

# LA CLINIQUE

LA CLINIQUE est publiée le 1<sup>er</sup> de chaque mois.

L'abonnement est d'un dollar par année, **payable d'avance**. Les abonnements partent du 1<sup>er</sup> Août de chaque année.

Toute correspondance ayant rapport à la rédaction doit être adressée au rédacteur en chef, boîte de Poste 2175 et à l'administration, à Victor Rougier, 55, rue St-Sulpice ou Boite de Poste 2175.

Les articles devront être envoyés avant le 15 du mois.

Sur demande à l'administration, il sera envoyé 50 copies de chaque travail original.

Il est bien entendu que tout travail devant être publié sous le titre de travail original ne devra être écrit que pour LA CLINIQUE.

Les manuscrits refusés ne sont pas rendus.

---

## SOMMAIRE DU MOIS DE JUILLET

---

MODE DE GUERISON DE L'HYPERTROPHIE SENILE DE LA PROSTATE, - - - - -	<i>Dr A. Guépin</i>	563
DE L'INFLUENCE DU CURETTAGE DE L'UTERUS SUR LES COMPLICATIONS DE L'ENDOMETRITE	<i>Dr J. A. Ouimet</i>	567
RHUMATISME AIGU ET POUSSÉES AIGUES DE RHUMATISME CHRONIQUE - - - - -	<i>Dr Davsine</i>	576
LA GALE - - - - -	<i>Dr Gaucher</i>	586
REVUE MEDICALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES - - - - -		603
BIBLIOGRAPHIE - - - - -		605
VARIÉTÉS - - - - -		606

---

## SANMETTO

Pour les maladies des  
Organes Génitaux-Urinaires

Le Santal Blanc et le Saw Palmetto scientifiquement déguisés dans un  
Véhicule Aromatique agréable

Le Tonique Vivifiant du Système Reproducteur

SPÉCIALEMENT UTILES DANS LES

Affections Prostatiques des Vieillards - L'Impuissance Sénile - La  
Miction Difficile - L'Inflammation de l'Urèthre - Les Dou-  
leurs Ovariennes - L'Irritation de la Vessie

D'UN MÉRITE ABSOLU COMME RECONSTITUANT

Dose : Une cuillerée à café  
quatre fois par jour.

**OD CHEM. CO., NEW-YORK**

En vente chez tous les Droguistes en Gros du Canada.

# LA CLINIQUE

REVUE MENSUELLE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

PUBLIÉE À MONTRÉAL

---

---

Vol. IV

JUILLET 1898

N° 12

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

---

### MODE DE GUÉRISON

DE

## l'Hypertrophie Sénile de la Prostate

PAR

LE DOCTEUR A. GUÉPIN

Ancien Interne lauréat des Hôpitaux,  
Membre de la Société de Médecine de Paris, etc.

---

*Communication à l'Académie de Médecine, Séance du 27 mai 1898.*

---

L'ensemble et le détail des soins minutieux à opposer aux symptômes et aux causes de l'hypertrophie sénile de la prostate—ensemble et détails sur lesquels j'insiste depuis plusieurs années dans de nombreuses publications—permettent d'obtenir souvent une amélioration considérable, une sorte de guérison relative et parfois même une guérison absolue des troubles fonctionnels de la miction comme de la prostatomégalie constatée par le cathétérisme et le toucher rectal.

La guérison *absolue* est rare. Elle n'est possible qu'aux deux premiers stades anatomo-pathologiques de l'évolution des lésions prostatiques, encore faut-il, au

deuxième stade, que la régression de la sclérose périglandulaire commençante survienne totalement. Mais tant que la prostate est seule en cause, tant que ses modifications semblent rester justiciables des procédés curatifs dont nous disposons, on doit rechercher et on peut espérer la guérison absolue. Au fur et à mesure que diminue le gonflement prostatique, la vessie se vide mieux, les besoins d'uriner s'espacent; le toucher rectal permet de suivre pas à pas les progrès que révèle le rétablissement bientôt complet de la miction volontaire, la glande donnant au doigt qui l'explore la sensation d'un organe sain et de dimensions normales. Il peut même à la longue y avoir atrophie vraie, c'est-à-dire disparition de l'élément noble (ou sécrétoire) sans prolifération du stroma; et il ne faut pas confondre la prostate atrophiée physiologiquement avec des prostates de faible volume envahie par la sclérose et, de ce fait, absolument pathologiques.

Dans ces circonstances heureuses, le malade guéri n'a plus qu'à observer les principes de l'hygiène. Mais de pareils exemples restent l'exception parce qu'il est de règle que l'hypertrophie sénile s'établisse et se constitue presque insidieusement et parce qu'un homme ne consent point souvent à se soigner avec rigueur alors qu'il ne se croit pas très malade.

La guérison *relative* plus fréquente et dont il faut souvent se contenter présente deux modalités:

1°—La prostate remplie de dilatations glandulaires infectées, avec sclérose périglandulaire déjà accentuée, sous l'influence favorable du traitement, perd en partie de son volume. La rétention du début apparent des accidents n'est plus à craindre, l'excitation vésico-urétrale (fausse cystite) est calmée. Le malade urine seul, à des intervalles suffisamment longs, sans efforts, les urines sont presque claires.

Une fois par jour il passe une sonde qui pénètre avec facilité, la prostatomégalie étant médiocre. Il constate alors qu'il y a toujours un certain degré de stagnation

d'urine, que cette urine est souvent chargée de mucosités prostatiques et qu'un lavage est nécessaire pour évacuer le réservoir urinaire. D'autres ne passent la sonde que tous les deux ou trois jours; certains ont un écoulement urétral dont la présence est leur sauvegarde. Mon maître Reliquet et moi avons publié, en particulier dans notre étude sur les *glandes de l'urètre* (Paris 1896) beaucoup d'observations se rapportant aux cas précédents et suivants.

Si en prenant de très sévères précautions d'antisepsie dans le cathétérisme et en suivant un régime approprié, ces malades peuvent ainsi pendant des années jouir d'une existence à peu près normale, à la moindre faute ils ont facilement des orchites, des poussées de prostatite. La terminaison fatale survient ordinairement par la production du foyer infectieux prostatogénital, ils meurent de leur prostate seule, point de départ des accidents d'infection générale.

