

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Continuous pagination. |

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.) — M. BROSSEAU.

De la cure radicale des hernies.

Messieurs.—Il est de mon devoir, comme il est de votre intérêt scientifique, de vous parler de deux cas de hernie qui se sont présentés récemment à cet hôpital, et sur lesquels nous avons pratiqué l'opération de la cure radicale.

Je rapporterai d'abord l'histoire de ces cas, les procédés opératoires adoptés, et je ferai ensuite les observations cliniques et les déductions pratiques que je croirai propres à vous éclairer sur ce sujet qui intéresse tant la profession médicale.

Ferdinand B..., 28 ans, admis à l'hôpital le 15 août, dans les conditions suivantes : il porte au côté gauche une hernie inguinale de la grosseur d'un œuf, et qui date de huit ans; il a, de plus, du même côté, un hydrocèle, déjà ponctionné trois fois.

Ces deux affections gênent considérablement le patient (qui est homme de peine) dans l'exercice de ses pénibles travaux. Il veut à tout prix être mis en état de gagner sa vie plus à son aise.

Nous trouvons que le cas se prête à merveille à l'essai d'une double cure radicale et de l'hydrocèle et de la hernie; nous décidons en conséquence de faire, dans une même séance, les deux opérations, l'incision cutanée étant à peu près la même pour les deux affections.

Le malade anesthésié, les parties rasées et lavées avec une solution au bichlorure, une incision est faite de l'anneau inguinal au bas du scrotum. le liquide de l'hydrocèle écoulé, la cavité est lavée à l'acide phénique, les lèvres de la plaie de la tunique vaginale sont suturées à la peau, mais la plaie elle-même est laissée béante.

On procède ensuite à l'ouverture du sac herniaire, comme dans une kélotomie ordinaire; on y trouve une anse intestinale et une large portion d'omentum; ce dernier étant adhérent et irréductible, on juge à propos de le ligaturer par faisceaux et de l'exciser.

Le collet du sac préalablement disséqué a été suturé et placé entre les piliers de l'oblique externe et fixé là, devant servir de bouchon organique et obturer le canal inguinal.

Pansement antiseptique, suture de la partie supérieure de la plaie et drainage de la partie inférieure.

L'opéré laisse l'hôpital trois semaines après, considéré guéri; on lui donne cependant l'ordre de porter, durant quelque temps, un bandage herniaire avec polote bifurquée, vu qu'il devait reprendre de suite ses travaux pénibles. Cette polote bifurquée qui circonviert le bouchon organique est la seule qu'il puisse supporter sans douleur. Une surveillance suivie nous permettra de constater si la cure a été radicale et permanente, et nous ne manquerons de vous faire part du résultat définitif.

Joseph B..... 43 ans, cousin du précédent, souffre d'une hernie inguinale depuis nombre d'années. Il n'a jamais porté de bandage; sa hernie est énorme, au moins grosse comme la tête d'un enfant.

Pour bien nous assurer que cette hernie est *incontrolable*, ce qui est dû à la dilatation extraordinaire de tout le trajet inguinal et des anneaux, nous essayons, durant huit jours, à la tenir réduite au moyen d'un fort bandage, mais nous ne réussissons pas.

J. B. est sans ressources et dans l'impossibilité de gagner sa vie dans son état sanitaire actuel; il demande du soulagement par n'importe quel moyen. Alors, le 29 septembre dernier, nous pratiquons l'opération de la cure radicale.

Aussitôt le sac ouvert, plusieurs anses intestinales et une large portion d'omentum sortent de la cavité. Les intestins sont remis dans la cavité abdominale, l'omentum ligaturé en plusieurs faisceaux et réséqué. Pansement antiseptique régulier etc, etc. Malgré ces précautions, une inflammation assez considérable survient, suppuration etc, etc, mais au bout de quelques jours tout rentre dans l'ordre.

Le patient est encore à l'hôpital, mais en pleine convalescence. Le canal inguinal paraît solidement obturé. Tout de même, il nous faut attendre encore quelque temps avant de nous prononcer sur le résultat définitif de l'opération.

Venons-en maintenant aux conclusions pratiques.

De tout temps les chirurgiens ont essayé à guérir les hernies, soit par les bandages, soit par les opérations. Mais c'est surtout depuis une quinzaine d'années, qu'il a été fait dans presque tous les pays, des tentatives nombreuses et variées pour obtenir la cure radicale.

Il est reconnu qu'une hernie peut disparaître complètement chez les enfants et même chez les jeunes gens si elle est bien contenue le jour et aussi la nuit si le cas l'exige.

Mais si la hernie est descendue jusque dans le scrotum, elle est presque toujours incurable par les bandages.

À partir de l'âge de 30 ans, on devra renoncer à l'espoir de voir la hernie se guérir par les bandages seuls.

La méthode antiseptique a aussi enhardi les chirurgiens en faveur de cette opération, comme pour tant d'autres opérations du reste.

Le but est d'obtenir l'occlusion du canal inguinal par un pro-

cessus a lhésif ou cicatriciel, ou l'obturation de ce canal à l'aide d'un bouchon organique.

Dans les deux cas précités nous avons cherché, en faisant le tassonnement du collet du sac réséqué, à obtenir son union intime avec les piliers en provoquant un travail inflammatoire adhésif.

Dans les hernies de l'enfance et de la jeunesse, il faut employer le bandage avec persévérance, c'est un moyen simple, inoffensif, donnant souvent une guérison complète.

Les opérations dites *modernes*, ou à ciel ouvert, opérations sanglantes, doivent être réservées pour les hernies volumineuses et incontrôlables ou pour les hernies irréductibles. En raison des douleurs que le bandage provoque, et de la tendance qu'ont ces hernies vers un accroissement progressif, il est permis d'intervenir par l'opération sanglante.

Les hernies irréductibles ou incoercibles ne sont pas seulement une infirmité pénible, mais encore un danger permanent pour celui qui les porte : étranglement subit et danger de mort. L'opération serait donc indiquée quand le bandage herniaire est *mal supporté* ou *inefficace*, qu'il ne peut maintenir la hernie réduite.

Lo sque tout moyen de contention est inefficace, c'est-à-dire si la hernie est incontrôlable, ou encore si elle est irréductible, il faut opérer, car la tumeur augmente graduellement et devient assez volumineuse pour gêner toute relation sociale. Ces conditions sont suffisantes pour justifier l'intervention. Disons de nouveau que les procédés modernes de cure radicale consistent à ouvrir directement la cavité du sac, réduire les viscères herniés et fermer le canal inguinal. L'opération ne diffère pas sensiblement de la kélotomie simple.

Les procédés les plus ordinairement suivis sont la ligature du collet du sac, avec ou sans son extirpation, ou encore ouverture du sac et drainage du collet sans suture de l'anneau.

Tous les procédés sont dirigés contre le collet du sac, l'orifice herniaire et contre le sac.

Les organes herniés et irréductibles sont ordinairement traités de la manière suivante : Pour l'épiploon, la règle est de le réséquer, après l'avoir lié par faisceaux, et d'en refouler le moignon dans la cavité abdominale, ou encore de le fixer entre les piliers, dans le but d'obtenir une oblitération plus solide du trajet inguinal.

Pour l'entéroécèle irréductible ou incoercible, le chirurgien doit en tenter la dissection, et si elle est impossible, enlever le lambeau séreux auquel il adhère et réduire le tout.

Les résultats obtenus par les opérations précédentes ne mettent pas infailliblement les malades à l'abri de toute récurrence; il est démontré, aujourd'hui, que les récurrences sont même nombreuses; mais l'opération offre l'immense avantage de rendre possible la contention des hernies auparavant incoercibles ou irréductibles par un bandage approprié.

Ce résultat est considérable puisqu'une hernie facilement contenue est pour ainsi dire une hernie guérie; elle ne s'accroît plus, et le malade est à l'abri des graves complications de l'étranglement à condition qu'il porte régulièrement un bandage bien appliqué.

Hygiène de la nouvelle accouchée. (1)

par N. A. HÉBERT, M.D.,

St-Valentin, Qué.

Le dernier temps de l'accouchement est accompli; vous avez remis le nouveau-né entre les mains d'une garde active et intelligente, extrait le placenta et ses annexes par la méthode de Crédé ou de Saussier, placé une serviette chaude sur la vulve, et enfin appliqué un bandage abdominal modérément serré. La femme est placée dans son lit, heureuse et relativement bien portante. Tout va bien. Les aides font la toilette de la chambre. Vous vous retirez dans la pièce voisine en attendant que l'heure traditionnelle d'attente soit expirée pour vous retirer chez-vous.

Votre mission est-elle complètement terminée? Êtes-vous libéré de la grande responsabilité que vous avez contractée vis-à-vis cette intéressante malade que vous venez d'accoucher? Non, certes; car, à ce moment, commence la période puerpérale proprement dite, période remplie d'incertitudes et qui réclame toute la prudence, l'exactitude et l'habileté du médecin pour être exempte de dangers, et ne pas se terminer par la plus terrible des catastrophes, la mort.

Examinons ensemble la conduite que l'accoucheur doit tenir pendant la période puerpérale, et pour cela, passons en revue l'hygiène à observer à l'égard des différents systèmes de la nouvelle accouchée: systèmes nerveux, circulatoire, respiratoire, digestif, utérin, etc.

Et posons tout d'abord en principe que, contrairement à la pratique généralement suivie par les médecins de la campagne et quelques médecins des villes, un accoucheur devrait visiter régulièrement ses nouvelles accouchées pendant la période puerpérale, afin d'être prêt à parer tout danger, et à prévenir toute complication, quelque légère qu'elle soit, qui pourrait survenir. Mais il y a à cette pratique plusieurs objections, dont la première et la plus sérieuse est la grande distance qui sépare quelquefois les clients d'un médecin de la campagne, le mauvais état des routes

(1) Travail lu devant la "Société médico-chirurgicale du district d'Iberville."

et le temps considérable qu'un tel état de choses requiert. Une autre objection est la répugnance qu'ont la plupart des gens à recevoir la visite du médecin quand ils ne sont pas réellement et gravement malades, et surtout à payer de telles visites regardées par eux comme inutiles. Mais j'ai posé le principe et je le crois vrai : je dis qu'un accoucheur ne peut faire de l'obstétrique avec sécurité et connaissance, sans visiter ses nouvelles accouchées aussi régulièrement que toute autre malade prise d'une maladie aiguë.

I. Système nerveux.—La malade que nous prendrons pour sujet d'étude était forte et de bonne santé avant son accouchement ; la marche et la durée du travail ont été naturelles ; il n'est survenu aucune complication, telle que convulsions, hémorrhagie, etc. Si nous examinons cette malade quelques heures après l'accouchement, nous trouvons un changement notable dans l'état local et général. Le système nerveux est plus ou moins affecté. Quand l'accouchement a été facile, cet ébranlement n'est pas considérable et la malade se rétablit promptement sans aucun traitement actif. Mais il n'en est pas de même quand l'altération a été plus profonde. L'accouchée accuse alors un mal de tête plus ou moins violent ; elle ne dort pas du tout pendant 24 ou 48 heures, ou elle dort mal, *en fièvre chaude*, comme disent les malades ; les yeux sont sensibles à la lumière ; le moindre bruit, le choc d'une porte l'éveillent en sursaut et la laissent dans un état de surexcitation pénible, tout cet ensemble de symptômes démontre l'intensité des troubles du système nerveux. Dans ce cas, il faut recommander à notre malade une tranquillité parfaite ; la chambre étant assombrie, la sage-femme seule sera adroite auprès d'elle. On doit parler peu ; tout ce qui peut produire une émotion quelconque doit être évité, et la malade doit être entretenue dans un état de calme et de bien être. La position horizontale doit être strictement gardée, et l'on doit recommander le sommeil. Si, malgré toutes ces précautions, l'ébranlement nerveux persiste, il faut administrer à la patiente de l'opium à larges doses $1\frac{1}{2}$ à 2 grs. ou de petites doses fréquemment répétées. L'opium, en pareil cas, amène un sommeil réparateur, le meilleur de tous les toniques nerveux, et produit un calme profond dans toute l'économie. Il est bon, en même temps, d'administrer des stimulants à petites doses : vin, whiskey, etc., prenant bien garde de dépasser le but que l'on se propose en amenant une excitation cérébrale. Grâce à ces précautions, le système nerveux reviendra à son état naturel et tout danger aura cessé, au moins de ce côté.

II. Systèmes circulatoire et respiratoire.—Comme l'état du pouls et de la respiration est simplement symptomatique, on y remédiera par les soins donnés à l'état général de la malade. On doit surveiller le pouls avec soin, car une rapidité inaccoutumée du pouls est souvent le premier indice d'une maladie. Cette accélération

du pouls coïncidant avec l'élévation de la température, l'accélération de la respiration, la suppression du lait, la disparition ou une odeur fétide des lochies, indiquera souvent le commencement d'une fièvre puerpérale, d'une métrite ou d'une métror-péritonite. Dans presque tous les cas d'hémorrhagie après l'accouchement, on trouve le pouls rapide et en apparence tendu, au lieu d'être affaibli, comme cela arrive après l'accouchement. Très souvent cette rapidité inaccoutumée du pouls est le seul symptôme morbide précurseur d'une hémorrhagie sérieuse.

Le médecin devra donc se donner bien garde de quitter la femme qu'il vient d'accoucher tant que le pouls est accéléré et peut lui faire craindre qu'une hémorrhagie pourrait survenir, et en plus d'une circonstance, certainement, la malade devra son salut à cette seule précaution. En feuilletant mes notes d'étudiant, je trouve un mot de Mr. le Dr. D'Orsonnens, professeur à Montréal. Cet accoucheur de renom avait l'habitude de dire à ses élèves : "Après l'accouchement, si le pouls de la femme monte à 100, tremblez ; le cas est presque toujours mortel." Cette observation, quelque peu pessimiste, est plus ou moins confirmée par cette autre opinion du professeur John Clarke, de Londres : "qu'une malade ne peut être considérée comme sauvée tant que son pouls est au-dessus de 100." Cependant il ne faut pas oublier qu'une cause importante d'accroissement dans le chiffre des battements artériels est celle qui résulte d'un travail long, pénible. Il n'est pas rare, en effet, de voir, chez certaines primipares dont l'accouchement a été laborieux, le pouls monter à 120 et même à 140, sans qu'il se produise de désordre grave ; l'absence de frisson contribuera à nous rassurer sur l'issue de ce trouble circulatoire. Il faut remarquer encore que le pouls s'accélère quand les douleurs consécutives à l'accouchement sont intenses, et comme, en pareil cas, l'utérus est très sensible à la pression, il faut examiner avec attention pour pouvoir diagnostiquer les simples douleurs d'un début de fièvre puerpérale. Il faut se rappeler aussi qu'au moment où la sécrétion lactée s'établit, il y a encore accélération du pouls, élévation de la température, fièvre et frissons ; l'examen attentif et la succession des symptômes feront disparaître tous les doutes. Le pouls peut être encore notablement accéléré par suite de la présence d'un caillot dans l'utérus, ou bien s'il y a de la diarrhée ou quelque trouble de l'estomac. Le médecin pourra réserver son diagnostic, bien surveiller le développement des symptômes ultérieurs, et, sentinelle vigilante, se tenir l'arme au bras, prêt à parer à toute éventualité.

III. Système digestif. Diète.—Aucun régime diététique pour les convalescents n'a subi depuis quelques années de plus grands changements que celui des femmes dans la période puerpérale. L'ancienne coutume suivie jusqu'à dernièrement par les garde-

malades et même acceptée par quelques médecins, que les femmes pendant la convalescence puerpérale devaient être laissées à leur propre appétit et pouvaient faire usage des aliments les plus forts et même les plus indigestes, est devenue une chose du passé, fort heureusement pour le crédit de la profession et le bien être des patientes. Il y a 15 ou 20 ans, donner à une convalescente puerpérale une nourriture légère, aisément digérée et aisément assimilée, était considérée comme une pratique dangereuse. La première chose que l'on faisait, aussitôt l'accouchement terminé, était de servir à la malade la moitié d'une poule bouillie et un morceau de pain frais. J'ai vu moi-même une garde-malade servir à une nouvelle accouchée une *assiettée* de soupe aux pois et une large *grillade* de lard frais. Heureusement que de pareils procédés ont disparu à tout jamais pour faire place à un régime diététique convenable, basé sur l'observation clinique de ce que réclame l'économie pour reprendre son activité fonctionnelle hygiénique et régulière, pour restaurer les forces vitales de la patiente épuisée ou surmenée par les différentes phases de la parturition, pour rendre cette même patiente capable de se soutenir elle-même et de pourvoir à la nourriture de son enfant. Car il ne faut pas perdre de vue que tout en pourvoyant au soutien convenable de la mère, les règles diététiques doivent aussi voir à ce que la lactation soit promptement et efficacement établie, et cela, de manière à imposer à la mère le moins d'effort physiologique et la moindre perte de force possible. Les faits précédents sautent aux yeux de tout médecin observateur et ne peuvent manquer de rencontrer son approbation.

