyrosine, glyco-colle, etc.*) qui se trouvent dans d'autres préparations jusqu'à la proportion de 40 p.c, au détriment de la valeur nutritive et de la pureté.

6o Les albumines de la viande s'y trouvent donc sous forme p'albumose-peptone, laquelle constitue environ les deux tiers du produit sec, et est la seule forme sous laquelle elles peuvent s'assimiler dans l'organisme.

La Peptone de viande stérilisée Danayer a été favorablement accueillie par le corps médical de tous les pays où elle a été expérimentée. Dans l'intérêt de nos lecteurs, qui désireraient employer ces peptones, de même que le peptonate de fer, nous donnons l'adresse du dépôt pour le Canada :

L. A. BERNARD, pharmacien, 1882 rue Ste-Catherine.