2°—Lorsque la régression au moins partielle de la prostatomégalie ne peut être obtenue et que les cavités glandulaires restent remplies de sécrétions stagnantes, la sclérose totale de la prostate constitue une deuxième forme de guérison relative. Il est donc, à tout prendre, heureux quelquefois de voir la glande bosselée devenir uniformément dure, de constater qu'à la place des dilatations glandulaires se trouvent des noyaux fibreux dont la compression ne chasse aucun liquide au méat. Car, si le malade ne peut uriner sans la sonde, si le cathétérisme est souvent difficile en raison du volume et de la déformation de la prostate, la vessie distendue par l'urine est dans un état de passivité absolu. Il n'y a plus de vrais besoins d'uriner; à peine une pesanteur anormale prévient-elle, deux ou trois fois par jour qu'il est temps de vider le réservoir urinaire. Les orchites sont rares, l'infection générale exceptionnelle. La survie peut être considérable avec une santé en apparence excellente.

Les complications de toute nature qui surviennent si facilement chez les vieux prostatiques sont parfois un obstacle à la guérison ou à l'amélioration très notable que l'on obtient souvent chez ceux qui se soignent avec méthode. Il y a donc, à côté des formes que nous décrivons, des variétés individuelles dont une courte revue d'ensemble ne saurait nécessairement tenir compte.

En somme si la guérison absolue est rare, elle est possible; elle deviendra avec le temps d'autant plus fréquente que l'on commencera plus tôt le traitement, que l'on connaîtra mieux la puissance des ressources thérapeutiques que j'ai eu souvent l'honneur de défendre devant l'Académie et qui diffèrent tant des interventions sérieuses dans leurs conséquences, incertaines d'ailleurs dans leurs résultats et dont l'action à réserver pour des cas spéciaux, n'est sûrement que palliative. Les guérisons relatives ont aussi leur importance. Il est évident que malgré tout, ces malades n'oublieront jamais, sans danger immédiat, les précautions multiples nécessitées par leur état local, mais ils vivront et beaucoup vivent de la vie commune sans souffrances, avec quelques ennuis et à peine une infirmité.



# DE L'INFLUENCE DU CURETTAGE DE L'UTÉRUS SUR LES COMPLICATIONS DE L'ENDOMETRITE

PAR

Le Docteur J. A. OUIMET

Nous avons vu dans des revues précédentes que la pathologie utérine a de tous temps intéressé singulièrement les praticiens ; si nous revenons sur cette question de curettage, c'est que nous croyons le sujet très intéressant, et aussi parce que nous avons constaté le peu de changement dans la technique depuis cinq à six années. Monsieur Paul Reynier, dans une leçon sur les métrites, parue dernièrement dans la Semaine Gynécologique de Paris, fait l'histoire des indications et des contre-indications du curettage.

C'est en France que naquit l'intervention chirurgicale dans les métrites et c'est à Récamier qu'en revient l'honneur. Récamier avait pensé qu'il fallait détruire la muqueuse utérine ; il fit construire un instrument approprié appelé aujourd'hui curette de Récamier, avec lequel il procédait au râclage de cette muqueuse.

Récamier appliqua souvent cette méthode ; il en obtint d'excellents résultats, mais aussi des revers ; les opérateurs qui cherchèrent à l'imiter eurent surtout des succès et trop souvent des désastres ; aussi les détracteurs de la méthode Récamier ne furent pas long à triompher ; et cette méthode fut si généralement condamnée que Aran a pu dire que "les maladies utérines ne devaient pas sortir du domaine de la médecine, et que pour elles l'intervention chirurgicale devait être réduite aux proportions les plus

simples et les plus élémentaires." Et dire qu'en certains endroits on en est encore à soutenir et à pratiquer de telles théories!!!

Ces paroles d'Aran sont très regrettables ainsi que l'a fait remarqué Trélat, dans la préface du livre d'Emmet, paroles qui, malheureusement, servirent de guide en certains endroits et encore actuellement, ce qui est bien pénible à avouer.

La méthode de Récamier, abandonnée en France, a repris son essor à l'étranger sous des appellations nouvelles et des paternités différentes; grâce aux excellents résultats, s'est vulgarisée en Amérique, en Allemagne, en Angleterre et des noms anglais, américains, et allemands s'attachent à cette vulgarisation.

En France, ce n'est que depuis dix à quinze années que l'importance s'est répandue; mais de suite elle a pris un essor considérable, justifié par ses brillants résultats.

Pourquoi la méthode Récamier a-t-elle dû reculer devant les revers et pourquoi est-elle si florissante aujourd'hui?

C'est qu'il lui manquait cet appoint considérable, que l'avenir devait apporter, grâce aux admirables découvertes du grand Pasteur, appoint qui transforma la chirurgie toute entière et qui devait transformer ce point particulier auquel nous faisons allusion; nous voulons dire l'antisepsie chirurgicale, ou plus exactement, l'asepsie chirurgicale. C'est là la raison de l'heureuse rénovation de la méthode de Récamier.

C'est la base solide sur laquelle reposent les nombreux succès qu'elle enregistre tous les jours, et dont il est facile de démontrer les bienfaits.

Modifier la muqueuse utérine malade, la détruire, la rénover, tel est le principe.

Nous ne nous proposons pas de faire le procès des différents procédés; ou de reproduire la technique du curettage, attendu que nous en avons causé dans des revues précédentes.

La thérapeutique de l'endométrite réside dans la destruction ou tout au moins la modification de la muqueuse utérine ; cette muqueuse est le lieu de culture des éléments pathogènes.

Mais elle n'est pas seulement le lieu de culture de ces éléments. elle peut devenir aussi la source d'infections s'étendant au-delà, dans le voisinage de l'utérus ; elle peut provoquer l'apparition de foyers inflammatoires paramétriques, de salpingites, d'ovarites, de pelvi-péritonites.

Pour Schröder la pelvi-péritonite est très souvent la complication de toute une série d'états pathologiques de l'utérus ; on l'observe dans la métrite et dans l'endométrite.

Il est incontestable que l'endométrite peut s'étendre aux trompes et que l'inflammation peut s'étendre de là au péritoine ; ceci devient surtout évident quand on se rappelle que la seconde cause par ordre de fréquence de la pelvi-péritonite, c'est l'endométrite de nature infectieuse. L'inflammation tubaire n'est dans un certain nombre de cas que secondaire ou consécutive à la métrite. La pelvi-péritonite, est souvent consécutive à une affection de l'utérus ou de ses annexes. La blennorrhagie est une des causes les plus communes de la pelvi-péritonite.

Lawson Tait, admet cette succession dans les accidents ; les affections inflammatoires, dit-il, comme celles qui se développent dans l'utérus sont susceptibles de se propager le long des trompes et de produire des affections ovariennes et péritonéale. C'est pour cette raison que l'inflammation des trompes est d'une immense importance, et doit être soupçonnée lorsqu'apparaissent les signes d'une extension plus sérieuse de la maladie.