Etant donné le fait qu'une accouchée a besoin d'une nourriture aisément digestible et assimilable, en quantité suffisante pour pourvoir à son soutien et au soutien de son enfant, quel sera donc le menu d'une femme qui traverse la période puerpérale? J'ai pour habitude, après chaque accouchement, d'instruire soigneusement la garde-malade en ce qui regarde la diète de la patiente. Aussitôt que la toilette de la chambre est faite et que tout est remis en ordre, je fais apporter à la malade une tasse de thé ou de café chaud bien étendu de lait, avec un biscuit trempé dans cette tasse de liquide; si la malade le préfère, on lui sert une tasse de chocolat ou de lait étendu d'un quart d'eau. Ceci peut être donné chaud ou froid, mais en règle générale, les liquides tièdes ou chauds sont très agréables à la malade, mieux supportés par l'estomac et ont l'avantage de stimuler les contractions de l'utérus, assurant ainsi une involution prompte de cet organe et diminuant le danger d'une hémorrhagie secondaire. Après que l'accouchée a pris un moment de repos, et si elle exprime le désir de prendre de la nourriture, on lui sert une tasse de bouillon de bœuf ou de poulet auquel on peut ajouter un peu de riz bien bouilli; au repas suivant, un œuf à la coque peu cuit ou une rôtie

au lait faite de pain rassis ; de plus on donne de temps en temps un verre de lait. Il faut interdire toute nourriture qui n'est pas demi-solide, quelque facile à digérer qu'elle soit. Vous tenez la malade à ce régime jusqu'à ce que les intestins aient fonctionné, ce qui doit avoir lieu au bout de 48 heures. Pour cela, si la malade n'a pas de selle dans les 48 heures après l'accouchement, j'ai pour habitude de donner 1 ou 2 drachmes de poudre de réglisse composée dans $\frac{1}{2}$ tumbler d'eau, ou une dose d'huile de ricin le matin du second jour ; et si l'effet désiré n'est pas produit, je donne un lavement de 2 onces de glycérine le matin du 3ème jour. Il n'y a pas de meilleur plan à suivre, pourvu que la malade s'y soumette. Peu importe la laxatif employé, pourvu qu'il soit doux dans son action et non drastique. L'objet en vue est d'amener une action des intestins, rien de plus, rien de moins. Une fois que vous avez obtenu une évacuation intestinale, vous permettez à la malade de faire elle-même son propre choix des aliments qu'elle doit prendre, tout en lui interdisant encore les aliments de digestion difficile et gras, aussi bien que les végétaux légumineux, tels que pois, fèves, patates etc. ; au contraire, vous lui ordonnez les légumes verts, tels que salade, asperge, etc. Un peu de viande aux repas du matin et du midi, si la patiente le désire, mais le repas du soir doit toujours être léger et simple : gruau etc. Entre chaque repas et au coucher, vous permettez à la malade un verre de lait additionné d'une demi-once d'eau de chaux. Il est essentiel de voir à ce que les intestins fonctionnent au moins une fois dans les 48 heures. Vous obtiendrez cet effet en faisant manger à la malade des fruits confits sous forme de dessert, *v. g.* prunes, pommes cuites, ou une orange avant déjeuner. Si ces simples moyens manquent leur effet, vous recourez à la poudre de réglisse, à l'huile de ricin ou au lavement de glycérine.

Les règles précédentes en ce qui regarde la diète des nouvelles accouchées ne s'appliquent sans doute qu'à celles dont la convalescence est normale, exempte de pyrexie, non compliquée de septicémie ou de quelqu'autre accident de l'état puerpéral.

En quoi maintenant ce régime diététique sera-t-il modifié par les accidents de l'état puerpéral ? Chaque accident qui accompagne le travail et toute déviation d'une convalescence puerpérale normale demande plus ou moins de changement ou de modification à la diète. Ainsi, vous avez assisté à un travail long, ennuyeux et qui a épuisé votre malade. Ici le grand point est de restaurer rapidement les forces vitales et vous devez le faire en ménageant le plus possible, dans le procédé de digestion et d'assimilation, le peu de force et de vitalité qu'a conservé votre malade.

Dans ce cas, mettez votre patiente presque exclusivement à la diète lactée, parce que le lait est très facilement assimilé et digéré, et promptement changé en force vitale dans l'économie. Dans ces

conditions, de petites quantités d'alcool sont aussi indiquées, comme une drachme ou deux de whiskey ou brandy; à cela vous pouvez ajouter de temps à autre un peu d'extrait de bœuf bien étendu d'eau, ou quelque bouillon animal concentré. Avez-vous eu affaire à une *hémorrhagie profuse*? Là encore, la première indication est la stimulation: une tasse de café chaud, suivie à de courts intervalles d'autant de lait étendu d'eau de chaux et servi en petites quantités à la fois suivant le désir de la malade. Champagne, brandy ou whiskey étendu d'une eau effervescente, comme de *soda water*, par exemple, qui se trouve un peu partout.

Le travail a-t-il été compliqué d'*urémie*, d'*éclampsie* ou d'*albuminurie*, par conséquent le sang est-il chargé d'urée et de matières excrémentielles, la patiente a besoin d'une nourriture convenable pour la supporter à travers cette série de complications. Quelle meilleure nourriture avons-nous alors que le lait? Et prescrivons la viande, sous quelque forme que ce soit. Inutile de dire que s'il survient de la *pyrexie*, la malade devra être soumise à une diète absolument liquide, dans laquelle le lait joue encore le principal rôle. La malade est-elle atteinte de *diabète*: diète appropriée, éliminant du menu du repas tout aliment contenant du sucre et de l'amidon. Survient-il une maladie aiguë quelconque, le médecin devra prescrire une diète qu'il aurait ordonnée si la maladie était survenue à une autre époque que la période puerpérale.

La malade est-elle prise de *galactocèle* ou *galactorrhée*, en d'autres termes, y a-t-il hypersécrétion du lait, la patiente devra être soumise à une diète sèche, c'est-à-dire une diète dont les liquides sont exclus autant que possible. D'un autre côté, si les glandes mammaires faillissent à leurs fonctions et manquent de sécréter une quantité suffisante de lait pour nourrir le nouveau-né, la diète devra être liquide et d'une nature riche. Là encore il faudra donner du lait autant que la malade pourra en prendre, et des bouillons animaux concentrés. Si l'*estomac* est *irritable* et tolère difficilement la nourriture, on obtiendra les meilleurs résultats en employant du lait peptonisé.

On voit, par ce qui précède, que le lait joue un grand rôle dans la diète des femmes dans la période puerpérale. Aucun aliment, en effet, n'est aussi facile de digestion et d'assimilation; aucune forme de nourriture ne rétablit les forces vitales et ne recompose le volume du sang plus promptement que le lait.—(A suivre.)

Petite vérole et vaccine.—De 1870 à 1873, on a compté en Hollande 20.575 décès par variole. Depuis cette époque, on a rendu la loi sur la vaccination plus sévère et la mortalité variolique a été en s'atténuant tous les ans. Pendant l'année 1890 on a seulement enregistré *un seul* décès variolique dans tout le pays.—Que les antivaccinateurs méditent ces chiffres.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT
D'IBERVILLE ET DES COMTÉS VOISINS.

Séance du 15 octobre 1890,

Présidence de M. Arsène GODIN.

Le procès-verbal de la dernière réunion, lu par le secrétaire, est adopté.

M. HÉBERT, de St-Valentin, lit un travail sur l'*Hygiène de la nouvelle accouchée*. (1) Il démontre le rôle du froid, de la chaleur, de l'alimentation et des médicaments pendant l'état puerpéral. Que de résultats fâcheux et même mortels ne surviennent-ils pas par suite de la négligence de ces notions en apparence élémentaires. Il expose ensuite le traitement des diverses complications d'après ses vues particulières basées sur de nombreuses observations, et termine en exprimant l'espoir que la malheureuse routine des *vieux* qui négligent presque tout principe hygiénique disparaîtra bientôt pour faire place à des procédés conformes au progrès scientifique et aux prescriptions de l'hygiène moderne.

M. HÉBERT présente un irrigateur de son invention pour le lavage de l'utérus dans les cas de septicémie.

M. ROCHETTE, de Napierville, présente un travail sur l'*Eclampsie puerpérale*. Après avoir énuméré les causes prédisposantes et déterminantes de l'éclampsie, la prédisposante étant surtout le trouble rénal dont l'albuminurie est le principal indice, il en décrit les symptômes classiques, et établit les divers points de diagnostic entre l'éclampsie et les autres affections convulsives. Puis, il indique les principales lésions pathologiques de la maladie, et passe au traitement qu'il détaille comme suit, avec soin et précision.

Le traitement est préventif et curatif.

Traitement préventif.—Il est reconnu que la présence d'albumine dans l'urine d'une femme enceinte la prédispose aux convulsions puerpérales, et le meilleur traitement préventif est de modifier l'état du sang ou d'améliorer l'affection rénale dont l'albuminurie paraît être la conséquence. Les recherches récentes de M. Mialhe ayant démontré que l'excès d'eau dans le sang est une des causes les plus influentes de l'albuminurie; on devra donc

(1) Voir, page 564.

prescrire une diète lactée rigoureuse et administrer le perchlorure de fer à hautes doses, au moins 4 fois par jour, en raison de ses propriétés diurétiques et hémostatiques, et aussi pour essayer de rendre aux vaisseaux affaiblis leur tonicité.

Il faut avoir soin aussi d'éloigner des femmes albuminuriques toute cause d'excitation mentale, de leur faire éviter tout excès de table et les mettre à l'abri des refroidissements.

Contre l'infiltration séreuse il faut forcer la peau à venir au secours des reins, soit par l'usage des bains tièdes ou, s'ils se montrent insuffisants, par l'application de draps mouillés. Les purgatifs doux tels que huile de ricin ou poudre de jalap composée sont utiles pour combattre la constipation.

Si les symptômes cérébraux indiquent l'imminence des convulsions, on pratiquera la saignée, et même on pourra la répéter plusieurs fois pendant les derniers mois de la grossesse chez les femmes qui accuseront quelques symptômes propres aux congestions cérébrales.

Les diurétiques ne seront employés que si l'excrétion de l'urine était augmentée, autrement il faudrait cesser les diurétiques, car en augmentant la sécrétion urinaire on augmenterait la déperdition d'albumine et par conséquent l'appauvrissement du sang. Mais quand la malade urine peu, il faut augmenter la sécrétion afin d'empêcher les principes de l'urine de se mêler au sang et de diminuer ainsi les chances d'intoxication urémique. Les préparations de scille, de digitale seront utilement employées.

Pendant le travail, l'accoucheur s'appliquera à prévenir l'influence de toutes les causes de dystocie. Inutile de rappeler l'influence favorable que pourront alors exercer les inhalations de chloroforme, tant en modifiant le caractère des contractions qu'en diminuant l'irritabilité des centres nerveux.

Il faudra dès le début du travail vider la vessie, le gros intestin, et, en sollicitant les vomissements, débarrasser l'estomac des aliments indigestes dont on pourrait redouter l'influence.

Traitement curatif. — Il se compose de moyens généraux ou applicables dans tous les cas, et de moyens spéciaux, qui doivent varier suivant l'époque à laquelle se manifestent les convulsions puerpérales.

Moyens généraux. — Comme moyen curatif la saignée générale tient le premier rang. Son avantage est dans la rapidité de son action; en même temps elle favorise l'absorption et rend la malade plus sensible à l'influence des autres médicaments. La quantité de sang qu'on doit retirer varie de 250 à 500 grammes environ, suivant la vigueur et la taille des malades. On usera des narcotiques et des anesthésiques pour empêcher le retour des convulsions. Le chloroforme, le bromure de potassium et le chloral sont de puissants auxiliaires de la saignée. Comme mesure complémentaire, dans le but d'apporter aux reins un

soulagement décisif, on doit évacuer le gros intestin à l'aide d'un lavement, et faire prendre un purgatif par la bouche (une goutte d'huile de croton, ou du calomel et du jalap si la malade peut avaler.)

Les sinapismes successivement appliqués sur les cuisses, les mollets et les extrémités inférieures, des aspersions froides sur la face et la poitrine sont des moyens sur lesquels il ne faut pas assez compter pour les employer seuls, mais qu'il est impossible de négliger.

Pendant l'accès il faut prendre les précautions nécessaires pour contenir les mouvements dangereux de la malade, et aussi pour que la langue ne soit pas mordue. Pour éviter cet accident on introduit entre les dents le manche d'une cuiller enveloppée de bandes de flanelle.

Moyens spéciaux.—Le traitement que nous venons d'indiquer pourrait être considéré comme la partie médicale du traitement de l'éclampsie. Mais lorsque, malgré l'emploi de ces moyens, les convulsions persistent et augmentent d'intensité, que faut-il faire?

Comme les convulsions qui éclatent après le commencement du travail ont une tendance à se reproduire pendant toute sa durée, et que, dans la majorité des circonstances, elles cessent après la naissance de l'enfant, on doit user de toutes les ressources obstétricales compatibles avec la sécurité de la mère, pour hâter la délivrance. Durant la première période du travail, les contractions doivent être, si la chose est nécessaire, stimulées par le cathétérisme de l'utérus. Braun recommande de rompre les membranes, parceque, assure-t-il, l'écoulement du liquide amniotique diminue souvent la violence et la durée des contractions. En cas de nécessité il faut se servir, pour amener la dilatation du col, du dilatateur de Barnes. Les incisions sur le bord de l'orifice externe dans l'accouchement forcé ne sont pas nécessaires. Lorsqu'il n'existe pas, après que la première partie du travail est achevée, une disproportion mécanique entre la tête et le bassin, il faut, par une application prudente du forceps, essayer d'extraire l'enfant. On doit prendre les plus grandes précautions pour éviter les lésions des parties molles. L'intervention obstétricale n'est, en réalité, légitime qu'autant qu'elle ne cause aucun préjudice à la mère.

Lorsque les convulsions éclatent pendant la grossesse, l'opportunité qu'il peut y avoir à provoquer le travail, n'est en aucune façon déterminée. Les faits sur lesquels on pourrait se former une opinion sont trop peu nombreux, parceque les contractions du travail apparaissent dans la majorité des cas spontanément, comme conséquence des convulsions. Il est certain que, dans un certain nombre de circonstances où, les contractions du travail faisant défaut, l'on a recours exclusivement au traitement médical, plusieurs femmes guérissent et la grossesse peut évoluer

jusqu'au terme normal. Aussi conseille-t-on généralement de ne pas ajouter, par la provocation du travail, une nouvelle complication à une situation suffisamment dangereuse et difficile à ménager. Cependant d'après l'expérience personnelle de Lusk, la coutume d'abandonner à la nature seule le soin des choses est généralement désastreuse, tandis qu'il a pu, par la provocation du travail, obtenir un certain nombre de guérisons.

La base du traitement des convulsions, dans la période des suites de couches, doit être : l'opium, le chloral, le veratrum ou la digitale. Il ne faut alors recourir qu'avec prudence au chloroforme et à la saignée, si tant il est vrai que ces moyens méritent encore notre confiance à ce moment.

La discussion sur ces deux travaux, ainsi que l'élection des officiers, sont remises à la réunion qui aura lieu vers le 15 janvier prochain.

M. PHENIX, de St-Sébastien, M. CHEVALIER, d'Iberville et M. GODREAU, de Lacolle, s'inscrivent pour la prochaine séance.

Traitement de l'*Acné disseminata*, par Louis HEITZMANN.—

1° *Acné seborrhœica* : frictions le soir avec la solution de Vlemingkx, en commençant par une partie de la solution pour dix parties d'eau, et élevant peu à peu le titre de la solution. Cette solution irrite-t-elle la peau, *cold cream unguentum rosatum*.

2° *Acné papulosa*, comédons nombreux, pustules petites : frictions avec sable et savon, exprimer le contenu des comédons ; frictions chaque soir avec du savon de potasse ou bien avec : savon de potasse, 30 ; alcool à 95°, 60 ; eau commune, 90 ; esprit de lavande, 15. Ne pas essuyer. *Cold cream* s'il survient de l'irritation. Dans les cas graves, faire le soir une application de pâte de Lassar ou de pommade de résorcine à 10 %.

3° *Acné indurata, pustulosa* : Evacuer chaque pustule et en cautériser la paroi avec un petit morceau de bois trempé dans du perchlorure de fer. Puis frictions avec une solution d'acide phénique à 5 %.— En outre, chaque soir frictions avec ce même acide salicylique, 3,6 ; alcool à 95°, 120 ; employer d'abord cette solution étendue, puis pure.

Si la peau du visage est mince, flasque, il est bon de la pincer, de la malaxer jusqu'à production de rougeur, puis de faire un lavage avec une solution phéniquée à 3 à 5 %.—*Lyon médical*.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Les pleurésies.—Clinique de M. le Dr LANCEREAUX, à la Pitié.
—Les pleurésies, au point de vue anatomique, peuvent être divisées en trois groupes ou genres principaux : les pleurésies exsudatives, suppuratives et prolifératives, suivant qu'elles sont caractérisées par la prédominance d'un exsudat sérofibrineux ou purulent, ou que leur lésion anatomique consiste dans la formation d'un tissu jeune qui revêt des formes diverses et parvient à une organisation plus ou moins complète. Cette classification repose sur la nature des modifications que les diverses causes pathologiques font subir à la séreuse pleurale.—Si nous nous plaçons au point de vue clinique et si, de la lésion locale nous remontons à la cause, nous voyons que les pleurésies sont primitives ou secondaires. Le groupe des pleurésies secondaires est de beaucoup le plus vaste : il comprend toutes les localisations des maladies générales ou infectieuses sur la plèvre ; dans ce cas, la pleurésie est un phénomène contingent, une manière d'être de la maladie génératrice, de même que l'altération des plaques de Peyer est une manifestation pour ainsi dire constante, mais secondaire, du typhus abdominal. C'est pourquoi je pense que le chapitre pleurésie pourrait être fortement écourté dans les livres classiques. Au rhumatisme articulaire aigu appartient en effet la description de la pleurésie rhumatismale : à la tuberculose, celle de la pleurésie tuberculeuse avec ses formes diverses ; à la syphilis, la pleurésie qui accompagne les manifestations pulmonaires de cette maladie, et enfin aux nombreuses variétés d'infection pyémique, les pleurésies purulentes.

Il n'y a pas lieu de confondre ces pleurésies pas plus que de les décrire dans des chapitres spéciaux, indépendamment de la maladie à laquelle elles se rapportent, car ce serait agir comme on le faisait autrefois, alors qu'on décrivait la dyspnée comme une affection spéciale sans tenir aucun compte de la maladie première, pulmonaire, cardiaque ou rénale. Si j'avais à écrire un livre de pathologie, j'écourterais singulièrement le chapitre des inflammations pleurales ; j'éliminerais d'emblée toutes les pleurésies qui trouveraient naturellement leur place dans l'étude de la maladie causale, et je ne conserverais qu'un type : la pleurésie primitive,

essentielle, *a frigore*, la *fièvre pleurétique*, comme je voudrais la voir appeler.— Cette pleurésie a en effet une existence autonome, ainsi que j'ai cherché à le montrer dans une communication au Congrès de l'Association scientifique tenu à Paris en l'année 1878, et depuis lors dans des leçons faites à ce même hôpital. Son début, sa lésion, son mode d'évolution, tout lui marque une place à part dans le cadre nosologique ; et, quoi que certains auteurs aient écrit dans ces dernières années, je tiens son existence aussi réelle que celle de la pneumonie ou *fièvre pneumonique* à laquelle elle peut d'ailleurs être comparée. Deux malades atteints de cette affection sont en ce moment dans nos salles ; leur examen, je l'espère, parviendra à vous convaincre de l'exactitude de notre manière de voir.