La voie de propagation de l'inflammation se fait par continuité de muqueuse ; les travaux de M. Cornil sur l'anatomie pathologique des salpingites ont montré, que dans ces affections *l'ostium uterinum* participait à la maladie des trompes. Polk dans un mémoire important admet nettement la propagation directe de l'utérus à la trompe,

et c'est de celle-ci qu'il fait ensuite partir tous les accidents que l'on peut observer, comme compliquant l'endométrite. Les recherches entreprises à la Women's Hospital de New-York, par le Docteur Coe, chargé du services des autopsies, confirment complètement les descriptions faites par Polk. Dans six cas d'hystéro-trachélorraphie et d'incision du col qui se sont terminés par la mort, il a eu l'occasion rare d'étudier les conséquences de ces traumatismes. Dans chaque cas la mort était attribuable à une péritonite diffuse aiguë.

L'inflammation pouvait parfaitement être retracée, à partir de la plaie, le long de la muqueuse utérine, sous forme d'endométrite ; le long des trompes sous forme de salpingite et de là à la cavité péritonéale. On peut dire que la voie lymphatique et la voie muqueuse peuvent être suivies avec une fréquence inégale par les inflammations et que les accidents qui en résultent ne sont pas absolument semblables.

Il ne suffit pas d'admettre que l'utérus et le vagin soient les sources des lésions du voisinage, il serait intéressant de savoir quelle serait la fréquence de ces accidents au cours de l'endométrite. Winckel sur 500 autopsies de femmes, ayant succombé à des affections quelconques, a trouvé 300 fois les trompes malades.

Lewers, de Londres, a trouvé les traces d'une affection tubaire 17 fois sur 100 autopsies de femmes mortes à l'hôpital, d'affections diverses.

Martin, de Berlin, a diagnostiqué des affections tubaires 63 fois sur 1000 malades de sa polyclinique. Les chirurgiens américains se sont demandés avec effroi, jusqu'où l'on serait conduit, s'il fallait enlever les annexes à toutes les femmes atteintes de salpingite. Or la salpingite le plus souvent a pour compagne l'endométrite qui l'a déterminée.

Donc l'endométrite peut exister isolément, ou bien elle s'accompagne de complications inflammatoires du côté des annexes ou du péritoine.

Des faits nombreux viennent démontrer l'innocuité de l'intervention intra-utérine, lorsque l'endométrite s'accompagne de complications péri-utérines. Ces faits auxquels nous en joindrons de nouveaux dus à MM. Picqué, Doléris, Reynier, forment aujourd'hui un ensemble qui non seulement prouve cette innocuité, mais encore, fait plus intéressant, montre que les complications inflammatoires de l'endométrite, chroniques ou aiguës peuvent dans un bon nombre de cas être guéries par le traitement de l'endométrite.

Il est bien entendu qu'en présence d'une ovaro-salpingite suppurée, la laparotomie s'impose ; dans d'autres salpingites, le traitement intra-utérin ne fera pas cesser les accidents ; toutefois souvent il les améliorera et ce qui a une grande importance, le traitement intra-utérin amènera l'asepsie de cette cavité. Or, c'est par cette asepsie qu'il faut se préparer à la laparatomie.

Donc il convient dans toute salpingite en dehors des cas urgents qui n'admettent pas de retard (pyo-salpinx) de faire d'abord le traitement de l'endométrite. Dans les pelvi-péritonites il n'y a pas de doute à avoir, on peut, on doit faire le curettage de l'utérus. Ce sont là les conclusions de plusieurs auteurs modernes.

En ce qui concerne les salpingites, Martin de Berlin, émet l'opinion qu'il ne faut recourir à la laparotomie qu'après avoir épuisé tous les moyens de traitement.

Quelquefois pour éviter aux malades de vives douleurs, et pour faciliter l'examen par le relâchement de la paroi abdominale, nécessaire à l'application de l'exploration bimanuelle, il faut avoir recours au chloroforme.

Cependant dans les cas où cela ne sera pas indispensable, il y aura avantage à ne pas employer le chloroforme, on pourra alors dans l'examen des annexes, non seulement constater la tumeur, mais aussi éveiller cette douleur si vive, si particulièrement pénible, qui caractérise les tuméfactions tubo-ovariennes.

Quant au curettage nous ne dirons rien de particulier,

nous en avons exposé la technique dans une revue précédente ; seulement nous ajouterons qu'il doit être fait avec intensité ; pour être efficace, il ne faut pas qu'il se contente de râcler la muqueuse, il faut qu'il enlève la muqueuse ; il faut que l'opérateur sente qu'il promène sa curette sur le tissu utérin, il faut que les assistants perçoivent nettement ce bruit spécial au tissu musculaire de l'utérus analogue au cri de l'étain que l'on plie, et qu'on appelle cri utérin.

On comprend que pratiqué avec cette intensité, d'ailleurs sans danger, le curettage a besoin pour être effectué de l'anesthésie chirurgicale. Les essais tentés avec le chlorhydrate de cocaïne ont montré l'insuffisance de ce moyen pour éviter les douleurs dans la grande majorité des cas. Nous ne cesserons de répéter que les soins qui accompagnent ou suivent cette opération, se réduisent tous à des soins antiseptiques rigoureux.

C'est l'opérateur lui-même ou un aide dont il est à ce point de vue aussi sûr que de lui-même qui doit les prendre. L'existence de complications péri-utérines ne crée donc pas des conditions particulières au manuel opératoire du curettage ; et les soins ultérieurs sont les mêmes que pour le curetage d'une endométrite non compliquée. Disons seulement qu'il sera bon de laisser la malade au lit jusqu'à ses prochaines règles, afin de juger en toute connaissance de causes le résultat obtenu.

#### OBSERVATION

M. Reynier a publié cette observation prise dans son service : la nommée Maria . . . 28 ans, couturière, entre à Lariboisière.

Réglée à 15 ans péniblement tout d'abord, douleurs violentes dans le bas-ventre et les reins à chaque époque ; bien réglée par la suite ; a toujours eu des pertes blanches. En 1890, sans cause, pertes blanches bien plus abondantes, apparition de douleurs vives dans le bas-ventre. Mariée à 22 ans ; son mariage aggrave sa situation ; leucorrhée plus abondante, douleurs plus vives ; cependant elle a pu con-

tinuer ses occupations, jusque il y a six mois ; un jour les douleurs deviennent si violentes, que la malade est obligée de prendre le lit : depuis lors elle est restée presque constamment couchée.

Chaque fois qu'elle essaie de se lever, les douleurs l'obligent à se recoucher, au lit les douleurs s'atténuent.

La menstruation continue, régulière, douloureuse, les pertes ne sont pas exagérées, à l'examen on constate ; col pointu, orifice utérin-fongueux, antéflexion accusée, l'exploration des annexes est intéressante ; à droite et à gauche il existe une tumeur rénitante, irrégulière, bosselée, allongée transversalement, adhérente à la corne utérine, plus marquée à droite qu'à gauche, manifestement développée dans les annexes, et éveillant des deux côtés, une douleur excessive qui arrache des cris à la malade. Au spéculum, col entr'ouvert, fongueux, à l'hystéromètre 8 centimètres et demi.

Le diagnostic fut : endométrite virginale, aggravée par le mariage, compliquée d'ovaro-salpingite double.

L'état général est médiocre, il y a peu de fièvre ; la température oscille au voisinage de 38°, mais il n'y a pas d'appétit ; les douleurs, l'insomnie font de la vie de cette femme un supplice ; elle a considérablement maigri.

M. Reynier pose ainsi les indications du traitement : salpingectomie double par la laparotomie ; mais suivant son habitude en pareil cas, il prescrit le curettage utérin préalable pour guérir l'endométrite et faire l'asepsie utérine, après le curettage les douleurs cessent, l'appétit revient avec la gaieté, au bout de dix jours la malade se lève, elle ne souffre plus.

Au bout de 15 jours on procède à un examen local ; tout écoulement a cessé, l'utérus est sec, du côté des annexes, disparition de toutes douleurs à droite et à gauche ; à gauche il n'y a plus de tumeur, à droite un petit noyau de volume d'une noisette.

Ce noyau lui-même disparaît peu à peu, et à la sortie au bout de vingt jours il n'y a plus ni écoulement utérin,

ni douleurs ; la malade a vu son état général s'améliorer à tel point qu'elle est à peine reconnaissable.

## OBSERVATION II

Une jeune femme entre dans le service de M. Reynier, elle a été réglée pour la première fois à 11 ans. Les époques sont irrégulières jusqu'à l'âge de 17 ans, puis se régularisent.

Elles durent environ huit jours, présentent une abondance notable, et sont peu douloureuses.

La malade a eu deux grossesses, la première à l'âge de 20 ans qui n'a rien présenté de particulier à noter, la deuxième grossesse est survenue quatre ans après, elle a été pénible en raison des douleurs hypogastriques à peu près continues que la malade a ressenties, douleurs vives accompagnées de faiblesse générale.

L'accouchement a été néanmoins facile et n'a pas eu de suite pathologique.

Depuis cette grossesse, c'est-à-dire depuis dix mois, la malade a ressenti quelques douleurs dans le bas-ventre. Pendant la même période la malade accuse des pertes abondantes qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital Lariboisière. Un curettage suffit pour les faire disparaître. Deux mois après, réapparition des pertes, les douleurs abdominales s'accroissent, surtout à gauche, névralgie intercostale gauche concomitante. Il y a un mois la malade a contracté la syphilis, elle présente actuellement des syphilides cutanées érythémateuses du tronc. Plaques muqueuses aux lèvres.

Un peu plus tard, douleurs abdominales ; leucorrhée peu abondantes ; métrorrhagies fréquentes et abondantes. Rien à noter du côté de la miction habituelle. Le col utérin est gros, violacé ; l'orifice du museau de tanche est transversalement déchiré. Le corps est en antéversion, la cavité utérine donne sept centimètres et demi à l'hystéromètre. Dans le cul-du-sac latéral droit, le doigt arrive sur une petite tumeur mobile et douloureuse ; c'est l'ovaire en prolapsus ; il est lié à l'utérus par un cordon dur et volu-

mineux, venant se fixer à l'angle supérieur de l'utérus. Dans le cul-du-sac gauche, on retrouve les mêmes sensations moins accusées. Il existe donc une double salpingite catarrhale qui complique l'endométrite et explique les douleurs récentes éprouvées par la malade.

M. Reynier pratique l'opération de Schroeder, suivie d'un curettage.

Les suites ne présentent rien de notable.

La malade sort au bout d'un mois.

La malade a été revue plusieurs fois depuis ; les époques ont reparu avec régularité, les douleurs ont cessé. A l'examen, on retrouve les ovaires en prolapsus, mais le cordon qui les relie à l'utérus est indolore et à peine accessible par le toucher.

#### CONCLUSIONS

1° L'existence des inflammations péri-utérines au cours de l'endométrite est considérée par tous les auteurs anciens et par une grande majorité des auteurs contemporains comme une contre-indication formelle à toute action sur l'utérus.

2° L'examen des faits, très nombreux déjà, dans lesquels on n'a pas tenu compte de cette contre-indication montre que :

L'intervention intra-utérine n'aggrave pas toujours ces complications.

Cette intervention peut même quelquefois amener la disparition des accidents.

3° La condition *sine qua non* de cette innocuité est l'emploi d'une rigoureuse antisepsie.

4° En présence d'une ovaro-salpingite non suppurée, il ne faut recourir à la laparotomie, qu'après avoir fait le traitement soigneux et approprié de l'endométrite concomitante.

Ce traitement préalable, s'il n'amène pas la guérison de l'ovaro-salpingite, aura du moins l'avantage de préparer l'asepsie des voies génitales.

## REPRODUCTION

**Rhumatisme aigu et poussées aiguës  
de rhumatisme chronique**

PAR

Monsieur le Docteur DAVAINÉ

## I

« Le rhumatisme articulaire aigu ou fièvre rhumatismale est une maladie générale, acquise, d'une durée déterminée, survenant au cours de la période d'accroissement et caractérisée par un état fébrile avec inflammation exsudative ou proliférative des membranes séreuses et fibro-séreuses » (1).

Les recherches d'Achalme et de Thiroloix en ont fait connaître le microbe pathogène.

Parmi les causes qui prédisposent l'individu à contracter la fièvre rhumatismale, l'âge paraît jouer un rôle prépondérant.

« Cette maladie se voit quelquefois chez de jeunes enfants ; mais elle se montre d'ordinaire à partir de la puberté, jusqu'à la fin de l'accroissement, c'est-à-dire de douze à vingt ans ».

En effet, sur 176 cas de rhumatisme aigu franc que nous avons choisis parmi plus de 400 observations que M. Lancereaux a bien voulu mettre à notre disposition, nous avons constaté que le maximum de fréquence se trouvait entre 15 et 25 ans.

Un autre fait important qui nous a paru ressortir nettement de notre statistique c'est que, ordinairement, les individus qui ont eu leur première atteinte pendant l'enfance ou l'adolescence, de 8 à 15 ans, ont eu, à la suite, de nouvelles attaques et d'autant plus nombreuses qu'ils étaient plus jeunes lors de la première.