Le premier est un jeune homme de vingt-cinq ans qui est couché au n° 15 de la salle Piorry. C'est un garçon robuste, bien musclé, de haute taille ; il exerce la profession de journalier. Toujours bien portant, il est impossible de relever chez lui aucune tare héréditaire ou personnelle. Jamais il n'a eu d'affection pulmonaire, jamais il n'a toussé. Samedi dernier, 1er février, étant en pleine santé, il est pris subitement, vers midi, d'une céphalalgie violente avec étourdissements et bourdonnements d'oreilles. Il y a en même temps de petits frissons de courte durée, puis il tremble des membres et claque des dents. Il quitte son travail, rentre chez lui et se met au lit. Dans la soirée, la respiration est gênée par un point de côté très violent, fixe, siégeant en dehors et un peu en dessous du mamelon droit ; la douleur est exaspérée par les mouvements du thorax, par ceux du bras droit, par la marche. La fièvre s'allume, le malade a la peau chaude, la langue pâteuse, les urines rouges. Remarquez le début spécial de la maladie : la scène commence par l'apparition des symptômes généraux, frisson, fièvre, céphalalgie que indiquent l'envahissement de l'organisme par une maladie générale. Si à ce moment vous aviez pu pratiquer l'auscultation de la poitrine, vous n'auriez rien découvert, car la localisation morbide sur la plèvre ne se révèle par des signes physiques qu'au bout d'un certain nombre de jours.

Il en est de même d'ailleurs dans la pneumonie qui débute par des phénomènes généraux graves et qui se révèle seulement au bout de plusieurs heures par des symptômes physiques appréciables.

La pleurésie spéciale que nous étudions débute donc comme une maladie générale ; et si j'insiste sur ce fait, c'est qu'il a pour moi une importance majeure ; il vous montre qu'il s'agit bien d'une maladie essentielle, primitive, indépendante de tout état anatomique antérieur de la plèvre ou de tout autre organe. Ce début solennel existe-t-il dans tous les cas ? Oui, certainement, quand il s'agit de la forme dont nous parlons, mais il passe très

souvent inaperçu parce que les malades arrivent très rarement dès les premiers jours de leur mal; nous les voyons d'ordinaire quand l'épanchement est presque complètement constitué.

Il nous a été donné de pouvoir observer ce malade dès la fin du troisième jour, et suivre jour par jour le progrès de l'inflammation pleurale. Lors de son entrée, le 4 février au matin, il se plaint d'une céphalalgie frontale très vive, de douleurs lombaires, de courbature. Le point de côté, très violent au début, a diminué d'intensité, et peu à peu la respiration est devenue plus facile. La face est rouge, les pommettes fortement colorées, les conjonctives injectées. La langue est blanche, recouverte d'un fort enduit saburral, l'appétit est fort diminué, et la constipation opiniâtre depuis trois jours. La température axillaire est de 39° dans l'aisselle; le pouls est plein, ample et bat 96 fois par minute. Les urines sont rares, fortement colorées, elles ont une densité de 1.027 et ne contiennent pas d'albumine. Le point de côté et les symptômes généraux attirent tout d'abord notre attention du côté du thorax: la percussion offre un peu moins d'élasticité; à droite, l'auscultation fait reconnaître une diminution très légère du murmure vésiculaire dans ce même côté; mais la différence est à peine sensible, c'est une simple nuance. Tel est l'état de notre patient à la fin du troisième jour. J'aurais dû agir énergiquement ce jour-là, et pratiquer une forte révulsion sur la poitrine en appliquant entre les deux épaules un large vésicatoire. Sans doute, il eut été possible de modifier par ce moyen l'état anatomique de la plèvre et de l'opposer à l'exsudat séro-fibrineux.

Le vésicatoire est indiqué; c'est à cette période, alors que l'épanchement est peu abondant et que les vaisseaux lymphatiques sont encore libres. En diminuant l'irritation, un large vésicatoire peut être efficace, plus tard, quand l'épanchement est constitué et que les espaces et les vaisseaux lymphatiques sont obstrués, où l'on voit que cette emplâtre devient absolument inutile. Je vous dis ceci parce que l'on abuse du vésicatoire dans le traitement de la pleurésie, où l'on voit certains malades portant la trace de dix et quinze vésicatoires successivement appliqués. Leur nombre même est la preuve évidente de leur inefficacité. Quoi qu'il en soit, notre malade n'a pas été traité à ce moment, peut-être tant pis pour lui, mais tant mieux pour nous, car l'inflammation pleurale n'a pas été modifiée, et nous pouvons en suivre l'évolution naturelle. Eh bien! voici ce que nous constatons: les 5 et 6 février, il y a un amendement léger des symptômes généraux, et l'examen du thorax est toujours à peu près négatif. Le 7 février au matin, c'est-à-dire six jours pleins après le début du mal, on constate de la matité à droite et en arrière, jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; un souffle doux, lointain se fait entendre dans ces mêmes limites, l'égophonie est manifeste. L'épanchement s'est donc révélé brusquement et est devenu

très appréciable au bout de 12 heures. En même temps que le liquide s'épanche, la température s'élève et atteint dans l'aisselle 39°8. L'anorexie est complète; la quantité d'urines est de 600 grammes en 24 heures. Le 8 février, la matité remonte jusqu'à l'épino de l'omoplate; à cette hyperexsudation de liquide correspond une hyperthermie très marquée, puisque la température axillaire est de 40°6 le soir. Les 9, 10 et 11 février, l'épanchement augmente encore un peu, puis reste stationnaire, de sorte qu'il se trouve complet dix jours environ après le frisson initial. C'est le laps de temps moyen que met l'exsudat à se produire dans la fièvre pleurétique. Les jours suivants, l'état général s'améliore, la céphalalgie diminue, ainsi que la prostration; la fièvre décroît d'intensité, mais les urines sont toujours très rares et fortement colorées. Les 16 et 17 février, la matité est absolue en arrière et à droite dans toute la hauteur du thorax; en avant, immédiatement sous la clavicule, on a une zone tympanique de deux centimètres de hauteur environ; plus bas, la matité thoracique est complète et se confond avec la matité physiologique du foie. Celui-ci est abaissé; il déborde de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes, et la palpation à travers la paroi abdominale est douloureuse. La cavité de la plèvre droite est donc pleine de liquide, le malade accuse une dyspnée assez considérable et les mouvements s'accompagnent de quintes de toux pénibles. Dès lors, une indication se présente, celle d'évacuer une partie du liquide contenu dans la plèvre, afin de diminuer la compression du poumon, et aussi la probabilité d'une syncope mortelle, quoique cet accident se produise surtout dans les cas où l'épanchement situé à gauche vient à déplacer le cœur.

La thoracentèse est pratiquée le 18 février, et l'on retire, à l'aide de l'appareil Potain, environ 1500 grammes d'un liquide clair, jaune ambré, très riche en albumine, et qui donne naissance par le refroidissement et le repos, à un vaste coagulum fibrineux. La cavité pleurale n'a pas été vidée à fond, parce que cela m'a paru au moins inutile; la ponction a été pratiquée surtout pour parer à un danger possible, et non dans le but de hâter la résorption de l'épanchement, bien convaincu que l'évolution de la fièvre pleurétique est parfaitement réglée, et qu'il est impossible de la faire dévier, à une certaine période, quelle que soit la méthode de traitement employé.

Cette évolution comprend trois phases, ou une période d'exsudation qui commence avec le frisson initial et se termine quand l'épanchement est complet; elle dure 8 à 12 jours en moyenne. Nous savons déjà que, tout-à-fait au début de cette période, le médecin peut, à la rigueur, par une révulsion énergique, arrêter le travail phlegmatique, mais dès que l'épanchement est complet, tout moyen devient inutile, et le mal suivra fatalement son cours régulier. La deuxième période ou période d'état, comprend tout

le temps où l'épanchement reste stationnaire, sa durée est variable, mais elle ne dépasse guère 3 ou 4 semaines. Cette période est longue, et voici les causes de sa durée: par suite du travail inflammatoire qui se produit dans la plaie, les canaux lymphatiques qu'elle contient sont obstrués par des bouchons de fibrine; quand l'inflammation est généralisée, toutes les voies lymphatiques sont fermées. L'épanchement durera donc forcément jusqu'au moment où cette fibrine, subissant la désintégration granulo-graisseuse, est résorbée: à ce moment, en effet, le système lymphatique redevient perméable, et la résorption du liquide s'opère rapidement. Or, l'observation démontre que ce travail de régression demande de trois à quatre semaines, pour être complet.

Ce mécanisme étant bien connu, il est facile de comprendre toute la difficulté qu'il y a à racourcir, même d'un jour, cette période de la fièvre pleurétique. Aussi, quand un patient atteint de cette maladie se présentera dans notre service, avec un épanchement abondant, nous nous contenterons de le surveiller de près, et si la quantité de liquide épanché nous paraît trop considérable, nous pratiquerons une ponction, sans prendre le soin d'enlever la totalité du liquide, et nous nous abstiendrons de toute révulsion inopportune sur le thorax: teinture d'iode, pointes de feu ou vésicatoire.

C'est cette règle de conduite qui nous a guidé dans ce cas particulier. Notre malade est vierge de toute médication, et comme il est aujourd'hui vers la fin du troisième septenaire, vous verrez que, dans une quinzaine de jours, le liquide disparaîtra et que la guérison surviendra spontanément.

Un point sur lequel j'appelle votre attention, c'est la rapidité avec laquelle cette résorption de l'exsudat se produit. Un matin, en effet, le malade vous raconte qu'il a uriné deux ou trois litres de liquide, et qu'il se sent soulagé. Vous auscultez la poitrine, et vous trouvez que la sonorité est revenue là où elle n'existait pas la veille et qu'une grande partie de l'épanchement a disparu.

La polyurie persiste quelques jours, et le liquide est complètement résorbé au bout de ce temps. Cette crise urinaire, je l'ai constatée bien des fois, et si vous suivez avec attention notre malade, vous verrez qu'il la présentera aussi dans une quinzaine de jours et que la guérison sera extrêmement rapide. Cette crise coïncide avec le retour à la perméabilité des lymphatiques pleuraux: le liquide est repris par le torrent circulatoire et éliminé par le rein. C'est la troisième et dernière phase de la fièvre pleurétique. (*A suivre*).

Les dents et le diabète, par le Dr. MAGITOT.—L'examen de la bouche fournit au diagnostic du diabète sucré un signe constant.

Ce signe consiste dans une lésion du bord alvéolaire désignée sous le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire*.

Cette manifestation du diabète, qui appartient au début de la maladie et qui persiste pendant toute la durée, acquiert, dans certaine circonstance, l'importance d'un *signe révélateur*.

L'affection alvéolaire se caractérise, comme signe initial du diabète, par sa première période ou période de simple *déviatio des dents*. Par sa seconde période, *ébranlement des dents et cutarrhe alvéolaire*, elle répond à la phase d'état de la maladie générale; par sa troisième période ou chute des dents, elle correspond à la phase la plus avancée de la maladie.

Au delà de ce dernier terme, si le diabète continue son évolution, les bords alvéolaires peuvent devenir le siège d'une résorption osseuse, consécutive ou non à la gangrène de la gencive. Ce dernier signe est critique et précède de peu ordinairement la terminaison fatale du diabète.—*Paris médical*.

Les troubles psychopathiques de la miction.—Le travail que l'un des élèves de M. le professeur Guyon, M. le Dr JULES JANET, vient de publier sur ce sujet, renferme un grand nombre de considérations très intéressantes et des aperçus très ingénieux sur le côté psychopathique des troubles urinaires. M. Janet a pour but de démontrer qu'il existe une forme spéciale de psychopathie ayant une tendance marquée à se localiser sur les organes d'expulsion de l'urine. Cette affection est caractérisée par une triade symptomatique à peu près constante : incontinence d'urine dans l'enfance; plus tard pollakiurie simple, douloureuse ou spasmodique après la guérison de l'incontinence; hypochondrie urinaire généralement combinée à l'hypochondrie génitale que le malade a de la peine à en séparer dans une dernière période. Ces trois états successifs sont en quelque sorte les trois périodes d'une même maladie.

M. Janet montre d'abord quel est le rôle de l'attention dans la miction normale. Le phénomène de la miction nécessite pour se produire une double action : 1^o une action dynamogénique qui fait contracter la paroi musculaire de la vessie; 2^o une action inhibitive qui relâche le sphincter urétral¹

La première de ces actions se produit généralement avec facilité; la seconde, qui est purement psychique, nécessite la suspension momentanée de l'action d'un muscle strié, et pour obtenir ce résultat, le meilleur moyen que nous ayons consiste à en détacher le plus possible notre attention. Si ce temps de distraction ne se produit pas ou est incomplet, la miction devient difficile, quelquefois impossible. Or, c'est déjà un trouble très léger, il est vrai, que celui qui se remarque chez certains individus qui sentent la nécessité de cette distraction et qui sont dans l'impossibilité absolue d'accomplir la miction dès qu'ils pensent à l'acte qu'ils exécutent.

A un degré plus avancé survient ce que Paget a appelé le *bégaiement urinaire*. Dans sa forme la plus simple il consiste dans ce fait

que les individus qui sont atteints de cette infirmité ne peuvent uriner quand on les regarde. Les sujets qui en sont atteints, dit cet auteur, pissent normalement aux moments ou aux endroits accoutumés, mais quand ils se trouvent avec des étrangers ou dans des endroits associés dans leur esprit avec le bégaiement, ils ne peuvent uriner et sont exposés à la rétention. Cette rétention est rare, mais elle arrivera le jour où le malade portera en lui constamment la cause de son affection, le jour où il se gênera lui-même en se regardant pisser, aussi bien que l'impuissant arrivera à ne pouvoir jamais exécuter le coït le jour où il doutera de lui devant toutes les femmes. Cette forme de rétention ne se produit guère que lorsqu'une cause occasionnelle se surajoute, venant encore affaiblir la contractilité vésicale, telle que la rétention volontaire ou un traumatisme.

Un phénomène fréquent chez le psychopathe urinaire est le spasme uréthral. D'après M. Guyon, c'est un obstacle intermittent et passager, toujours plus considérable au moment où l'envie de pisser est très grande. Ce dernier caractère est très important. Le spasme de la région membraneuse n'est pas continu, il se produit comme la rampe des écrivains, à laquelle il ressemble à bien des points de vue, au moment où nous portons notre attention sur le sphincter uréthral et où nous cherchons à l'utiliser. Ce spasme est la cause première d'un grand nombre des accidents dont se plaignent les psychopathes urinaires.

Enfin un phénomène fréquent dans la symptomatologie présentée par les psychopathes urinaires est la pollakiurie; la fréquence des mictions est un phénomène très habituel chez eux et présente deux variétés principales: la pollakiurie psychopathique précoce qui se développe dans l'enfance et peut persister jusqu'à l'âge le plus avancé et la pollakiurie psychopathique tardive qui semble attendre pour s'installer que l'attention du malade soit appelée sur ses organes génito-urinaires; elle débute, par exemple, à l'occasion de la première blennorrhagie et persiste après la complète disparition de celle-ci.

La pollakiurie précoce se transforme très souvent en miction involontaire nocturne, et, d'après M. Janet, l'incontinence nocturne, même chez les enfants, se fait le plus souvent par l'intermédiaire d'un *rêve de miction*; et voici comment il l'explique. Ces petits incontinents nocturnes sont déjà de véritables hypochondriaques urinaires. En se couchant, leur unique préoccupation est de savoir s'ils urineront au lit; ils s'endorment avec cette pensée. A leur réveil, leur premier mouvement est de tâter leurs draps pour voir s'ils les ont mouillés. Pendant la journée on les gronde, on les prive de dessert, quelquefois on les corrige encore plus sévèrement, si bien qu'en réalité, jour et nuit, ils sont sollicités à penser à leur vessie; ce n'est pas une bonne condition pour diminuer la fréquence de ses contractions. On conçoit que dans cet état, l'enfant qui dort profondément et dont la pollakiurie est

réelle, ait des rêves mictionnels dont il ne se souvient presque jamais au réveil.

Le traitement de l'incontinence nocturne doit être très différent de celui qu'on emploie habituellement. Ainsi que M. le professeur Guyon dont il est l'élève, M. Janet pense que l'électrisation peut rendre de grands services. Elle agit en rendant la muqueuse sensible, ce qui force les enfants à se réveiller et à se lever aux premières menaces de l'envie d'uriner; mais cela ne diminue pas la pollakiurie qui est la cause première de l'incontinence. Mais lorsque cet effet s'est produit plusieurs fois, l'enfant, plus confiant, s'endort sans plus songer à sa vessie; l'effet immédiat de cette distraction se fait aussitôt sentir; la vessie n'étant plus tenue en éveil par les pensées de miction, se repose elle-même et se laisse distendre, comme une vessie normale qu'elle est, sans se contracter. A part ce traitement électrique, il est absolument indispensable de faire perdre au jeune malade ses préoccupations mictionnelles. Il est donc de toute nécessité d'éviter absolument les remontrances, les punitions et les corrections qui ne font qu'entretenir cet état. Un traitement moral se joindra donc utilement à l'électrisation urétrale; il consistera à tranquilliser le malade sur son état, à lui assurer sa guérison prochaine, à lui recommander d'oublier le plus possible sa vessie et de ne pas se préoccuper de ses mictions involontaires.

Tels sont les principaux symptômes que peut présenter le psychopathe urinaire; mais si on les examine dans leur ensemble et dans leur évolution, voici ce qu'on observe. Les psychopathes urinaires naissent de parents qui font partie de la grande famille névropathique; on retrouve dans leurs ascendants soit d'autres psychopathes urinaires, soit toute autre tare nerveuse, quelle qu'elle soit. Ils commencent leur triste carrière par la pollakiurie, symptôme qu'ils ont bien des chances pour conserver toute leur vie; cette pollakiurie se transforme souvent en incontinence nocturne, et cette infirmité, source pour ce malade d'une foule de chagrins, laisse dans son jeune cerveau une empreinte profonde. Il n'est donc pas étonnant de retrouver plus tard chez lui cette crainte sourde des affections vésicales que lui ont quelquefois légué héréditairement plusieurs générations d'incontinents nocturnes.

De 4 à 20 ans, l'incontinence nocturne guérit; mais presque toujours, l'incontinent guéri reste sujet à la pollakiurie diurne et au hégaiement urinaire. Cependant, tout n'est pas fini pour lui: son appareil génital va entrer en jeu et ajouter ses troubles à ceux que son appareil urinaire présentait déjà. Ces accidents génito-urinaires vont prendre dans son esprit une importance considérable et par là même exagérer ses troubles anciens, tels que la pollakiurie, en produisant de nouveaux, tels que le spasme et les névralgies, et finalement le conduire à l'hypochondrie la plus profonde. Cette hypochondrie offre des caractères tout spéciaux et que M. Janet décrit sous le nom d'hypochondrie urinaire.—*Congress médical.*

CHIRURGIE.

Des abcès froids. Clinique de feu Daniel MOLLIERES.—Nous avons actuellement dans notre service un certain nombre de malades porteurs d'abcès froids sur lesquels je veux appeler votre attention. Tous sont atteints d'ostéite caséuse des vertèbres, de mal de Pott.

Cette maladie est très fréquente, aussi fréquente peut-être que la tuberculose des ganglions lymphatiques. Dans une conférence d'il y a deux ans, j'ai cherché à vous démontrer que les vertèbres étant des organes lymphatiques, on pouvait considérer le mal de Pott comme une adénite.

Le pronostic de cette affection, envisagé au point de vue intrinsèque, est le même que celui des adénites tuberculeuses; s'il est plus sombre, c'est en raison de complications. Nous ne les examinerons pas aujourd'hui, et je crois avoir assez insisté sur ce point pour n'y pas revenir.

Nous n'examinerons aujourd'hui que les abcès froids, et nous les étudierons sans nous occuper du point où ils sont nés.

Voici tout d'abord une jeune fille qui, après avoir longtemps ressenti des douleurs vagues et peu intenses dans la région dorsale, a vu naître dans son aine droite une tumeur peu douloureuse qui s'est accrue avec une certaine rapidité. Elle est descendue dans la cuisse où elle fait actuellement une saillie considérable. En promenant notre main sur le dos de cette enfant, nous trouvons une gibbosité vertébrale. Elle a donc un mal de Pott. Son état général est excellent. La tumeur de l'aine s'accroît chaque jour. Mais ce qui est plus important que cet accroissement, ce sont les modifications que nous observons du côté des téguments: chaque jour nous voyons leur coloration changer; ils deviennent rouges, se couvrent de vergetures comparables à celles du ventre des femmes grosses. Si nous examinons la consistance de la tumeur, nous voyons qu'en un point elle est moins dure; en ce point on sent une dépression sous-cutanée. Imaginez-vous que vous touchez l'orifice d'une fûte enveloppée dans un morceau de drap, c'est en ce point que l'abcès s'ouvrira.

Voici maintenant une petite fille qui a dans le dos une grosse tumeur rouge, tendue. Elle aussi a un mal de Pott. Elle aussi présente une gibbosité et un point aminci qui nous permet de reconnaître en quel point s'ouvrira l'abcès. Comme chez la précédente, l'état général est excellent.

Signalons encore cette jeune fille presque paraplégique qui,

pour la seconde fois, vient réclamer nos secours. Un abcès est chez elle en voie de formation. La lésion osseuse, contre laquelle nous avons cherché à lutter en appliquant des boutons de feu, n'est pas guéri. Aussi, voyons-nous l'abcès qu'elle a dans le ventre et que l'on a eu peine à sentir, déterminer des douleurs si vives que la palpation est difficile.

Enfin, citons une femme jeune encore qui est couchée dans la salle Saint-Paul et qui présente une fistule dans la région lombaire. Son état général est relativement bon. Cette fistule n'est que l'orifice d'un abcès froid ossifluent actuellement en voie de guérison.

Ces malades, ainsi qu'un autre que je vous présenterai dans un instant, sont porteurs de ce qu'on appelle des abcès froids. Cette dénomination leur a été donnée parce que le pus dans ces abcès se produit sans douleurs aiguës, sans rougeur de la peau, et, croyait-on jadis, sans fièvre. En effet, avant l'usage quotidien de la thermométrie clinique, la fièvre matinale ou vespérale des patients échappait absolument à l'observation.—En prenant matin et soir la température de nos malades, nous pourrions nous convaincre qu'ils ont tous de la fièvre à un moment donné. Bref, ces abcès se développent sans ce complexus morbide violent qui caractérise les phlegmons.

Quand vous ouvrirez vos livres classiques, vous lirez encore qu'il y a des abcès froids idiopathiques et des abcès froids symptomatiques, ou, pour mieux dire, secondaires. Cette idée a longtemps inspiré l'enseignement et la thérapeutique de nos anciens. Je pourrais citer des noms de chirurgiens célèbres, disons même illustres, qui ont cru sincèrement guérir des abcès froids idiopathiques contenant un litre de pus, et même plus. La timidité de la chirurgie d'alors excuse et explique leurs illusions. Vous citerai-je un exemple ? Un gros abcès du pli de l'aîne fut ponctionné, ouvert et cautérisé par un de mes anciens maîtres qui nous fit à ce sujet une leçon sur les abcès idiopathiques. Quelques semaines plus tard, une gibbosité se produisit dans la région lombaire. Il s'agissait donc bien d'un mal de Pott.

Les abcès froids idiopathiques naissant d'emblée dans le tissu cellulaire sous cutané n'existent pas. On décrit parfois sous cette dénomination de petites collections purulentes indolentes qui s'observent chez les tuberculeux. Ce sont des lymphangites caséuses toujours superficielles, toujours limitées qui, au point de vue anatomique, ne ressemblent en rien aux grands abcès de l'aîne ou de la cuisse que je viens de vous montrer. Il en est de même des gommes syphilitiques. Elles peuvent simuler des abcès froids sans lésion osseuse ou ganglionnaire. Elles peuvent acquérir un volume énorme comparable à celui du poing. Elles contiennent un liquide visqueux et jaune qui ressemble à du pus. C'est sous la peau qu'elles se développent. Leur ressemblance avec les

abcès ossifluents tuberculeux est telle que l'erreur a été commise même en présence d'antécédents certains.

Voilà une première catégorie de faits qui nous explique pourquoi on a cru si longtemps à l'existence des grands abcès idiopathiques. *On avait classé sous ce nom des gommés immenses.*

Le malade que vous allez voir va nous donner la clef d'une autre cause d'erreur. Il s'agit d'un grand garçon bien bâti qui est venu cet été dans mon service pendant que j'étais en vacances. Il avait alors depuis peu de temps, après quelques douleurs lombaires, remarqué l'apparition d'une tumeur dans la région inguinale. Cette tumeur fluctuante alors descendait de la fosse iliaque et passait au-dessous de l'arcade crurale. Elle était plus pelvienne que crurale, si bien que la ponction qui fut pratiquée dans l'aîne ayant donné un peu de sang, le chirurgien qui opérait put se demander un instant si la veine fémorale ou la saphène interne n'était pas la cause de cette hémorrhagie. Vous pouvez voir aujourd'hui que l'abcès ponctionné dans l'aîne au mois d'août siège actuellement vers la région postérieure de la cuisse. On ne sent plus rien dans la région inguinale. Le chirurgien qui n'aurait pas vu ce malade cet été songerait à une lésion du fémur. Il ouvrirait cet abcès, et ne trouvant pas de points osseux malades, ne serait-il pas en droit de croire à l'existence d'un abcès froid idiopathique ?

L'existence des abcès froids idiopathiques a donc été admise en raison des abcès migrants. On a nommé les abcès ossifluents : *abcès par congestion*. C'est un mot qui ne signifie rien, n'explique rien. Je voudrais être le dernier à le prononcer. Il n'y a là aucune congestion. Mais on les a aussi appelés *migrants*, et jamais en chirurgie ce mot n'a été plus véridiquement employé. Né dans le dos, le pus sous l'influence de la pesanteur descend ; il quitte le tronc pour arriver aux membres inférieurs. Là, on peut, sans aucun danger, l'évacuer. C'est un ennemi que l'on a su attirer loin de ses retranchements et que l'on est sûr de pouvoir vaincre.

Mais si l'on ignore les antécédents du malade, on ignore aussi l'origine du pus : on la méconnaît.

On a cru aussi aux abcès froids idiopathiques parce que *l'on a eu affaire à des lésions guéries*. Bon nombre d'ostéites caséuses chez les adolescents guérissent spontanément à la campagne. Et ceci est aussi vrai quand il s'agit du mal de Pott que quand il s'agit des os des membres. Il y a donc lieu d'en beaucoup rabattre quand on veut apprécier les prétendus services qu'ont rendus les résections dans la chirurgie infantile. Ces ostéites caséuses, chez les adultes aussi, peuvent guérir sans que le chirurgien intervienne. Et à ce propos j'attirerai votre attention sur les ostéites que l'on observe chez les montagnards de la Savoie et du Piémont. Elles ont une marche torpide, lente, avec tendance à la guérison spontanée, quoique au point de vue anatomo-

nique elles semblent identiques à celles que l'on observe dans notre région et dont il est inutile de vous rappeler la gravité.

Avant la guérison de la lésion osseuse, il se produit du pus en abondance. Puis, une fois l'os guéri, le pus s'enkyste et finit par former des tumeurs dures, caséuses, non fluctuantes qui simulent des tumeurs solides et ne contiennent qu'un amas de substance caséuse enfermée dans une poche épaisse. Attaquons ces tumeurs, disséquons-les sur le cadavre sans examiner minutieusement les os, non seulement au voisinage, mais encore au loin, nous ne verrons rien, nous croirons à la présence d'un abcès idiopathique. Nous y croirons d'autant plus facilement qu'un abcès froid volumineux naît parfois d'une lésion osseuse extrêmement limitée.

Vous rappellerai-je cette observation d'un abcès ossifiant du sein qui, né à la face postérieure du sternum, simulait une tumeur adénoïde et ne communiquait que par un conduit filiforme avec l'os dénudé qui lui avait donné naissance. Telles sont souvent aussi les lésions costales des tuberculeux qui guérissent sans production de séquestre, après avoir donné naissance à de volumineuses collections purulentes.

Je ne crois donc pas à l'existence des abcès froids idiopathiques, et je crois vous avoir indiqué pourquoi on les avait décrits. Ces causes d'erreur admises, examinons maintenant ce que deviennent ces abcès quand ils ne sont pas traités.

Inutile d'insister sur leur migration. Elle est soumise aux lois de la pesanteur. Né très haut, le pus descend petit à petit, décollant lentement le tissu cellulaire, et, graduellement chassé par les contractions des muscles entre lesquels il chemine, il vient faire saillie sous la peau.

Cette évolution, résultant de la pesanteur et de la contraction des muscles est un acheminement vers la guérison spontanée.—(A suivre.)

Diagnostic et traitement des plaies, par armes à feu, de l'estomac et des intestins.—M. SENN, de Milwaukee, donne lecture au congrès de Berlin, d'une communication renfermant quelques indications importantes sur ce point capital de la pratique. Beaucoup de chirurgiens ont prétendu que toutes les fois qu'il existe une plaie de l'abdomen, par arme à feu, il faut faire une incision exploratrice pour s'assurer de la pénétration ou de la non pénétration. M. Senn estime que c'est aller trop loin et que le diagnostic peut être fait sans pratiquer nécessairement la laparotomie.

Il suffit, pour cela, d'insuffler dans le rectum un gaz inerte. Dans six cas où l'auteur a appliqué sa méthode, le résultat a été très probant, car deux fois l'insufflation démontra qu'il n'y avait pas de perforation et effectivement les malades guérirent. Le moyen est encore utile, une fois la laparotomie commencée, pour faire connaître exactement le siège de la perforation.

On a prétendu que la valvule iléo-cæcale n'était pas perméable aux gaz, ce qui est une erreur, ainsi que M. Senn le démontre par l'expérience directe pratiquée sur le chien.

Quand il existe une perforation, le gaz pénètre dans le péritoine et la matité du foie qui persistait tant l'intestin seul était distendu, disparaît à ce moment. Si on ouvre alors le ventre, on trouve aisément le point où siège la perforation, à l'endroit où la portion distendue de l'intestin fait place à la portion affaissée. Pour trouver les perforations qui pourraient siéger plus haut, il suffira de vider la portion d'intestin située au-dessous de la perforation primitive, de la pincer avec le doigt immédiatement au-dessous, et d'insuffler du gaz à travers l'ouverture déjà constatée : on explorera ainsi toute la hauteur du tube intestinal jusqu'à ce que le gaz sorte par la bouche.

La crainte de voir le courant gazeux entraîner des matières intestinales dans la cavité péritonéale et provoquer une péritonite septique, est puérile, au dire de M. Senn, qui n'a jamais vu ce fait se produire.—*Paris médical.*

Intervention chirurgicale dans les traumatismes craniens.

—M. HORSLEY préconise beaucoup la chirurgie cérébrale ; dans bien des cas, une intervention rapide donne de bons résultats chaque fois que le cerveau a été atteint d'une lésion traumatique. Il cite le cas d'un médecin qui, atteint d'une fracture du crâne, devient hémiplegique au bout de 10 jours. M. Horsley trépana le temporal, enleva les caillots et les esquilles, et, deux ans après, le confrère pouvait reprendre l'exercice de sa profession.

Il conviendrait de pratiquer la ligature de la carotide primitive lorsqu'on se trouve en présence d'une hémorrhagie cérébrale d'autant seulement de quelques heures. Il a pratiqué cette opération plus de vingt fois, et elle est inoffensive si l'on prend les précautions antiseptiques.

Les abcès, les tumeurs du cerveau doivent être opérés par la trépanation ; même pour les gommes cérébrales, il est probable que le traitement médical n'est que palliatif et ne les fait que diminuer sans les faire disparaître tout à fait. Dans les cas d'épilepsie jacksonienne, il faut explorer l'écorce cérébrale à l'aide du courant galvanique, et lorsqu'on a reconnu quelle est la région qui provoque les convulsions, on en fait l'excision.

Sur 43 opérés, M. Horsley n'a perdu que 10 malades, dont deux par choc opératoire. Quant à la colonne vertébrale, il convient de la trépaner lorsqu'on peut espérer faire cesser la compression de la moelle.

M. ALTHAUS préfère traiter les hémorrhagies cérébrales par les injections hypodermiques et les lavements d'ergotine.—*Praticien.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Rétention du placenta après l'avortement, le mode d'intervention. — Dans le cas de rétention placentaire après l'avortement, le mode d'intervention est encore très discuté, et actuellement certains auteurs ont une tendance à préconiser le curettage et l'éouvillonnage pour tous les cas. Dans un travail très étudié sur ce sujet, M. AUDEBERT, de Bordeaux, soumet à une critique très sérieuse les différentes méthodes employées dans ces circonstances et arrive aux conclusions suivantes que nous résumons.

Un premier cas peut se présenter : c'est celui où le placenta est retenu dans la cavité utérine depuis longtemps sans avoir produit d'accident grave. Ce séjour peut être fort long sans inconvénient, mais ce n'est pas une vraie raison pour attendre inactif l'expulsion du délivré. Par des injections intra-utérines chaudes antiseptiques avec la sonde de Budin, on doit chercher à obtenir la désinfection des voies génitales, et tâcher d'amener les contractions expulsives des fibres musculaires de l'utérus. Les liquides employés sont le sublimé au 3/1000, le permanganate de potasse au millième, l'acide phénique au 20/1000, l'acide borique au 20 ou 30/1000, le naphтол au 2/1000, la créoline au 2/1000. La température du liquide injecté sera de 40° à 45°. En même temps un tampon sera appliqué à la vulve, tampon d'ouate salolée ou iodoformée. Tout traitement actif, en pareil cas, doit être sévèrement condamné.

Dans un deuxième cas, si la malade est prise de frissons, ou de céphalalgie, c'est que l'infection est proche ; en très peu de temps, la température s'élève, les lochies prennent de l'odeur. Il faut intervenir aussitôt et tenter l'extraction digitale du placenta.

Dans un troisième cas, les accidents sont déjà anciens et beaucoup plus graves, la fétidité extrême, la température très élevée ou peut craindre alors que la main soit insuffisante, non pour décoller le placenta, car ce décollement est fait certainement, mais la curette seule peut enlever les débris de matrice mortifiée et opérer le nettoyage complet de cette cavité utérine complètement remplie par les éléments infectieux. Le curettage, au lieu d'être la règle, devient donc tout à fait l'exception. Quant à l'extraction digitale, qui doit être faite tout à fait antiseptiquement, nous en rappellerons les règles d'après la description qu'en donne M. Audebert.

La femme est placée en position obstétricale et endormie si

cela est jugé nécessaire. Le rectum et la vessie sont vidés. Les précautions antiseptiques les plus méticuleuses sont prises, ainsi que l'ont indiqué MM. Budin et Pozzi.

Les ongles de l'opérateur sont brossés avec le plus grand soin, les bras savonnés jusqu'au coude, puis trempés dans le sublimé au 1000^e.

La vulve et le mont de Vénus sont savonnés, puis lotionnés à l'acide phénique, le vagin désinfecté. Une ou deux injections intra-utérines, suivant le degré de l'infection, compléteront la toilette de l'opérée, puis l'opération est commencée.

Dans un premier temps, pendant qu'un aide presse fortement sur le fond de la matrice, à travers la paroi abdominale, et l'abaisse le plus fortement possible, l'accoucheur introduit une main dans le vagin. L'index va à la recherche du col, dans lequel il pénètre. Si l'orifice interne est fermé, il suffira d'une pression continue quoique peu énergique sur cet orifice, pour qu'il s'entr'ouvre et livre passage au doigt. Si ce procédé ne suffisait pas, on pourrait se servir du dilatateur Tarnier, ou à son défaut, des dilatateurs plus lents, éponge préparée, laminaire, etc... Il n'est pas nécessaire d'abaisser l'utérus par la traction directe au moyen d'une pince de Museux, car, ainsi que l'a fait remarquer M. Guéniot, le col est toujours très bas dans le cas d'avortement et la pression sur le ventre donne un abaissement suffisant.