Le sexe ne paraît jouer aucun rôle en tant que cause prédisposante, comme du reste cela se voit dans toutes les pyrexies. Si, dans notre statistique, nous avons trouvé 103 hommes pour 73 femmes, cela surtout doit tenir à la profession des malades. En

(1) E. LANCEREAUX. Leçons de clinique médicale, Paris 1802, s. 342.

effet, les professions les plus éprouvées, et par ordre de fréquence sont : les garçons marchands de vins, les tonneliers, les garçons épiciers, les cochers, les maçons, les blanchisseuses.

Ceci nous amène à parler d'une des principales causes prédisposantes qu'on rencontre dans la plus grande majorité des cas, à savoir le froid humide : « le séjour dans des lieux humides, privés de lumière, comme les échopes des marchands de vin ou les boutiques d'épicerie ; dans des rez-de-chaussée donnant sur des cours froides et sombres, dans des habitations récemment construites, etc. ». Nous ajouterons à ceci : Le froid frappant le corps lorsqu'il est couvert de sueur ou à la suite d'une nuit passée sur la terre humide, ou bien frappant des personnes travaillant dans des endroits humides privés d'air et de soleil comme les sous-sols, les caves, etc.

« Le rôle important que joue le froid humide dans l'étiologie du rhumatisme aigu ne nous est pas très bien connu, ce qui arrive souvent d'ailleurs pour cet agent ; cependant, contrairement à ce qui existe pour un certain nombre de maladies, la pneumonie par exemple, l'action du froid doit être ici prolongée, de telle sorte qu'on est tenté de lui attribuer plutôt le rôle d'une cause prédisposante que celui d'une cause déterminante ».

C'est à cela que doit être attribuée la fréquence de cette affection dans les contrées tempérées, et le fait qu'elle est inconnue dans le voisinage des pôles et de l'équateur.

De même que dans la plupart des pyrexies, on observe ici quelquefois, comme causes prédisposantes, à côté du froid : le surmenage, la fatigue, la misère, le traumatisme, etc.

Il va sans dire que, dans cette affection, l'hérédité ne joue aucun rôle ; c'est ainsi que sur 176 cas, nous ne l'avons trouvée d'une façon manifeste que 19 fois chez les ascendants et 5 fois chez les collatéraux. Nous verrons, au contraire, toute l'importance de cette question dans l'étiologie du rhumatisme chronique.

Ordinairement la fièvre rhumatismale débute d'une façon insidieuse, par un malaise, quelques frissons, une fatigue générale, des douleurs vagues au niveau d'une ou de plusieurs grandes articulations. La température s'élève rapidement pour atteindre 39°, 39°, 5 et même 40°. Alors la douleur augmente et l'on voit bientôt apparaître une vraie fluxion articulaire siégeant assez ordinairement aux cous-de-pieds, puis gagnant les genoux, les membres supérieurs et qui, se généralisant, peut occuper la plupart des jointures.

Il faut remarquer toutefois, qu'habituellement, il n'y a qu'un nombre restreint d'articulations qui soient prises en même temps.

Ces fluxions, dans la fièvre rhumatismale, se font remarquer par leur *extrême mobilité*. « Elles sautent, pour ainsi dire, d'une articulation à l'autre », revenant parfois à celles qu'elles avaient déjà abandonnées.

La douleur est ordinairement très vive : le moindre attouchement, le poids seul des couvertures suffisent à faire pousser des cris au malade. Aussi cherche-t-il l'immobilité la plus complète ; il prend, instinctivement, la position qui lui laisse le plus le relâchement des muscles ; en général, il est étendu sur le dos, les jambes fléchies sur les cuisses et celles-ci fléchies et en rotation en dehors. Les coudes sont écartés du tronc, les poignets légèrement fléchis et les doigts écartés les uns des autres.

Les douleurs sont plus vives la nuit que le jour, et se font surtout sentir au niveau de l'interligne articulaire et des culs-de-sac de la synoviale, tandis que dans le rhumatisme chronique, elles siègent au niveau des parties fibreuses des articulations.

Dès le début de la maladie, on voit la température s'élever graduellement, pour atteindre son maximum avec l'apparition des fluxions articulaires et osciller ensuite entre 38°, 5, 39°, 5 et même 40. Mais le thermomètre ne se maintient à un niveau aussi élevé qu'exceptionnellement ou dans les cas graves. D'ordinaire, on observe une rémission matinale pendant laquelle il descend à 38°, 5 ou 38°.

Les exacerbations sont en rapport avec l'apparition de nouvelles fluxions et avec leur intensité, de même qu'avec les complications viscérales. La température locale de l'articulation malade dépasse de  $\frac{1}{2}$  à 1°; la température de l'article sain correspondant.

Dans les cas normaux, la fièvre a une marche plutôt cyclique, d'une durée variant de 2 à 3 septenaires, avec une défervescence lente, et qui la rapproche encore des maladies infectieuses.

Le pouls bat de 90 à 120 fois par minute ; il est large, ample, parfois dicrote ; les variations sont souvent parallèles à celles de la température.

Les sueurs sont abondantes et se voient d'une façon presque constante dans le cours de la fièvre rhumatismale. Elles se font remarquer par leur odeur *sui generis* qui tient à leur acidité que Todd attribuait à un excès d'acide lactique dans le sang. Ces sueurs sont surtout profuses à la suite de l'absorption de salicylate de soude.

Les urines, ordinairement rares, de densité élevée (1020-1030), fortement colorées, sédimenteuses, contiennent une grande pro-

portion d'urée. On observe, en outre, au début, une albuminurie passagère, presque constante et qui, dans bien des cas, a contribué à établir un diagnostic.

Du côté du sang, on constate une diminution notable du nombre des globules rouges, d'où l'anémie parfois si considérable que présentent ces malades, anémie d'autant plus prononcée que l'attaque a duré plus longtemps. On note encore fréquemment une leucocytose très marquée et, comme dans tous les états fébriles, une forte augmentation de la fibrine qui, de 3, monte à 7 et 8 p. 1000.

On voit assez fréquemment apparaître, dans la période prodromique du rhumatisme articulaire aigu, une angine, qui se manifeste brusquement après une fatigue, une exposition au froid humide. Voici, dit L. de Saint-Germain, ce que l'on observe : « Une rougeur diffuse couvre les amygdales, le bord libre du voile du palais et la paroi postérieure du pharynx ; cette rougeur peut être assez intense, mais, ainsi que l'a fait observer Lasègue, ses limites ne sont pas tranchées ; elle va s'atténuant insensiblement jusqu'à la muqueuse normale ». La douleur et la dysphagie souvent très prononcées sont hors de proportion avec les phénomènes objectifs.

La langue est chargée, saburrale ; l'appétit souvent nul, la constipation habituelle.