Dans un deuxième temps, une fois introduit dans l'utérus, l'index, auquel on peut ajouter le médius, si cela est nécessaire, cherche à décoller toutes les parties adhérentes, mais toutes les manœuvres doivent être exécutées avec douceur; on ne doit pas gratter avec les ongles le tissu utérin qui est très friable.

Le troisième temps est constitué par l'enlèvement des débris enlevés, ce qui est fait en grande partie par une injection antiseptique intra-utérine. On applique ensuite un pansement salolé ou idoformé à la vulve.

Cette opération, en somme, est simple, ne demande pas une éducation spéciale, est à la portée de tous les praticiens et suffit dans l'immense majorité des cas.—*Journal de médecine de Paris.*

Dangers de l'ergot de seigle après l'accouchement.—M^e GACHES-SARRANTE rappelle que le professeur Pajot recommandait de ne jamais donner d'ergot de seigle tant qu'il y avait quelque chose dans l'utérus. Or, même après un accouchement normal il y a toujours quelque chose dans la matrice, débris de membrane, caillots qui s'éliminent avec les lochies et peuvent rester emprisonnés par la contraction due à l'ergot. Si l'on donne de l'ergot, on prédispose les accouchées à la septicémie, et lorsqu'elles l'évitent, elles ont des suites de couches assez longues, des métrites chroniques qui surviennent plusieurs mois après l'accouchement.

L'hémorrhagie cesse dès qu'on a complètement débarrassé la matrice. Il faut que l'accoucheur ait des mains aseptiques dépourvues d'ongles, il pénètre dans la matrice, détache les caillots au niveau de la surface placentaire, et fait un lavage avec 10 ou 15 litres d'eau aseptique par ébullition, Deux jours après, l'utérus a repris son volume normal.—*Praticien.*

Traitement des gerçures du sein chez les nourrices, par le Dr VINAY.—Les gerçures du sein ou plutôt du mamelon n'existent que chez les nourrices au début de l'allaitement. Elles ont pour cause principale les efforts de succion que fait le nouveau-né; elles sont entretenues à la fois par la répétition de ces efforts et aussi par les germes déposés sur l'organe par la bouche de l'enfant. Ces germes trouvent dans le lait qui baignent constamment cette région des conditions favorables de développement.

Inutile d'insister sur les inconvénients que détermine leur apparition, aussi comprendra-t-on qu'on ait cherché avec soin le moyen de les prévenir et de les guérir. Les substances recommandées sont nombreuses, depuis le beurre de cacao et le vin aromatique jusqu'au nitrate d'argent, c'est à-dire qu'on a employé des substances agglutinatives, cicatrisantes et aussi des antiseptiques. Malheureusement la difficulté du traitement reste toujours grande, elle résulte des conditions pathogéniques qui provoquent l'ulcération. Quel que soit le remède adopté, les résultats se font longuement attendre, parce qu'à chaque tétée les mouvements des lèvres, la pression de l'arcade dentaire entr'ouvrent la petite solution de continuité, la salive l'ensemence: toutes conditions qui favorisent sa persistance toujours si longue.

Dans le traitement des gerçures du sein, il est nécessaire de ne pas employer des substances à odeur trop pénétrante, parce que la plupart des enfants ont le goût et l'odorat développés de très bonne heure. Il y aurait vite, de leur part, une répugnance telle que l'alimentation en souffrirait. C'est pour cela qu'il faut renoncer à l'iodoforme et à la plupart des dérivés de la benzine, comme le phénol, la créosote, la créoline. J'ai fait quelques recherches avec cette dernière substance dans mon service de la Maternité de l'Hôtel-Dieu, où je l'ai employée sous la forme suivante:

Eau.....	20 gr.
Créoline	1 —

On a ainsi un liquide blanchâtre, un peu agglutinatif, suffisamment antiseptique, à odeur de goudron très prononcée; mais je dois avouer que les résultats obtenus n'ont guère été satisfaisants.

Une substance introduite récemment dans la thérapeutique, l'aristol, m'a semblé bien préférable. On sait qu'on obtient cette préparation en faisant agir une solution iodo-iodurée sur une solution alcaline de thymol. Il se forme alors un précipité amorphe

d'un rouge brunâtre qui donne, quand on la presse entre les doigts, une légère odeur de thymol assez agréable. Cette substance semble avoir les propriétés cicatrisantes toutes spéciales; elle est inférieure à l'iodoforme pour le traitement du chancre mou; mise en suspension dans un mucilage ou dans de l'huile, elle n'a aucune action sur l'urétrite blennorrhagique. Mais si son influence paraît nulle sur les plaies spécifiques, elle facilite singulièrement la cicatrisation des ulcérations indifférentes.

Cette action s'est manifestée sur des plaies gangréneuses, des gommès syphilitiques ulcérées, des ulcères variqueux de la jambe, des abcès ganglionnaires préalablement soumis au grattage; enfin, elle favorise la cicatrisation du lupus traité d'abord par l'emploi de la cuillère ou des caustiques énergiques. L'aristol rend aussi des services dans le traitement du psoriasis, de l'eczéma parasitaire et du sycosis.

Mon expérience personnelle m'a permis de reconnaître son influence heureuse sur les plaies du décubitus et la furonculose qui apparaissent dans le décours de la fièvre typhoïde; j'ai pu constater aussi qu'elle abrège notablement la durée des ulcérations du sein chez les nourrices et les rend moins douloureuses.

On utilise habituellement l'aristol sous forme de pommade ou bien de collodion à la dose de 10 : 100. Son emploi n'est point désagréable aux malades à cause de son odeur de thymol; il ne paraît pas, du moins jusqu'à présent, avoir causé de phénomènes d'intoxication générale et son application n'est point douloureuse. Aussi comprend-on facilement sa supériorité relative vis-à-vis de l'iodoforme.

Contre les gerçures du sein, j'emploie le mélange suivant :

Vaseline liquide.....	20 gr.
Aristol.....	4 —

Je préfère la vaseline liquide comme excipient, parce qu'elle pénètre mieux dans l'intervalle des papilles que la vaseline ordinaire, l'axonge ou le beurre de cacao.

Les ulcérations du mamelon siègent en deux points différents, à la base de ce petit appendice ou bien à son extrémité libre. Cette dernière variété est de beaucoup la plus fréquente, de même qu'elle est la plus douloureuse et la plus grave, c'est elle qui s'accompagne parfois du sphacèle de l'organe et qui est le point de départ de la plupart des abcès du sein.

Dans le traitement topique avec la pommade d'aristol, il est nécessaire de répéter les applications après chaque tétée, au moins pendant les premiers jours du traitement. On pince légèrement la base du mamelon avec le pouce et l'index de la main gauche afin de bien étaler les papilles et de mettre à jour toutes les gerçures, puis avec la main droite armée d'un pinceau trempé dans le mélange on barbouille soigneusement les parties malades. L'action siccatrice de l'aristol se fait vite sentir, les douleurs diminuent

aussi dès le deuxième jour, et il est rare que la cicatrisation n'apparaisse pas le quatrième jour du traitement.

Quant aux ulcérations qui siègent à la base du mamelon, elles sont aussi rapidement modifiées par cette méthode ; mais ici encore il est nécessaire de les bien mettre à jour au moment du pansement.

Enfin, un moyen qui rend de grands services, conjointement avec la pommade à l'aristol, c'est l'emploi d'un bout de sein composé d'une petite ventouse en verre qui s'applique sur l'aréole et qui se termine par un mamelon en caoutchouc que saisit l'enfant. Cet instrument ne gêne en rien l'alimentation et il empêche les morsures et la dilacération de l'organe malade ; non seulement il écarte les douleurs au moment de la lactation, mais il permet à la cicatrisation de se faire rapidement. On aura soin toutefois de pratiquer après chaque tétée la désinfection minutieuse de ce petit instrument, de l'appendice en caoutchouc plus particulièrement ; il suffit pour cela de le tremper dans de l'eau bouillante pendant quelques instants. Malgré sa surface lisse, le caoutchouc semble être un réceptacle favori pour les germes, et dans les Maternités où le même instrument sert à plusieurs enfants, il devient l'agent habituel de la transmission du muguet.—*Lyon médical.*

Contribution au traitement de l'Hydrosalpinx, par ZABOLOTSKY.—L'auteur, tout en admirant les succès opératoires de la gynécologie, pense qu'il ne faut quand même pas pousser trop loin le zèle laparotomique, et qu'il faudrait essayer d'abord un traitement moins radical qui souvent est suffisant. A l'instar de Valton, Doleris, etc., il a appliqué à l'hydropisie des trompes la dilatation de l'utérus, et il a obtenu quatre succès chez quatre malades. Il employait toutes les précautions d'antisepsie voulues, et a pu laisser les tiges de laminaire pendant quarante heures dans l'utérus, sans conséquences désagréables ; une éponge, laissée pendant quarante heures à demeure, présentait au bout de ce temps une odeur légèrement putride. Il attirait l'utérus à la vulve avec une pince tire-balles, lavait sa cavité, quand une sonde Bozeman pouvait y pénétrer, et autrement introduisait tout droit la laminaire enduite de glycérine iodoformée ; le jour suivant, on remplaçait la tige par une autre plus volumineuse, après lavage de l'utérus, et ainsi de suite, jusqu'à obtenir l'évacuation des tumeurs fluctuantes formées par les trompes, qu'on sentait dans les culs de sacs vaginaux. La température ne s'est jamais élevée pendant le traitement. Le contenu des trompes se vide généralement mêlé d'un peu de sang, avec de fortes coliques. Le traitement, quoique douloureux, est sans danger et rapide, et les malades s'y prêtent volontiers. Quant au fait de savoir si les résultats obtenus sont durables, les observations de Zabolotsky ne laissent pas d'un temps suffisamment long pour pouvoir en juger.—*Gazette de gynécologie.*

PÉDIATRIE.

Antisepsie dans la scarlatine.—Clinique de M. le Dr HUTINEL à l'hôpital des Enfants-Malades — M. Hutinel a donné, dans une de ses leçons, la statistique des résultats obtenus dans le pavillon de la scarlatine de l'hôpital des Enfants, résultats excellents et qui sont dus, en partie tout au moins, aux précautions qui seront indiquées tout à l'heure, et a fait suivre ces indications de quelques considérations sur la nature de cette maladie.

Le germe de la scarlatine n'est pas encore connu, malgré des recherches nombreuses et celles de Klein en particulier, mais il est remarquable que chez tous les sujets atteints de complication on a trouvé un organisme spécial, un streptocoque, qui ne se rencontre pas dans le sang mais bien dans les amygdales, le pharynx, l'arrière-cavité des fosses nasales; on l'a trouvé aussi dans les ganglions qui sont toujours engorgés, et, dans le pus, il forme de véritables cultures; c'est ce que l'on a constaté dans les pleurésies scarlatineuses, souvent purulentes, et là on l'a retrouvé seul ou associé au pneumocoque.

La connaissance de ce streptocoque, s'il était tout à fait caractéristique, pourrait dans certains cas, permettre de reconnaître la cause de certains accidents infectieux dont l'origine est difficile à reconnaître. M. Hutinel a cité, à ce propos, le fait suivant remarquable par la multiplicité des localisations infectieuses. Une jeune fille de 15 ans fut atteinte d'une fièvre violente et presque en même temps d'une otite, mais sans qu'aucun phénomène permit de supposer la rétention du pus. Le surlendemain survint une phlébite de la jambe gauche, puis deux jours plus tard un point de côté avec crachement de sang, dû évidemment à un infarctus pulmonaire; enfin, une pleurésie purulente avec troubles cardiaques vint s'ajouter à ces différents phénomènes. C'est à ce moment seulement que se produisit une desquamation très nette qui prouva qu'il s'était agi d'une scarlatine méconnue à son début. Toutes ces complications qui finirent d'ailleurs par guérir, étaient dues aux localisations diverses du streptocoque.

Ce streptocoque ne se trouve pas seulement dans les complications proprement dites de la maladie. Dans les scarlatines malignes, foudroyantes, on trouve cet organisme dans tous les organes. Dans les formes à marche moins rapide, mais avec aspect typhoïde on trouve encore le streptocoque souvent associé à d'autres micro-organismes dont on ne connaît pas bien le rôle.

Malgré sa fréquence, on ne sait pas encore si ce streptocoque

appartient en propre à la scarlatine, mais en tout cas la plupart de ses complications paraissent dues à la pénétration de ce germe. Aussi est-il important de chercher par où se fait cette pénétration. Car celle-ci a toujours le pharynx pour origine; aussi est-ce là qu'il faut aller le chercher pour le combattre; c'est ce qui explique que les grosses amygdales soient une mauvaise condition au point de vue des complications de la scarlatine, ainsi que les lésions nasales. C'est à ce point de vue principalement que l'antisepsie a été faite dans le pavillon des scarlatineux et ce sont les précautions ainsi prises qui ont certainement contribué à améliorer les résultats obtenus. Tous les jours, on faisait trois ou quatre fois par jour dans la bouche des malades des irrigations naphtholées ou boriquées. De plus, on faisait au besoin sur les amygdales des attouchements avec de la ouate hydrophile trempée dans de la glycérine boriquée. En outre, comme précaution générale, on s'attachait surtout à éviter le froid, et les enfants étaient maintenus au lit pendant quatre semaines. Enfin, leur alimentation était surveillée avec soin et composée surtout de lait en abondance; M. Jaccoud a dit depuis longtemps qu'il n'y avait pas de néphrite grave chez les scarlatineux qui boivent du lait, et c'est là un précepte extrêmement utile à suivre.—*Abeille médicale.*

De l'albuminurie chez les jeunes enfants. — M. SÉJOURNET vient de décrire, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, une forme d'albuminurie commune, non scarlatineuse, qui paraît être plus fréquente qu'on ne croit chez les enfants. Il l'a observée chez des sujets de onze à seize mois, nourris au biberon ou déjà sevrés et en général soumis à un régime très défectueux qui avait amené chez eux du ballonnement du ventre, de la dilatation stomacale et même de l'augmentation de volume du foie.

Cette albuminurie ayant toujours succédé à des désordres digestifs (vomissements, diarrhée), l'auteur la considère comme de nature infectieuse et la rattache aux substances toxiques, produits des fermentations anormales, qui, après résorption, filtrent par les reins où elles produisent une congestion pouvant aller jusqu'à la néphrite. Un des petits malades de l'auteur fut pris de scarlatine vingt-deux jours après la guérison de son albuminurie. Ce fait montre bien que, dans les cas en question, l'albuminurie n'était pas due à une scarlatine méconnue, fruste.

Dans les observations de M. Séjournet, l'albuminurie a presque toujours été accompagnée d'anurie, fait qui dénote l'état congestif ou inflammatoire des reins. Un des malades ne rendait qu'une douzaine de grammes d'urine par jour; un autre n'a pas uriné du tout pendant deux jours et une nuit, sans cependant présenter d'accidents urémiques. C'est presque toujours cette anurie qui a mis l'auteur sur la voie d'une albuminurie possible. En effet, l'anurie et l'albuminurie sont deux phénomènes de même ordre et prouvent qu'il y a en même temps obstruction et lésion rénales.

Après l'anurie, le signe objectif le plus marquant est l'œdème des pieds et même des mains, des paupières ou de la face; mais ces symptômes peuvent manquer.

La quantité d'albumine a été très variable: de 25 centigramme à 2gr 50. La durée de la maladie a varié de deux à quatre semaines.

Le traitement consistait dans l'usage du lait coupé ou non d'eau de chaux, selon qu'il y avait ou non des vomissements; dans l'administration de petits purgatifs à l'huile de ricin et au sirop de gomme mélangés, du calomel et du salicylate de bismuth pour l'anti-epsie intestinale; enfin, on faisait des frictions sèches sur la région lombaire pour opérer une dérivation active du côté de la peau et décongestionner les reins.—*Concours médical.*

De la scarlatine sans fièvre.—M. WERTHEIMBER pose cette question: Existe-t-il une scarlatine apyrétique? Il est établi qu'il existe des cas de scarlatine fruste évoluant sans fièvre apparente et qu'il y en a d'autres dans lesquels l'éruption et tous les symptômes morbides sont tellement éphémères et l'état général si peu altéré que l'affection reste complètement ignorée du malade et de ses proches jusqu'à ce que certains phénomènes consécutifs tardifs plus apparents (desquamation, néphrite, œdème), viennent parfois démontrer l'existence antérieure de la scarlatine. D'autre part, les cas ne sont pas très rares où, après une fièvre initiale plus ou moins forte, l'évolution ultérieure de la scarlatine est apyrétique. Enfin, on observe aussi un ordre inverse dans quelques rares cas exceptionnels: l'éruption se produit en l'absence de la fièvre, qui ne survient que dans la suite.

Mais toutes ces variétés plus ou moins connues de la scarlatine ne nous donnent pas encore une solution suffisante de cette question, à savoir s'il y a une scarlatine absolument apyrétique, dans laquelle, malgré l'existence des symptômes caractéristiques de la maladie, quoique rudimentaires, la fièvre manque complètement ou presque complètement depuis le début jusqu'à la fin de l'affection. Des observations probantes de ce genre n'ont pas encore été publiées.

L'auteur vient combler cette lacune en relatant deux cas dûment constatés de scarlatine apyrétique.

Dans ces deux observations, il s'agissait d'enfants de sept et six ans et demi, chez lesquels, pendant une éruption manifestement scarlatineuse, la température n'a pas dépassé 37 ° 8 chez l'un et 38 ° 1 chez l'autre. Dans les deux cas, la maladie évolua sans le moindre trouble de l'état général. Dans l'un d'eux, on vit apparaître, au dix-septième jour, une albuminurie qui disparut complètement au bout d'une semaine.

Dans les cas de ce genre, le diagnostic de la scarlatine, si facile habituellement, peut devenir d'une grande difficulté. L'élévation

à peine marquée de la température, le caractère atténué et éphémère de l'éruption, les altérations morbides si peu apparentes de la muqueuse buccale et pharyngienne peuvent, en effet, facilement passer inaperçues. Il existe pourtant, d'après l'auteur, un signe assez constant pouvant mettre le médecin sur la voie du diagnostic de la scarlatine. C'est la dé-harmonie entre le pouls et la température, l'accélération considérable du pouls, malgré l'absence presque complète de fièvre.

Quoi qu'il en soit, il est malheureusement des cas où, par suite d'une disparition extrêmement rapide de l'éruption et malgré l'analyse la plus minutieuse des symptômes, le diagnostic des formes apyrétiques de la scarlatine reste incertain.

Tuberculose aiguë chez l'enfant, par le docteur HUTINEL — Sans être particulière à l'enfance, la tuberculose miliaire aiguë est plus fréquente à cet âge que chez les adultes et peut revêtir certains aspects particuliers importants surtout au point de vue du pronostic.

La forme typhoïde a pour caractère principal la prédominance des symptômes généraux sur les symptômes locaux et ces symptômes peuvent être absolument ceux de la fièvre typhoïde. Cependant le début est généralement moins rapide; on a pu observer l'amaigrissement, un changement de caractère pendant les semaines qui ont précédé l'écllosion de la maladie. Chez une petite malade du service, la similitude, au début, était si grande qu'il semblait impossible d'établir un diagnostic différentiel. Cependant l'obtusion et l'adynamie étaient moindres que dans la fièvre typhoïde et la malade, au contraire, était plus excitée et plus impressionnable; il existait même, et c'est là un fait bien important, une hyperesthésie de la peau accompagnée de sensibilité musculaire, prédominant au niveau du ventre et du thorax. Enfin, au bout de quelques jours, malgré une température de 40° , cette malade demandait à manger, ce qui n'arrive jamais dans la fièvre typhoïde.

Au point de vue du diagnostic il faut noter encore que dans cette forme de tuberculose il y a fort peu de râles dans la poitrine. La fièvre est, il est vrai, assez régulière, mais elle est loin de présenter habituellement le type dit inverse qui a une certaine valeur diagnostique. On a remarqué encore que la peau conserve sa vitalité et que le derme ne s'entame pas facilement alors que dans la fièvre typhoïde la peau présente l'aspect écailleux avec rougeurs et tendance aux eschares. Dans les cas difficiles, tous ces signes doivent être utilisés, car c'est leur ensemble qui permet souvent de se prononcer.

Les rémissions plus ou moins longues, sinon les guérisons complètes, ne sont pas très rares dans ces formes de tuberculose aiguë. On peut se demander si certaines fièvres typhoïdes sans taches,

suivies plus tard de broncho-pneumonies tuberculeuses, ne doivent pas être considérées comme des poussées aiguës de tuberculose, enrayées plus ou moins longtemps.

La forme suffocante est beaucoup plus rare chez l'enfant que chez l'adulte : elle est caractérisée par une dyspnée excessive dont le tableau symptomatique rappelle celui de l'asthénie ou quelquefois de l'asthme, mais sans qu'il y ait de râles dans la poitrine. Chez l'enfant, au contraire, il y a presque toujours catarrhe plus ou moins abondant. Cependant, ce qui doit toujours mettre en éveil sur la gravité de la situation, c'est la disproportion que l'on remarque entre le peu d'abondance des râles et l'intensité de la dyspnée. Le pronostic porté doit être alors d'autant plus sérieux que, chez les enfants, la maladie peut marcher avec une extrême rapidité. En huit à dix jours, quelquefois même en beaucoup moins de temps, les accidents mortels peuvent survenir. Le diagnostic, on le comprend, est alors fort difficile à faire avec la bronchite capillaire.—*Abeille médicale*

Abcès multiples chez les nourrissons.—M. COUDER étudie, dans la *Revue des maladies de l'enfance*, une cause particulière pouvant expliquer un certain nombre de ces faits d'abcès multiples chez les nourrissons dont l'origine reste inconnue. M. Badin a déjà signalé un cas dans lequel la présence d'abcès multiples chez un enfant coïncidait avec l'existence d'abcès du sein chez la mère. Chez un enfant du service de M. Olivier, la même coïncidence fut observée. Huit jours après la cessation de l'allaitement par la mère en raison de ces abcès du sein, il se produisit chez l'enfant des abcès de la joue, du cuir chevelu, de la cuisse et de la jambe; l'état général était assez grave et il semblait qu'on eût affaire à une forme atténuée d'infection purulente. L'enfant guérit néanmoins complètement. Or, dans un cas pareil, on peut supposer que l'enfant ayant avalé du pus, les microbes de la suppuration, streptocoques, ayant pénétré dans le sang à la faveur d'une érosion quelconque des muqueuses digestives, des colonies microbiennes se sont formées en plusieurs points du tissu cellulaire et y ont déterminé des abcès.

La contamination du lait de la mère est donc une cause d'infection pour le nourrisson. Les abcès multiples en sont une détermination, mais on pourrait observer aussi des parotidites, des otites, des abcès rétropharyngiens, des furoncles, de l'ecthyma, etc.

D'une façon générale, les auteurs conseillent d'empêcher la mère de donner le sein lorsqu'elle est atteinte d'abcès; mais il est bon d'insister sur le danger que court l'enfant s'il continue l'allaitement dans ces conditions. Les crevasses simples ne sont cependant pas une contre-indication. Il faut employer alors un bout de sein ou une tétérèlle.—*Journal de médecine pratique.*

MALADIES NERVEUSES ET MÉDECINE LÉGALE.

Préjugé commun concernant la simulation des hystériques.—D'une manière générale on a beaucoup exagéré, dit M. PITRES, l'amour des hystériques pour la simulation, et cela parce qu'on a systématiquement attribué à des supercheries les phénomènes qu'on ne comprenait pas. On a vu des accidents rebelles à des traitements réputés actifs guérir après l'administration de pilules de *mica panis* et on en a conclu que ces accidents étaient simulés, ce qui constitue une faute de raisonnement, car l'imagination est, dans beaucoup de cas, un agent thérapeutique d'une incontestable puissance.

On a vu des hystériques accuser de crimes imaginaires des personnes innocentes, et quand la fausseté de ces accusations a été démontrée, on a déclaré que ces hystériques avaient menti sciemment, sans songer que leurs allégations pouvaient être l'expression très sincère d'une hallucination ou d'une systématisation délirante ayant pour base un phénomène pathologique réel.

En fait, la simulation est infiniment moins fréquente qu'on ne l'a dit et qu'on ne le répète encore tous les jours. L'accusation de tromperie est le plus souvent le résultat de l'ignorance ou du parti-pris d'observateurs inexpérimentés, elle repose sur des erreurs d'interprétation et non pas sur l'analyse rigoureuse des faits.

Quand les possédées ou les sorcières du moyen-âge affirmaient devant les tribunaux qu'elles avaient été transportées au sabbat sur un manche à balai, qu'elles y avaient eu commerce avec le diable, etc., il est impossible d'admettre qu'elles imaginaient de toutes pièces, pour le plaisir de se rendre intéressantes, une déposition qui devait avoir pour résultat de les faire condamner au bûcher. Elles disaient, en toute sincérité, tout ce qu'elles avaient vu et senti dans un moment d'hallucination sensorielle. Ainsi font les hystériques de nos jours; elles racontent ce qu'elles éprouvent sans se préoccuper des conséquences de leur récit et ces conséquences ne sont pas toujours sans inconvénients sérieux: il y a des exemples d'amputations de la jambe pratiquées inconsidérément dans des cas de pied-bot hystérique. Des simulateurs eussent-ils consenti à subir de pareilles opérations pour se jouer de la crédulité de leurs chirurgiens?

En somme, l'amour effréné des hystériques pour le mensonge

est une légende sans fondement sérieux, contre laquelle témoignent à la fois le bon sens et l'observation clinique. Les hystériques sont très souvent de caractère mobile, fantasque, romanesque; elles se laissent entraîner sans réflexion aux impressions du moment; elles ont des tendresses ou des haines peu justifiées, mais elles ne sont pas toutes d'effrontées menteuses, ainsi qu'on voudrait le faire croire; et quand on voit leurs prétendues comédies tourner vraiment au tragique, il y a lieu d'admettre la réalité pathologique au moins subjective des maux dont elles se plaignent.—*Concours médical.*

Sincérité des tentatives de suicide des hystériques. — On a généralement accepté dans le monde médical l'opinion que la plupart des hystériques qui font des tentatives de suicide obéissent exclusivement au désir d'attirer sur elles l'attention, de dramatiser leur existence; de là à croire que ces tentatives ne sont guère à redouter, l'hystérique préparant ostensiblement son suicide et s'arrangeant pour qu'il ne réussisse pas, la pente est naturelle. M. le professeur PITRES (de Bordeaux), dans un livre en voie de publication, s'élève contre cette opinion, qu'il croit erronée, en tant qu'elle soit absolue. Il ne pense pas que, *d'une façon générale, le suicide des hystériques soit une comédie, une simulation voulue et habilement préparée.* Il estime que M. Ritti est beaucoup plus près de la vérité en disant que les tentatives de suicide, qui sont très fréquentes chez les hystériques, ont lieu le plus souvent sous l'influence d'une contrariété de peu de portée et qu'elles présentent un caractère de soudaineté et d'instantanéité très caractéristiques. Si ces tentatives n'entraînent pas plus souvent la mort, c'est justement parce que d'ordinaire elles ne sont pas préméditées. D'ailleurs, elles réussissent plus souvent qu'on ne le croit.

Les mélancoliques qui veulent mourir choisissent longtemps à l'avance le moment et les moyens favorables, aussi réussissent-ils beaucoup plus souvent. L'hystérique ne réfléchit pas; pour une contrariété futile, elle avale le poison qu'elle trouve sous sa main ou se jette à l'eau. Le lendemain elle est enchantée d'avoir échappé à la mort; elle rit de sa sottise, quitte à recommencer à la première occasion, avec la même sincérité momentanée et la même imprévoyance, dans le choix des moyens d'exécution. Les hystériques sont de grands enfants qui se déterminent d'après des sentiments fugaces, qui passent d'un instant à l'autre de la gaieté à la tristesse, de la douceur à la violence, de l'amour à la haine et vice versa. Il y a chez elles plus de puérilité que de désir de jouer sciemment la comédie.—*Concours médical.*

Le baillement hystérique, par les Drs GILLES de la TOURETTE, HUET et GUINON.—Les baillements hystériques peuvent se présenter, en dehors ou concurremment avec d'autres phénomènes

hystériques, sous deux espèces différents, à l'état permanent ou sous forme de crises.

Dans le premier cas, le sommeil seul interrompt les baillements qui reprennent au réveil et peuvent persister pendant des semaines et des mois, sans que la santé générale semble en souffrir.

Dans le second, les baillements se montrent sous forme de crises, après quelques phénomènes prémonitoires (sensation de boule à l'épigastre, bourdonnements d'oreilles, battements dans les tempes, etc.); ils sont tellement rapprochés qu'ils empiètent les uns sur les autres, puis au bout d'un temps plus ou moins long un quart d'heure, une demi heure et plus, la crise se termine.

Il est rare que la crise de baillements soit absolument pure de tout mélange des phénomènes ordinairement observés lors de la grande attaque. Parfois, elle se termine par une véritable attaque convulsive ordinaire, quelquefois il y a alternance entre les attaques convulsives et les attaques de baillements.

Le diagnostic est facile, lorsque, concurremment avec les baillements, il existe d'autres manifestations de l'hystérie; il ne pourrait être hésitant que si les baillements existent à l'état isolé. Dans ce cas, la question d'un diagnostic différentiel avec les baillements épileptiques (Téré) peut être posée.

Lorsque les baillements ne sont pas groupés sous forme d'attaques, le *rythme* et la *cadence* sont des éléments différentiels de premier ordre qui ne paraissent pas exister dans les baillements épileptiques. Dans le cas de crises, l'analyse des urines fournira un élément d'appréciation de premier ordre. L'attaque de baillements, en effet, comme l'attaque convulsive ordinaire, se juge par l'abaissement du résidu fixe, du taux de l'urée et par l'inversion de la formule des phosphates; or, c'est le contraire qui a lieu après l'attaque d'épilepsie (Lépine, Mairet) et sans doute aussi après l'attaque de baillements épileptiques.—(*Bulletin Médical.*)

Traitement des attaques convulsives hystériques, par M. le professeur PITRES (de Bordeaux) — Pendant plusieurs siècles on a considéré l'utérus comme l'organe provocateur des attaques convulsives de l'hystérie, c'est lui qui, s'agitant dans le ventre, donne la sensation de boule mobile; c'est lui qui montant au cœur ou à la gorge provoquerait les palpitations cardiaques et la strangulation. Aussi conseillait-on de ramener l'utérus à sa place et de l'y maintenir, soit par la douceur et la persuasion, soit par la contrainte et la violence.

On faisait respirer à la malade des substances fétides afin de chasser la matrice des parties supérieures du corps, on pratiquait sur la vulve des onctions odoriférantes. En cas d'insuccès, si la matrice résistait à ces moyens, on tâchait de la ramener à sa place par des frictions habilement combinées et de la contraindre à y rester en appliquant sur le ventre une grosse pierre (Fernel) ou en faisant asseoir un aide sur le ventre de la malade (Récamier,)

Ce dernier moyen, la compression, est resté, mais avec une interprétation différente.

Appelé auprès d'une malade en proie à une crise convulsive d'hystérie, le médecin doit éloigner de la chambre tous les dévouements inutiles, prier surtout les personnes qui maintiennent la malade de ne pas trop la serrer et se borner à éviter les chutes dangereuses. En effet, une pression violente et continue sur une zone spasmodique renouvelle et prolonge indéfiniment les convulsions.

Il appartient au médecin de rechercher les zones spasmo-frénatrices, en commençant par les régions où siègent le plus fréquemment ces zones, c'est-à-dire les régions ovariennes et épigastrique. S'il les trouve (elles n'existent pas toujours), une pression énergique fait cesser la crise comme par enchantement.

Une autre méthode efficace, c'est la compression lente des globes oculaires (Lasègue, Bailli, Paul Richer). Elle doit être faite avec douceur et prolongée pendant plusieurs minutes. Elle a pour effet de provoquer le sommeil hypnotique. On peut laisser la malade dans l'état de sommeil jusqu'à ce qu'elle en sorte spontanément ou bien la réveiller brusquement par les procédés habituels, particulièrement par l'insufflation sur les globes oculaires.

M. Bernheim (de Nancy) propose de provoquer d'emblée le sommeil hypnotique par suggestion verbale. Il dit aux malades : *Vous ne souffrez plus, vous allez dormir, vous dormez*, et quand le sommeil est produit, il le fait cesser en disant : *C'est fini, réveillez-vous !* Dans la plupart des cas les crises s'arrêteraient par le fait seul de ces injonctions impératives. Ce procédé réussit surtout, d'après M. Pitres, chez les malades très suggestibles.

Une autre méthode thérapeutique dont l'efficacité est incontestable, c'est l'électrisation à l'aide de courants continus. On pose un électrode sur le front et l'autre sur un point quelconque du ventre ou des cuisses, et l'on intervertit à l'aide du commutateur le sens du courant.

Pour obtenir un résultat rapide, il convient de se servir de courants assez forts (30, 40 et 80 éléments de l'appareil Trouvé.) Après une, deux ou trois inversions, l'attaque s'arrête tout net. La malade se réveille aussitôt et reprend immédiatement connaissance.

Le principal inconvénient de cette méthode, c'est qu'elle exige des appareils que l'on a pas constamment sous la main. On peut au contraire toujours se procurer sans difficulté certaines substances médicamenteuses dont les inhalations ont souvent d'excellents effets. Parmi ces substances M. Pitres cite la bromure d'éthyle, l'éther, le chloroforme, le nitrite d'amyle.

Enfin, dans certains cas, les injections sous-cutanées de morphine ont une action puissante; elles emaient très rapidement

les convulsions, mais il faut les employer avec une extrême prudence parce que les hystériques deviennent très facilement morphomanes. Les lavements de chloral peuvent aussi rendre quelques services.

A l'effet d'éviter le retour immédiat des convulsions, le médecin dispose de moyens divers applicables selon les cas.

Si la malade a une ou plusieurs zones spasmodiques très douloureuses et très excitables, il est indiqué d'appliquer sur ces zones des sachets de glace ou d'y faire à des intervalles assez rapprochés des pulvérisations d'éther.

Si la malade a une zone spasmodique très active, on peut en la comprimant au début de l'une des attaques ultérieures ou en exerçant sur elle une compression permanente, empêcher l'explosion de nouvelles convulsions.

On peut encore modifier l'excitabilité des centres nerveux par l'administration d'une forte dose de chloral ou de morphine.

Si la malade est hypnotisable, on peut lui suggérer de n'avoir plus d'attaques pendant un laps de temps déterminé.

Enfin il est un moyen que M. Pitres emploie souvent dans son service et qui lui a donné quelquefois d'excellents résultats malgré son étrangeté, c'est l'emploi de lunettes colorées. Il en est des couleurs comme des pressions exercées sur certains points du corps des hystériques. Les unes provoquent immédiatement l'explosion d'attaques convulsives, d'autres déterminent en quelques secondes le sommeil hypnotique, d'autres enfin donnent lieu à une sensation de bien être des plus agréables. Le professeur cite l'observation d'une jeune fille chez laquelle l'emploi des lunettes à verre rouge eut un effet merveilleux, soit pour prévenir la crise convulsive, soit pour en éloigner le retour.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

Nous avons été surpris de ne pas trouver dans la leçon de M. le professeur Pitres deux mots sur l'efficacité de l'eau froide pour prévenir le retour des convulsions hystériques,—et sur l'inefficacité du bromure de potassium, donné par quelques médecins à la dose de 8 à 10 grammes par jour, et dont les effets sont alors des plus nuisibles.—*Lyon médical.*

Le Criminel, par le professeur BROUARDEL.—Nous allons avoir à étudier l'hystérique au point de vue médico légal. Le mot "hystérie" a complètement changé de sens, depuis les temps anciens, et aujourd'hui encore il est en train de changer de place dans le cadre nosologique. Autrefois, on plaçait le siège de cette maladie dans l'utérus et le divin Platon disait: "L'utérus est un animal qui veut concevoir; quand il ne peut pas concevoir, il entre en fureur." Or, la nymphomane est une femme qui a des appétits sexuels exagérés qu'elle ne peut assouvir, *lassa sed non satiata*, mais qui ne présente pas nécessairement des stigmates d'hystérie:

la nymphomanie et l'hystérie sont deux syndromes qui peuvent associer mais qui peuvent aussi exister isolément.