La fièvre rhumatismale ne se localise pas exclusivement aux articulations des membres, du sternum, du bassin et de la colonne vertébrale, mais elle s'attaque parfois aux coulisses tendineuses qui sont tuméfiées, rouges, douloureuses comme les synoviales articulaires. Souvent enfin le rhumatisme articulaire aigu envahit les séreuses internes ; l'endocarde, le péricarde, les plèvres, les méninges et le péritoine.

On voit alors survenir, quelques jours après le début de la maladie, une oppression plus ou moins intense ; « les battements de cœur deviennent plus énergiques, sourds, et l'on ne tarde pas à constater à l'auscultation un souffle mitral doux, présystolique qui se prolonge bientôt et empiète sur le premier temps ».

Souvent on trouve à l'orifice aortique un souffle se prolongeant dans l'aorte.

La péricardite, moins fréquente, se traduit par l'extension de la matité cardiaque, des bruits sourds, et du frottement superficiel.

Si l'exsudation albumino-fibrineuse est abondante, les bruits du cœur deviennent de plus en plus sourds.

Les plèvres, quoique fréquemment affectées, le sont cependant moins souvent que la péricarde. L'épanchement séro-fibrineux, d'abord unilatéral, envahit bientôt l'autre côté ; cette pleurésie est caractérisée par la présence d'un épanchement subit, abondant et d'une extrême mobilité.

La méningite rhumatismale dont on possède un certain nombre de cas est une complication rare, il en est de même de la péritonite.

M. Lancereaux, dans son traité d'anatomie pathologique, décrit de la façon suivante les lésions articulaires de la fièvre rhumatismale : « la généralisation, la mobilité et l'instabilité sont les principaux caractères de cette arthrite, qui, en général, disparaît sans laisser aucune trace... »

En somme l'arthrite franchement rhumatismale (rhumatisme aigu) a pour principal caractère, l'injection de la synoviale, l'exsudation d'un produit albumino-fibrineux et la prolifération des cellules endothéliales et des cellules cartilagineuses sans tendance à une organisation définitive ou à la suppuration. Dans quelques cas ces lésions sont si peu accusées que la jointure qui était tuméfiée pendant la vie paraît saine et à peine hyperémisée après la mort.

Les séreuses internes sont altérées d'une façon assez analogue à celle des articulations. La péricardite « est caractérisée anatomiquement par un exsudat liquide clair jaunâtre, dans lequel naissent des lambeaux et des flocons d'une matière molle d'un blanc jaunâtre. »

En même temps, les parois du péricarde sont recouvertes d'un réticulum fibrineux qui repose sur une couche de jeunes cellules dont la tendance est de s'organiser plus tard et de faire adhérer entre eux les deux feuillets du péricarde (symphyse cardiaque) ».

L'endocardite rhumatismale est le type des endocardites prolifératives. Elle frappe de préférence la valvule mitrale, ensuite et presque simultanément les valvules sigmoïdes de l'aorte, rarement la tricuspide et plus rarement encore les valvules pulmonaires.

« Si parfois on trouve qu'un léger dépôt fibrineux ou de faibles végétations, qui se résorbent, d'autres fois ces végétations, formées de jeunes éléments conjonctifs situés tout près du bord libre de la valvule à laquelle elles forment une sorte de couronne, se vascularisent et s'organisent. Il résulte de là un tissu nouveau, semblable à un tissu de cicatrice et dont la propriété rétractile

rétrécit l'orifice d'autant plus qu'il ne présente aucune résistance ; souvent les cordages tendineux, subissant le même processus, s'épaississent et se resserrent de telle façon que la valvule arrive à former une sorte d'infundibulum évasé du côté de l'oreillette, et dont l'ouverture inférieure peut à peine permettre l'introduction d'un manche de crayon.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont le siège, sur leur face ventriculaire, de végétations ou saillies disposées sous forme de guirlandes, depuis le tubercule d'Aranzi jusqu'aux bords adhérents ».

L'attaque de fièvre rhumatismale, très rarement mortelle, n'en est pas moins redoutable pour l'avenir, quand elle s'est compliquée de lésions viscérales cardiaques ; et tout le monde sait que la grande majorité des maladies de cœur ne reconnaissent par d'autre origine.

Quant aux arthrites, elles offrent un caractère tout à fait spécial, c'est qu'une fois la maladie terminée, elles disparaissent sans laisser de traces, et sans donner lieu à aucun trouble fonctionnel, ce qui est l'opposé de ce que nous verrons dans les poussées aiguës du rhumatisme chronique.

Le rhumatisme articulaire aigu se termine habituellement par la guérison, qui peut être définitive, mais souvent il laisse après lui des désordres considérables du côté du cœur.

La mort survient, tantôt par le fait d'une élévation brusque de température accompagnée d'une disparition plus ou moins complète des fluxions articulaires, de délire, de malaise général et d'oppression ; tantôt, à la suite de désordres cardiaques ou thoraciques qui sont venus s'ajouter à la fluxion aiguë des articulations, tantôt enfin, mais plus rarement, elle est produite par des complications cérébrales.

## II

La plupart des auteurs font du rhumatisme chronique la suite du rhumatisme articulaire aigu ou le considèrent comme une de ses variétés (Charcot, Potain, Jaccoud, Buequoy, etc). Tout autre est l'opinion de notre maître Lancereaux, opinion que nous allons essayer de résumer.

Le rhumatisme chronique n'est pas, comme la fièvre rhumatismale, une affection des séreuses, mais des membranes fibreuses qu'il atteint primitivement : périoste, aponévroses, cartilages articulaires.

Il se distingue de la fièvre rhumatismale, tant par ses causes

que par son évolution et sa terminaison. Le rhumatisme chronique se voit dans les pays tempérés et dans les pays chauds et, comme la fièvre rhumatismale, il n'y a qu'aux environs des pôles et de l'équateur qu'on ne le rencontre pas. On le dit plus fréquent dans les villes qu'à la campagne. Les saisons ne paraissent avoir aucune influence sur sa fréquence.

Si la fièvre rhumatismale se montre dans la jeunesse, c'est-à-dire dans la période d'accroissement, le rhumatisme chronique apparaît surtout dans la seconde moitié de la vie, à l'époque de la ménopause chez la femme, et vers 50 ans chez l'homme.

Contrairement au rhumatisme articulaire aigu qui est une maladie acquise, le rhumatisme chronique est une affection essentiellement héréditaire si on ne s'en tient pas seulement au cadre étroit de l'hérédité directe, mais si on prend la peine de la rechercher chez les personnes « dont les parents ont présenté les désordres concomitants du rhumatisme chronique et qui, sans avoir de localisations articulaires, n'étaient pas moins atteints de la maladie générale dont dépendent ces localisations articulaires. Ainsi, l'on voit fréquemment des rhumatisants chroniques dont les descendants sont migraineux, hémorroïdaires ou simplement eczémateux, et inversement, des personnes affectées de migraines, de paralysie, d'acné et de psoriasis dont les parents sont atteints d'un rhumatisme déformant progressif ».