Du reste, il est établi maintenant que l'hystérie n'est pas l'appanage exclusif de la femme. On n'a résolu cette question que dans ces dernières années et Landouzy, le père, avait fait un livre pour démontrer que l'hystérie est propre au sexe féminin. On avait bien noté déjà quelques hommes qui avaient eu des attaques. Bernultz a même réuni ces observations dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud*, mais seulement à titre de curiosités.

Sous l'influence de l'École de la Salpêtrière, le domaine de l'hystérie s'est considérablement étendu. M. Charcot a très bien démontré que, à la suite de certains traumatismes, un individu pouvait, alors même que le coup n'aurait été que faible, être pris d'accidents nerveux, tels que paralysie d'un bras, monoplégie d'une partie du corps, avec anesthésie concomitante, accidents absolument identiques comme forme et comme marche à ceux qu'on observe chez les hystériques femmes. M. Charcot a créé ainsi la catégorie des hystériques mâles. Ce qui distingue les deux sexes au point de vue de l'hystérie, c'est que le caractère de l'homme hystérique est très différent de celui de la femme et que les actes commis de part et d'autre ne se ressemblent en rien.

Nous nous occuperons surtout des caractères mentaux des hystériques femmes. Ils peuvent apparaître dès l'enfance, chez les petites filles de huit à quinze ans, et se prolonger toute la vie.

Le premier point à établir, parce qu'il domine toute la vie de l'hystérique, est celui-ci : l'hystérique ment, elle simule à chaque instant, et elle simule admirablement. Il faut donc que nous, médecins légistes, nous ayons des points de repère certains, pour être sûrs de ne pas nous laisser tromper. Ce serait, en effet, une erreur de croire que toutes les hystériques ont des convulsions; la plupart n'en ont pas. Mais il existe un certain nombre de signes ou stigmates, au moyen desquels on peut toujours les reconnaître. Je vous rappellerai les principaux. Les hystériques ont, en général, une anesthésie cutanée, qui peut n'occuper que la moitié du corps et avoir des limites absolument tranchées; c'est là le caractère le plus important et le plus facile à constater. Il y a de plus cette particularité que, dans l'immense majorité de ces cas, lorsqu'on se sert d'une aiguille pour explorer la sensibilité, il ne sort pas de sang après la piqûre. Comme anesthésie ne pouvant pas être facilement simulée, je vous recommande celle des muqueuses: il est vrai qu'on voit tous les jours des acrobates qui supportent sans sourciller des douleurs beaucoup plus intenses que celles d'une piqûre d'épingle, mais si on met le doigt dans l'arrière-gorge de la simulatrice, si on lui chatouille le nez avec une plume, il lui est impossible d'éviter le réflexe provoqué par cette excitation.

M. Charcot a trouvé, avec MM. Landolt et Parinot, un autre

caractère très important, c'est le rétroissement du champ visuel et la dyschromatopsie: peu à peu, chez l'hystérique, la notion des couleurs disparaît et elle disparaît dans un ordre invariable, qui est celui-ci: violet, vert, bleu, jaune et rouge; quelquefois le bleu permute avec le rouge. Quand la dyschromatopsie est complète, l'hystérique voit tout en gris. Il est assez difficile, si on soumet à cet examen une femme qui n'a pas séjourné longtemps à l'hôpital, qu'elle ne commette pas quelque erreur de simulation; aussi quand la disparition des couleurs est régulière, peut-on se croire en présence d'une hystérique. A côté de ces deux signes, en voici un troisième que je vous engage à chercher avec le plus grand soin, je veux parler des zones hétérogènes. Une pression exercée sur la région ovarienne provoque et arrête une attaque, le même phénomène peut se produire si on touche le vertex, le mamelon, le pli du coude, le poignet, etc.; il est rare de ne pas trouver deux ou trois zones dans les lieux d'élection, chez une femme qui est atteinte d'hystérie, et il importe de faire la recherche d'une manière complète, afin de s'assurer qu'on n'est pas trompé.

Je n'ai pas à m'arrêter sur les actes commis par une femme au plein d'une attaque d'hystérie. Cependant, dans la phase passionnelle de l'attaque, il peut y avoir des idées criminelles, mais elles sont constituées surtout par des souvenirs et ne vont jamais jusqu'à l'acte, en sorte que, dans cette période, je ne connais pas un seul fait médico-légal à relever. Nous nous occuperons donc exclusivement de la phase non convulsive de l'hystérie et du caractère propre à la femme hystérique.

Lorsqu'une femme est hystérique, la note principale de son tempérament est la mobilité d'esprit et de passion. Sa conversation est charmante, en raison même de cette facilité à passer vivement d'un sujet à l'autre. Mais l'hystérique est un peu moins charmante à rencontrer pour un mari. Elle est extrêmement égociste et aussi disgracieuse dans son intérieur qu'elle est gracieuse à l'extérieur. Elle est capable d'inventer contre son mari toute espèce d'histoire, dans le but de se mettre en scène. Elle a une mobilité d'affection qui n'a d'égale que sa violence: quand elle aime, c'est avec passion, mais la passion est de courte durée. Ces retours soudains peuvent troubler singulièrement la tranquillité d'un ménage. Les femmes elles-mêmes, reconnaissent cette singularité de leur caractère et elles appellent cela "avoir des toquades."

Cette affection passionnée n'est pas réservée du reste exclusivement au sexe masculin: les hystériques peuvent avoir des amies qu'elles aiment aujourd'hui et qu'elles haïssent demain. Alors, quand arrive le tour de la haine, elles ne savent quel moyen employer pour nuire à leur ancienne idole: elles font des dénonciations à la justice, écrivent des lettres anonymes, et finissent parfois par brouiller toute une petite ville.

Il y a encore deux points sur lesquels je tiens à insister particulièrement. Il n'y a chez l'hystérique aucune réflexion, elle a une idée et la met aussitôt à exécution, ses actes ne sont pas délibérés. Quelles que soient les conséquences qui puissent en résulter pour elle, l'hystérique écrit et agit pour obéir à sa passion.

C'est une femme qui veut paraître à tout prix et qui n'est même pas rebutée par l'idée d'aller en Cour d'assises, parce que là elle pourra raconter, à loisir et en public, toutes les tribulations dont elle aura été victime et toutes les aventures qu'elle aura eues.

L'hystérique ne recule devant rien, même devant les actes les plus dégoûtants, pour se rendre intéressante. Vous avez vu dans les hôpitaux, des femmes anuriques, chez lesquelles les fonctions rénales et digestives sont réduites au minimum. Lorsqu'elles s'aperçoivent qu'elles deviennent dans la salle un objet de curiosité, elles veulent faire mieux encore, et on les voit alors vomir leurs urines et leurs matières fécales... parce qu'elles les ont avalées. Elles poussent l'amour de la simulation et de la parade au point de faire de semblables immondices.—*Gazette des hôpitaux.*

Des plis du pavillon de l'oreille au point de vue de l'identité.— Dr. BOULLAND (de Limoges) — La médecine légale a souvent recours à l'anthropométrie pour constater l'identité. Depuis quelques années surtout la méthode établie par M. le Dr. Bertillon rend de signalés services dans la recherche des criminels récidivistes.

Toutefois des mensurations prises à des dates tant soit peu éloignées sur un même individu, ne peuvent cadrer et rester les mêmes que si le sujet a atteint le terme de sa croissance à l'époque où il a été soumis pour la première fois à ces mensurations.

Or, comme la criminalité n'est pas rare chez les jeunes gens en voie de développement, l'anthropométrie devient inapplicable dans un certain nombre de cas.

C'est pour ce motif que nous avons cherché un procédé qui obvie à cet inconvénient.

Toutes les parties de l'organisme sont sujettes au bout de quelques années, ou même de quelques mois à subir des modifications notables. Seul le pavillon de l'oreille semble échapper d'une façon presque absolue à cette règle : sa croissance et son développement complet s'effectuent en effet très prématurément, et nous avons pu constater sur un assez grand nombre de photographies d'enfants que nous retrouvions arrivés à l'âge adulte, l'immutabilité des plis de cet organe.

Après une assez longue série d'observations, nous avons constaté qu'il était fort rare de rencontrer deux sujets présentant des plis de l'oreille absolument semblables et même de trouver sur un même individu les deux oreilles complètement symétriques.

En prenant comme type une oreille de conformation parfaite nous avons vu que les parties constituantes du pavillon qui présentent des modifications sont par ordre :

1^o Lobule ; 2^o hélix ; 3^o tragus ; 4^o anthélix ; 5^o antitragus.

Nous n'avons pas fait entrer en ligne de compte les dépressions et les échancrures, car elles ne sont en général modifiées dans leurs dimensions que par le fait des changements survenus dans les saillies qui les entourent. Il ne sera donc pas question de la conque et de son échancrure, de la gouttière de l'hélix et de la fossette de l'anthélix.

Les plis de l'oreille présentent tous un bord qui décrit à peu près un segment de circonférence. Ces bords sont sujets à quelques modifications qui sont les mêmes pour tous. Le plus souvent ce bord présente un angle qui se rapproche plus ou moins de l'angle droit ou de l'angle aigu. Nous figurons ces deux modifications par les signes de convention L et V. Pour le tragus, il existe dans bon nombre de cas une bifidité que nous désignerons par W. Quant à la fusion du lobule avec la partie avoisinante de la face, nous l'indiquons par la lettre H.

Enfin, tous les plis de l'oreille peuvent être en ce qui concerne leurs dimensions, modifiés en plus ou en moins, ce que nous représentons par les signes † ou —, ou disparaître complètement, ce que nous indiquons par le chiffre 0.

L'hélix est un des plis dont l'augmentation ou la diminution de volume est le plus souvent constatée. On voit fréquemment son bord sur un ou plusieurs arcs sous-tendus. D'autres fois au contraire le repli qui forme la gouttière manque plus ou moins complètement.

L'anthélix présente un degré d'écartement très variable de ses branches de bifurcation qui parfois se recourbent l'une vers l'autre ou bien se renversent en sens contraire. L'anthélix offre aussi quelquefois un accroissement très marqué dans sa largeur. Enfin fréquemment elle cesse avant d'avoir atteint l'antitragus et se trouve remplacée en ce point par une sorte de dépression.

Telles sont les modifications qui s'observent dans la conformation des plis du pavillon. Nous ajouterons enfin que les diverses parties constituantes de cet organe peuvent présenter de petites nodosités cartilagineuses que nous désignons par un point.

Avec ces huit signes et les numéros d'ordre des plis nous pouvons donc faire toute notre notation.

Et maintenant si nous voulons faire le relevé de ces conformations d'oreilles nous procéderons ainsi :

Après avoir classé les sujets par sexe, nous constaterons si les oreilles d'un même individu sont symétriques ou asymétriques, ce qui nous donnera une seconde subdivision. Nous noterons ensuite toutes les anomalies d'après les signes de convention déjà indiqués et alors nous inscrirons en ligne et par ordre les numé-

ros qui représentent chaque pli pourvu d'une anomalie, ce qui nous donnera un chiffre sous lequel notre sujet se trouvera inscrit. Si les deux oreilles sont asymétriques nous aurons un chiffre pour chacune d'elles, et nous inscrirons en premier celui de l'oreille droite.

Grâce à ce moyen des plus simples et qui nous fournit des combinaisons de chiffres pouvant aller de 1 à 123,452,315, il arrive que chaque chiffre ne s'applique plus qu'à un très petit nombre de sujets semblables que nous pouvons alors distinguer entre eux par les signes conventionnels déjà indiqués.

Toutefois, après être arrivé à ce groupe restreint qui ne contient plus que le signalement de quelques individus, il nous semble prudent de faire la contre-épreuve en recommençant une seconde fois ces recherches non plus avec les chiffres, mais avec les signes de convention.

Aussi faisons-nous toujours deux cartons pour chaque sujet de façon à avoir deux classifications qui doivent se contrôler l'un l'autre.

Nous examinons donc successivement les cinq saillies en commençant par le lobule. Nous notons les augmentations ou les diminutions de volume ou la présence de ces deux modifications sur deux points différents d'un de ces plis (\dagger , $-$, $-$, \dagger , 0), nous rechercherons aussi les différences de conformation des bords (L, V, W), l'adhérence du lobule (H) puis les nodosités cartilagineuses (.). En procédant ainsi par la méthode dichotomique, si nous aboutissons au même groupe que celui fourni par notre première recherche, nous avons la certitude pour ainsi dire absolue de n'avoir pas fait fausse route.

Ce système de double vérification nous semble devoir écarter d'une façon presque complète toute cause d'erreur.

Enfin, rien n'empêche pour plus de sécurité, de recourir par surcroît aux signes habituels du signalement tels que la couleur des yeux, des cheveux, et de noter aussi les lésions pathologiques du pavillon.

Ajoutons en passant que l'oreille est l'organe par lequel la ressemblance se transmet le mieux des parents à leurs descendants, et qu'on pourrait peut-être par la notation des plis reconnaître les substitutions d'enfant.—*Gazette médicale de Paris.*

Transmission de la tuberculose par des boucles d'oreilles.

—Une jeune fille de 14 ans d'une famille saine porta des boucles d'oreilles ayant appartenu à une femme qui était morte de consommation pulmonaire. Des ulcérations plates à bords mal délimités se développèrent sur les lobules des oreilles principalement à gauche. Du même côté survinrent du gonflement et de l'induration des glandes cervicales et de l'obscurité de la respiration au sommet du poumon correspondant. Des bacilles de la tuberculose furent trouvés dans la suppuration des ulcères et dans les crachats. Une phtisie aiguë survint et enleva la malade. (*London Medical Recorder et Canadian Practitioner.*)

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Camphre contre le rhume de cerveau.—M. KOHLER recommande les inhalations de camphre. Voici sa manière d'agir :

On met dans un vase, plus profond que large, une cuillerée à café de camphre en poudre, on le remplit à demi d'eau bouillante et l'on renverse sur lui un cornet de papier triangulaire. Le sommet du cornet est déchiré au point qu'il soit possible d'y enfoncer tout le nez. On respire alors, pendant 5 à 10 minutes, les vapeurs d'eau chargées de camphre. Ces inhalations sont à répéter toutes les quatre à cinq heures. Même le catarrhe nasal le plus rebelle cède après trois inhalations ; mais, ordinairement, il suffit d'une seule inhalation si l'on agit avec énergie et que l'on supporte pendant le temps nécessaire les vapeurs de camphre qui irritent assez fortement le nez et le pharynx. Les vapeurs d'eau qui entourent de toutes parts le nez provoquent une sudation abondante de la muqueuse du nez et du pharynx, de sorte qu'elles agissent aussi dans un sens favorable sur un catarrhe pharyngien concomitant.

Emploi de l'aristol dans les maladies de la peau.—L'aristol, nouveau médicament au sujet duquel M. BRÉCQ a fait une communication à la Société médicale des hôpitaux, que nous citons plus loin, paraît avoir de réelles propriétés thérapeutiques. On sait que cette substance s'obtient en versant une solution alcaline de thymol dans une solution d'iode iodurée. Insoluble dans l'eau, l'alcool et la glycérine, l'aristol se dissout dans les huiles grasses et dans l'éther. Pour éviter qu'il ne se dépose, il faut avoir soin de le tenir à l'abri de la lumière.

D'après les expériences d'Eichhoff, cité par les *Annales de dermatologie*, l'aristol aurait les avantages de l'iode et du thymol sans avoir leurs inconvénients et, en particulier, l'odeur de l'iodoforme. Cet auteur cite dix cas dans lesquels il l'a employé avec un plein succès. Dans un cas d'ulcère variqueux avec un eczéma des jambes, après savonnage préalable, on appliquait trois fois par jour la pommade suivante :

Aristol.....	10 grammes.
Vaseline.....	90 —

La guérison fut très rapidement obtenue. Dans un cas de lupus exulcérant de la face datant de plusieurs années, le même pansément a amené la cicatrisation en quatre semaines dans d'excellentes

conditions. De diverses autres observations, on peut conclure que l'aristol ne possède aucune propriété toxique et de plus n'a pas d'odeur. Dans le psoriasis, il agit, il est vrai, un peu plus lentement que la chrysarobine, l'acide pyrogallique, etc., mais, par contre, il n'a ni leur toxicité, ni leurs inconvénients. Dans les parasitaires, l'aristol est aussi efficace que les autres remèdes; il agit plus rapidement et sans déterminer d'irritation. Dans l'ulcère de jambe, les plaies syphilitiques tertiaires, le lupus, les résultats sont plus rapides qu'avec tous les autres remèdes, soit sous le rapport de l'innocuité, soit celui de son énergie.—*Paris médical.*

L'acide lactique dans le traitement de la diarrhée.—D'après M. HAYEM l'acide lactique donne dans le traitement de la diarrhée des adultes au tant de succès que dans le traitement de la diarrhée des enfants. L'acide lactique se trouve en général, en faibles proportions dans l'estomac: il est absorbé dans l'estomac et l'intestin sous forme de lactate. Si l'on en fait ingérer de fortes doses, 10 grammes au plus, il passe en nature dans les urines. Chez les diarrhéliques, on le retrouve aussi dans les selles; il peut donc traverser l'intestin et y exercer une action germicide et topique.

Les expériences d'Heiss montrent que l'acide lactique n'a aucune action sur les os l'action décalcifiante qu'on lui avait prêtée.

M. Hayem prescrit l'acide lactique à la dose de 10 à 15 grammes, sous forme de limonade:

Eau	800 grammes.
Sirop de sucre	200 —
Acide lactique.....	10 à 15 grammes.

à boire par demi-verre en dehors des repas.

Dans un certain nombre de cas, il se contente de faire prendre comme unique aliment du képhir n° 2 à la dose d'une à trois bouteilles, il l'ordonne en particulier aux phthisiques de son service et il évite ainsi la diarrhée chez eux. L'acide lactique agit moins bon dans les entérocolites, peut-être parce qu'il en parvient des doses trop faibles dans le gros intestin.