Mais il arrive assez fréquemment qu'on le voit bien plutôt de 20 à 30 ans. et dans quelques cas, à un âge moins avancé, encore, sans qu'il succède pour cela à une maladie infectieuse telle que la scarlatine ou la variole. (Delarrat.) Or, comme dans la jeunesse, il revêt surtout le caractère aigu, il est généralement confondu avec la fièvre rhumatismale.

La plupart des auteurs qui se sont occupés du rhumatisme chronique admettent que cette affection, commune chez la femme, ne frappe qu'exceptionnellement l'homme. Si nous ne considérons que les cas graves de rhumatisme chronique progressif, la remarque peut être juste ; mais, si nous tenons compte des déformations vulgaires des orteils et de l'arthrite sèche, nul doute que l'homme ne soit aussi fréquemment, si ce n'est même plus fréquemment atteint que la femme. (Lancereaux.)

On a voulu ici comme dans le rhumatisme aigu, faire jouer un rôle prépondérant à l'action du froid. Cependant tandis que, dans cette dernière maladie, il a une influence manifeste, dans le rhumatisme chronique, il est exceptionnellement l'occasion des manifestations articulaires qui frappent un individu en pleine

santé et qui avait, jusqu'alors vécu dans les meilleures conditions hygiéniques.

Le rhumatisme chronique, syndrome d'une maladie générale, est provoqué par les circonstances physiques ou morales qui amènent une perturbation dans le fonctionnement du système nerveux, en mettant en jeu l'hérédité ; telles sont : les impressions morales très vives et, chez la femme certaines conditions physiologiques de sa vie sexuelle : la ménopause, les grossesses répétées, l'état puerpéral, la dysménorrhée, etc.

La plupart des auteurs qui se sont occupés du rhumatisme chronique, ont regardé cette affection comme étant le propre des classes pauvres. C'est ainsi que Landré Beauvais l'avait surnommé : *Goutte de l'indigence*, et Adams : *Maladie des pauvres*.

Tel n'est pas l'avis de M. Lancereaux qui dit : « C'est encore là une erreur, car le rhumatisme chronique nous paraît tout aussi commun chez les gens aisés que chez les personnes dans le besoin : cette erreur résulte de ce que chez les premiers, il est généralement désigné à tort sous le nom de *goutte*. »

Le rhumatisme chronique évolue lentement, tantôt d'une façon continue et insidieuse, tantôt d'une façon intermittente, sous forme de poussées plus ou moins aiguës, mais, en général, d'autant plus aiguës que les personnes chez qui elles apparaissent sont plus jeunes.

C'est cette dernière forme que nous avons en vue, celle qui est presque toujours confondue avec la fièvre rhumatismale, dont les auteurs font la variété subaiguë.

Ces poussées aiguës de rhumatisme chronique se voient principalement chez les personnes adultes et surtout à partir de l'âge de 40 ans ; mais on les rencontre, bien plus souvent qu'on ne le croit d'ordinaire, chez les jeunes gens et on les range alors sous le nom de rhumatisme articulaire aigu dont on fait la variété subaiguë.

Les douleurs débutent le plus souvent brusquement dans les cou-de-pieds et les genoux, pour envahir ensuite les membres supérieurs, mais d'une façon bien moins constante que dans la fièvre rhumatismale ; la *mobilité* des fluxions, caractéristique de cette dernière est ici bien moins prononcée.

La peau des articulations malades, ordinairement lisse tendue, a conservé sa coloration blanche, sauf dans certains cas où la rougeur est nettement accusée.

La tuméfaction, parfois nulle, est souvent considérable et « elle est produite, non par une simple dilatation vasculaire, mais

par un véritable œdème dépressible, au niveau des jointures et des tissus circonvoisins, et toujours consécutif à la douleur. »

Les cavités articulaires renferment souvent, aux genoux du moins, une notable quantité de liquide qui fait saillie de chaque côté du tendon rotulien.

La douleur est, ici, toujours bien moins vive que dans la fièvre rhumatismale ; le malade peut, avec peine il est vrai, remuer légèrement le membre atteint. Elle diffère encore par son siège qui est nettement limité aux tissus fibreux de l'articulation et à leur point d'insertion sur les os.

La température n'est pas la même non plus ; car, tandis que, dans la fièvre rhumatismale, elle oscille entre 38°,5, 39°,5 et même 40°, elle se maintient ici entre 37°,5 et 38°,5, et atteint rarement 39°.

Le pouls, souvent normal, bat de 80 à 100 fois.

Les sueurs font habituellement défaut et, lorsqu'on les trouve abondantes, il convient de se demander si elles ne tiennent pas surtout à la médication.

Les urines sont normales, le plus souvent ; rarement elles sont épaisses et chargées de sels et elles ne renferment pas d'albumine, à moins qu'il n'y ait une affection rénale concomitante.

L'anémie est ici chose rare et, lorsqu'on la rencontre, on peut dire qu'elle est le résultat d'un séjour prolongé au lit, bien plus que de la maladie elle-même.

Les poussées aiguës de rhumatisme chronique ne se compliquent jamais de lésions viscérales, comme cela arrive si fréquemment dans la fièvre rhumatismale.

Ainsi, on n'observe jamais d'altération de la valvule mitrale, et si, parfois, on constate à la base du cœur, comme cela arrive chez les jeunes personnes, les signes d'une lésion aortique, c'est toujours la face artérielle des valvules sigmoïdes qui est affectée, face qui présente la structure de l'endartère ; et non la face ventriculaire qui a, elle, la structure de l'endocarde.

Contrairement à ce qui a lieu dans la fièvre rhumatismale, les muscles avoisinant les articulations s'atrophient parfois d'une façon lente et continue.

L'évolution de la poussée aiguë de rhumatisme chronique a ordinairement une allure tout à fait spéciale : elle est irrégulière, intermittente et elle dure souvent deux et trois mois et même plus. Ces poussées laissent fréquemment à leur suite, dans les membres qui en ont été atteints, de nombreux désordres tels que : gêne dans les mouvements, ostéophytes, craquements, déformations articulaires, etc.

Les poussées aiguës de rhumatisme chronique peuvent se manifester une ou plusieurs fois chez la même personne ; après quoi la maladie reprend sa marche insidieuse et progressive.

*Anatomie pathologique.* — Dans les poussées aiguës de rhumatisme chronique, les différentes parties de l'articulation, membranes fibreuses, périoste, cartilages d'encroûtement, franges synoviales, ligaments et muscles, sont modifiées, autant du moins qu'on en a pu juger dans les rares occasions qu'on a eues d'en faire l'examen.