La guérison est survenue parfois en quatre ou cinq jours.

Plusieurs malades atteints de diarrhée chronique avaient un suc gastrique hypo-acide, l'acide lactique, en relevant chez eux le taux de l'acidité, rendait les digestions plus faciles.

M. Hayem a guéri de même trois cas de choléra nostras, dont un appartient à M. Chauflard. Il n'hésiterait pas à proposer l'acide lactique à la fois comme agent curatif et prophylactique dans le choléra épidémique. Comme prophylactique, il suffirait de le prescrire à la dose de 4 à 6 grammes par jour; comme curatif, il faudrait l'employer le plus tôt possible à la dose de 10 à 20 grammes dans les vingt-quatre heures.—*Paris médical.*

FORMULAIRE

Fissures du mamelon.

P.—Salol	1 drachme
Ether	1 "
Cocaïne	2 grains
Collo lion	5 drachmes

—*American Practitioner and News*

Prurigo.—*Casewatec.*

P.—Oxalate de zine.....	2 drachmes
Camphre.....	$\frac{1}{2}$ "
Amidon.....	4 "

M.—Saupoudrer les endroits affectés.—*Peoria Medical Monthly*

Brûlures—*Bartholow.*

P.—Acide salicylique	1 drachme
Huile d'olive.....	8 onces

M.—*Leonard's Medical Journal.*

Onguent iodé.

P.—Iode	20 grains
Iodure de potassium.....	4 "
Eau.....	6 minimes
Axonge	1 once
Sulfure de so lum.....	40 grains

—*Leonard's Medical Journal.*

Emulsion de salol.—*Louisse.*

P.—Salol	4 parties.
Acacia.....	4 "
G. adragante.....	20 "
Teinture de tolu.....	10 "
Sirop	30 "
Eau.....	q. s.

Mêler tou avec eau et apres sélation partielle, filtrer ; puis achever l'émulsion.

Pharyngite chronique.

P.—Ergotine	15 grains
Teinture d'iode.....	1 drachme
Glycérine	1 once

M.—Appliquer trois fois par jour avec un pinceau.—*St. Louis M. and S. Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, NOVEMBRE 1890.

BULLETIN.

La médecine et la thérapeutique au Congrès de Berlin.

TROISIÈME ARTICLE.

La communication de M. Roux, de Paris, au sujet de la *diphthérie* comporte principalement les moyens à prendre pour empêcher la propagation de la maladie. Voici au reste les prescriptions de l'auteur :

1o. Pour arrêter la propagation de la diphthérie, il faut reconnaître la maladie le plus tôt possible. On ne saurait donc trop recommander l'emploi des moyens bactériologiques, qui permettent un diagnostic rapide et précis ;

2o. Le virus diphthérique actif pouvant persister longtemps dans la bouche après que la maladie est guérie, il ne faut rendre les diphthériques à leur vie ordinaire qu'après s'être assuré qu'ils ne sont pas porteurs du bacille.

3o. Le virus diphthérique se conservant longtemps à l'état sec, surtout à l'abri de la lumière, il est nécessaire de passer à l'eau bouillante ou à l'étuve, tous les objets qui ont été en contact avec les diphthériques. Il faut désinfecter les linges, les couvertures, etc., avant leur transport au blanchissage.

Les logements où il y a eu des diphthériques, les voitures qui ont transporté des diphthériques, doivent être désinfectés.

Les parents, qui visitent leurs enfants diphthériques internés dans les hôpitaux, rapportent souvent les germes de la maladie dans leur famille. Ces visites doivent être aussi rares que possible. Avant de permettre l'entrée des salles aux personnes étrangères au service, il faut les obliger à revêtir un habit spécial qui recouvrira leurs vêtements et qu'elles quitteront à la sortie. Il faut exiger aussi qu'elles se désinfectent la figure et les mains.

Les enfants des écoles doivent être souvent examinés au point de vue de l'état de leur gorge, surtout quand il s'est produit un cas de diphthérie parmi eux.

40. Dans les affections de la gorge, surtout chez les enfants, et notamment dans les angines rubéoliques et scarlatineuses, il faut, dès le début, pratiquer des lavages antiseptiques fréquents de la bouche et du pharynx.

L'importance de reconnaître au début si l'on a véritablement affaire à la diphthérie ne s'impose pas seulement au point de vue prophylactique, comme le veut M. Roux, mais aussi, croyons-nous, au point de vue du traitement. Il est de fait que beaucoup de cas de simple pharyngite ou d'amygdalite folliculaire sont pris pour des cas de diphthérie et traités en conséquence, alors qu'une thérapeutique des plus primitives aurait pu avoir raison de la maladie. Il est des statistiques de soi disant guérisons de la diphthérie qui sont basées en grande partie sur de semblables erreurs de diagnostic. D'une manière générale, on néglige trop l'antisepsie dans le traitement de la diphthérie, pour se rejeter sur de prétendues médications spécifiques.

M. Harley, de Londres, une autorité en la matière, donne la méthode suivie par lui dans le *traitement des calculs biliaires*, surtout des petits calculs. Il place le malade sur le dos et exerce graduellement à travers les parois abdominales intactes une pression assez forte sur le fond de la vésicule biliaire distendue.

Il présente des spécimens de calculs qui ont été exprimés du conduit cholédoque dans le duodénum et qu'on retrouva dans les selles dix, vingt et quarante heures après une seule expression. La vésicule distendue diminua immédiatement beaucoup, et on retrouva aussitôt la bile en abondance dans les selles, tandis qu'elle y avait fait défaut durant une quinzaine de jours auparavant. L'ictère disparut également en peu de jours.

M. Harley indique les signes qui permettent le diagnostic différentiel du siège exact des calculs. Sa méthode ne fait qu'aider la nature dans ses efforts pour se débarrasser de ces concrétions. Il faut cependant prendre garde à une chose, c'est de n'exercer en aucun cas cette expression, si on suppose que les calculs sont en train de se chercher un chemin hors de la vésicule ou des conduits biliaires, en en ulcérant les parois.

Depuis quelques années, l'étude plus approfondie et mieux dirigée des médicaments a conduit les thérapeutes à des données pratiques absolument en dehors des idées admises autrefois. Il y a vingt ou trente ans, on n'aurait peut-être pas imaginé de donner la strychnine dans les maladies convulsives, l'ipécacuanha contre les vomissements, l'arsénite de cuivre dans les entérites. Ces applications sont cependant choses courantes aujourd'hui, grâce aux travaux incessants des maîtres, qui, non seulement ont

mieux étudié le médicament, mais ont également mieux compris et interprété la pathogénie des maladies.

La communication de M. Benedikt, de Vienne, au sujet de la *strychnine comme antispasmodique* est une confirmation de ce que nous venons de dire. Nous citons textuellement :

L'idée d'employer la strychnine comme médicament anticonvulsif m'est venue à propos d'un cas de chorée dans lequel tous les autres moyens de traitement avaient échoué. Il s'agissait d'une fillette de 12 ans atteinte de chorée mimique de la face (la bouche exécutait des mouvements convulsifs de préhension, comme dans l'acte de happer) et de chorée vulgaire des membres.

Me rappelant les expériences thérapeutiques de Trousseau avec les préparations de strychnine dans la chorée, expériences que j'avais répétées et confirmées dans le temps, je fis prendre à ma malade trois à cinq pilules contenant chacune 0 gr. 033 milligrammes de sous-nitrate de strychnine. La guérison fut rapide.

Depuis lors, j'ai employé la strychnine avec succès dans plusieurs cas de chorée et de troubles professionnels de la coordination à forme spasmodique. Dans la paralysie agitante, le traitement combiné par la suspension et par la strychnine m'a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus par la suspension seule.

Je n'ai pas encore fait d'essai thérapeutique avec la strychnine dans les contractures et dans l'épilepsie.

Le fait que la strychnine, substance convulsivante, guérit les convulsions, peut paraître étrange au premier abord; mais en réfléchissant bien, on voit qu'au fond il n'a rien de paradoxal. En effet, on a tort de croire que le spasme est toujours le résultat d'une irritation positive des centres nerveux et de leurs fibres, qu'il est l'antithèse complète de la paralysie. En réalité, le spasme, comme la paralysie, sont souvent dus tous les deux à un trouble de nutrition des cellules et des fibres nerveuses, à leur aplasie et leur atrophie. Il n'y a donc rien d'étonnant que, dans ces conditions, la strychnine puisse guérir les convulsions, tout en étant elle-même une substance qui provoque les convulsions à l'état physiologique.

Au point de vue de l'effet antispasmodique, il y a analogie entre la strychnine et l'aimant dont l'action est habituellement calmante, mais qui, dans certains cas, produit des accès convulsifs, et ces accès provoqués amènent la guérison des accès convulsifs spontanés.

ÉPIGRAMME DE CIVIALE

De Civiale au cimetière
Où la mort vient de l'envoyer,
La tombe n'aura pas de pierre.
Il sortirait pour la broyer.

PAJOT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LEFORT.—*Aide-Mémoire de Physiologie*, pour la préparation du deuxième examen, par le professeur PAUL LEFORT, 1 vol. in-18 de 297 p., cart., 3 fr. LIBRAIRIE J. B. BAILLIÈRE ET FILS, 19 rue Hautefeuille, Paris.

Il a paru utile de mettre à la disposition des étudiants en médecine une série d'*Aide-mémoire*, qui comprendront les matières des cinq examens, et qui paraîtront successivement à bref délai.

Dans ces *Aide-mémoire*, l'auteur s'attache à passer en revue tout ce qui est afférent à un sujet donné, sans en rien omettre, de manière à ce que le candidat ne soit embarrassé par aucune question; à mettre en relief les points importants, en négligeant les détails superflus, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qui lui importe d'apprendre ou de revoir; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science, aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis; enfin à citer les noms des professeurs des diverses Facultés de médecine en regard de la découverte qu'ils ont faite, de l'idée qui leur est personnelle.

DÉJA PARU :

Aide-Mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre.

Aide-Mémoire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie.

Aide-Mémoire d'hygiène et de médecine légale.

Aide-Mémoire d'histologie, d'anatomie, (ostéologie, splanchnologie, organes des sens) et d'embryologie.

Prix de chaque volume cartonné : 3 fr.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United States Army.—Authors and Subjects.—Vol. XI, PHÆDRONUS-REGENT. Washington, Government Printing Office. Ce volume contient 9,539 titres par nom d'auteur représentant 4,535 volumes et 8,908 pamphlets. Il contient en outre 14,262 titres de sujets de livres et pamphlets différents et 38,080 titres d'articles de publications périodiques. Splendide in-quarto de 1100 pages écrit en caractère brevier.

Dans son numéro d'octobre, la *Revue Française* (New-York, 3 E. 14th St.), continue à fournir à ses lecteurs et aux amateurs de la langue française une suite d'articles littéraires des plus remarquables. La première partie d'une émouvante nouvelle d'Adolphe

Chenevière, intitulée: "la Petite Bagaudet," ouvre la série de ce recueil, avec la fin du récit très attachant de M. le Comte de Moüy: une Promenade dans les Cyclades. L'Etude de la Littérature Suisse, par le professeur Virgile Rossel est aussi continuée dans ce numéro. "Pèlerinage," nouvelle de Paul Bourgot. et le "Reposoir," de Raoul Sertat, seront lus avec intérêt. Citons encore dans ce numéro les "Derniers vers d'Alfred de Musset," et parmi les portraits littéraires, une étude fort remarquable sur ce poète distingué. On y trouvera également une "Revue des Sciences," une Chronique littéraire et plusieurs autres articles dignes d'attention.

MAYS—Pulmonary Consumption among Firemen, by THOMAS J. MAYS, Philadelphia.

ROBINSON.—The Latin Grammar of Pharmacy and Medicine, par D. H. ROBINSON, Ph. D., 1890: P. Blackiston, Son & Co., No. 1012 Walnut St., Philadelphia.

Grammaire latine à l'usage des élèves en médecine et des médecins qui n'ont pas fait un cours classique. Notre examen préliminaire à l'étude de la médecine exigeant la connaissance de cette langue, ce livre serait ici plus utile comme glossaire que que comme grammaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Dr C. LAVIOLETTE, dont nos lecteurs ont pu apprécier les lettres publiées dans notre journal, est de retour d'Europe depuis quelques jours et devra, nous dit-on, se fixer à Montréal où il exercera spécialement la laryngologie et la rhinologie.

Le banquet annuel de l'Association des internes de l'Hôpital Notre-Dame a eu lieu vendredi, le 21 novembre, sous la présidence de M. le Dr A. R. Marsolais. Joyeuse fête et amicale réunion, comprenant la plupart des anciens internes et tous les chefs de clinique actuellement en exercice.

Nous avons appris avec chagrin que notre ami M. le Dr Samuel SANTOIRE, de Brooklyn, a failli devenir récemment la victime d'un accident de voiture. Les blessures reçues à cette occasion par M. le Dr Santoire ont été même, à un moment, jugées mortelles. Il nous fait plaisir d'apprendre aujourd'hui que notre ami est parfaitement rétabli et a pu reprendre l'exercice de sa profession.

Le 16 octobre dernier un banquet a réuni au St. Lawrence Hall l'élite de la profession médicale canadienne-française et anglaise de la province, à l'occasion des noces d'or professionnelles de M. le Dr D'ORSONNENS. Le banquet était présidé par M. le Dr J. J. Leprohon. Parmi les convives nous avons remarqué Son Honneur le Maire Grenier, l'honorable juge Pagnuelo, les Drs R. Craik, J. P. Rottot, F. W. Campbell et W. H. Hingston, doyens des Facultés McGill, Laval, Bishop et Victoria, les Drs T. A. Rodger, J. C. Cameron, D. Marsil, A. T. Brosseau, W. Gardner, J. Shepherd, L. E. A. Desjardins, F. Buller, A. A. Foucher, J. I. Desroches, L. J. V. Cléroux, A. L. Smith, L. D. Mignault, H. A. Mignault, L. Laberge, J. P. Chartrand, etc.

Le banquet annuel des élèves en médecine de l'Université Laval à Montréal, a eu lieu samedi, 15 novembre, à l'hôtel Richelieu, sous la présidence de M. U. Lalonde, M. B. Etaient présents : Les professeurs J. P. Rottot, A. Lamarche, J. A. Laramée, A. T. Brosseau, H. E. Desrosiers, A. A. Foucher, M. T. Brennan, L. N. Delorme, ainsi que MM. les Drs T. Cormier, A. R. Marsolets, J. D. Gauthier, C. Laviolette, C. V. Marsil, S. Girard, tous anciens élèves et gradués de la Faculté, des représentants des élèves des Universités McGill et Bishop, de la Faculté de Droit Laval, de l'École Polytechnique et de l'École Vétérinaire française, et tous les élèves actuels de la Faculté au nombre de 137. Ça a été, dans toute l'acception du terme, une de ces joyeuses fêtes dont le souvenir ne saurait se perdre tant reste vivace et profonde l'impression qu'elles produisent.

Des santés, proposées avec autant d'enthousiasme qu'elles ont été bues avec entrain, ont été portées à *la Reine*, au *Vice-Recteur*, aux *Doyen et Professeurs*, aux *Facultés Sœurs*, aux *Anciens Elèves*, à *l'Hôpital Notre-Dame*, aux *Médecins du Dispensaire Notre-Dame*, aux *Internes*, à *la Presse*, aux *Dames*, aux *Elèves actuels*.

Uniforme des médecins.—La discussion sur le costume à donner à M. Carnot rappelle qu'en France certaines corporations ont droit à un costume.

Les médecins, par exemple, semblent ignorer que le décret du 20 brumaire, an XII (12 nov. 1803), qui n'a jamais été abrogé, qui a force de loi, permet aux simples docteurs de porter un habillement de cérémonie. Voici l'article II de ce décret :

“ Les simples docteurs en médecine, lorsqu'ils seront invités à quelque cérémonie publique, lorsqu'ils prêteront serment, feront ou affirmeront des rapports devant les tribunaux, pourront porter le costume qui suit : robe noire d'étamine, avec dos et devant de soie cramoisie bordée d'hermine, habit noir à la française, cravate de batiste tombante, toque en soie cramoisie avec galon d'or. ”

Institut Pasteur, de New-York.—Nous recevons de M. le Dr.

Paul GIBIER, directeur de cet institut le tableau statistique suivant, indiquant le résultat des inoculations préventives pratiquées contre la rage depuis l'ouverture de l'établissement en février 1890.

Jusqu'au 15 octobre 1890, 610 personnes ont été traitées. On peut les diviser en deux catégories.

1o Pour 480 de ces sujets il a été prouvé que l'animal qui les avait mordus n'était pas enragé! Ils ont été conséquemment renvoyés après qu'on eût pansé et traité leurs blessures tout le temps nécessaire. 400 de ces malades ont ainsi été traités gratuitement.

2o Dans 130 cas seulement, le traitement anti-rabique fut mis en œuvre, l'hydrophobie chez l'animal ayant été prouvée par l'examen d'un vétérinaire, par des inoculations faites dans le laboratoire, ou enfin par la mort, par hydrophobie, de sujets mordus par le même animal. *Toutes ces personnes (130) sont, aujourd'hui, en parfaite santé.* Dans 80 cas les soins ont été gratuits.

Les malades traités sont répartis comme suit :

Etat de New-York	64
“ New-Jersey	12
“ Massachusetts	12
“ Connecticut	8
“ Illinois	9
“ Missouri	3
“ Caroline du Nord.....	3
“ Pennsylvanie	3
“ New Hamp-hire.....	2
“ Georgio	2
“ Texas	2
“ Maryland	1
“ Maine	1
“ Kentucky	1
“ Ohio	1
“ Arizona	1
“ Iowa	1
“ Nebra-ka	1
“ Arkansas	1
“ Louisiane	1
Ontario, Canada	1

Les médecins savent très bien qu'après l'égoïsme de celui qui est malade, il n'y a rien de plus commun que l'ingratitude de celui qui est guéri. Cela ne les empêche pas de se consacrer à la grande famille des déshérités. Le bien est un engrenage : une fois le cœur pris, il faut que tout l'être y passe! — Dr. GRELLETY.