« Toutefois, le cartilage est dépoli, atrophié ou partiellement détruit, si l'on s'en rapporte aux craquements qui font suite à ces poussées ; le périoste, tuméfié et épaissi, donne naissance à des formations ostéophytiques comme l'indiquent les saillies qui apparaissent au pourtour des articulations particulièrement au niveau des éminences épiphysaires. La synoviale, prenant quelquefois part au processus pathologique, est injectée et renferme des épanchements plus ou moins abondants.... Cette sérosité est habituellement résorbée au bout de quelques semaines, tandis que la synoviale conserve un léger degré d'épaississement. Assez souvent, les muscles situés au voisinage des articulations malades, celles des genoux et des épaules notamment, s'atrophient au moment où les modifications articulaires s'améliorent. »

(A suivre).

---

**Sanmetto comme préparation pour les maladies des organes  
génito-urinaires.**

---

Depuis plusieurs années je suis un ardent admirateur du *Sanmetto*. J'ai trouvé une action marquée et bien définie dans tous les cas où je l'ai employé. Dans les cas de prostatite, avec manque de vérité chez les vieillards, je l'ai trouvé excellent. Dans les uréthrites, les cystites et toutes les conditions d'irritations des voies urinaires j'ai administré son efficacité. Je n'hésite pas à le recommander comme une excellente préparation dans les cas où l'action du pur Santal et Saw-Palmetto est nécessaire.

JOS. MARSHALL, M. D.

Durand, Mich.

---

## LA GALE <sup>(1)</sup>

PAR

Monsieur le Docteur GAUCHER

A côté des affections cutanées causées par des végétaux microbiens, se placent d'autres dermatoses occasionnées par des parasites appartenant au règne animal et qui agissent soit en restant à la surface de la peau — comme dans la phthiriasse — soit en pénétrant dans la peau comme dans la gale.

La gale est donc une affection cutanée produite par la présence dans l'épiderme d'un animal nommé *sarcopte* de l'homme *acare* de la gale, *acarus scabiei*.

Si on ne discute plus aujourd'hui la nature parasitaire de cette maladie, il faut savoir que la certitude sur ce point ne nous est acquise que d'une date relativement récente.

Les arabes du IX<sup>e</sup> siècle notamment Avenzoar, ont bien soupçonné la vérité. Plus tard, elle l'a été encore par Gay de Chauliac (1320) et par Ambroise Paré, mais on ne peut admettre, sans certaines réserves, l'identité du *ciron* (2) dont ils nous parlent, avec l'*acare* de la gale.

Les dermatologistes de la fin du XVI<sup>e</sup> siècle et du commencement du XVII<sup>e</sup> — même le plus illustre d'entre eux, Jérôme Mercurialis (3) — ont été dans l'ignorance la plus complète à ce sujet.

Cependant, au XVII<sup>e</sup> siècle, un médecin florentin, Cosimo Bonomo, décrit le parasite dans une lettre écrite à Redi (4) et indique même, comme moyens énergiques et efficaces pour le combattre, les préparations mercurielles et les préparations soufrées.

Au XVIII<sup>e</sup> siècle, Linné admet aussi l'existence de ce parasite et en parle dans son histoire naturelle.

Les dermatologistes, néanmoins, restent aveugles, ignorent

(1) Leçon rédigée par le Dr Saingery.

(2) Jadis, on désignait ainsi les insectes aptères pourvus de quatre paires de pattes (Ch. Robin).

(3) Enseigna à Padoue, Bologne, Pise; né à Forli en 1530, mort en 1606.

(4) Naturaliste italien (1626-1698).

tous ces travaux ou les méconnaissent, si bien que Willan, Bateman et les autres auteurs du début du siècle regardent la gale comme l'effet d'un vice du sang et la décrivent comme une affection humorale.

En 1812, un pharmacien de St-Louis, Galès crut avoir découvert le parasite de la gale, mais survint Raspail, qui fit voir que cette découverte était de valeur nulle : le prétendu parasite était la mite du fromage !

Enfin, en 1834, un Corse, étudiant en médecine, en présence de tous les médecins de Saint-Louis réunis, montra quel était le véritable parasite, en l'extrayant de ses sillons. Il ajouta, d'ailleurs, que cette extraction se faisait couramment depuis longtemps parmi les gens du peuple, dans son pays.

Ainsi, c'est de 1834 que date la connaissance indiscutable de la gale et de son parasite.

Cet animal, tous les zoologistes l'ont bien décrit, puisqu'on le voit à l'œil nu et mieux encore à la loupe. Il a quatre paires de pattes, et dès lors n'est pas un insecte comme le pou. Il est de la classe des arachnides. Sa respiration est trachéale, et on le range dans l'ordre des acariens. Il est blanchâtre, brillant. Il a une forme de tortue ayant une face dorsale et une face ventrale convexes toutes les deux, la seconde moins que la première.

Quand on l'a extrait de la peau, et qu'on l'a placé sur une feuille de papier ou sur un verre poli, on le voit se mouvoir, le mâle parcourant deux centimètres par minute. La femelle est plus grosse que le mâle et mesure un tiers de millimètre de long et un quart de large, faibles dimensions, mais qui rendent l'animal perceptible à l'œil nu. Les dimensions du mâle sont d'un cinquième de millimètre en longueur et de un sixième en largeur. Ce sont là des dimensions constantes à un dixième de millimètre près.

À la loupe, on voit la face dorsale hérissée de saillies, d'épines, de poils, qu'on ne trouve pas sur la face ventrale. Celle-ci est parcourue par de nombreuses lignes transversales et présente quatre paires de pattes qui diffèrent chez le mâle et chez la femelle. Les deux premières paires antérieures du mâle sont terminées par une ventouse, la troisième paire par un poil, la quatrième par une ventouse. Les deux paires antérieures de la femelle sont aussi terminées par une ventouse, mais la troisième et la quatrième le sont par un poil rigide. Les deux premières paires servent, au mâle comme à la femelle, pour se maintenir à la surface de la peau ; les ventouses de sa quatrième paire sont nécessaires au mâle pour se fixer pendant l'accouplement.

A l'extrémité antérieure de l'acare est sa tête, avec les organes de manducation, ovulaire, formant une éminence un peu plus foncée que le reste du corps. A l'autre extrémité, sont l'anus et les organes génitaux.

Après cette courte description du parasite, quelle est sa biologie ? Comment pénètre-t il dans la peau ?

Jamais les mâles n'y pénètrent ; leur vie se passe à la surface de la peau sous les écailles épidermiques et sous les croûtes ; c'est là qu'ils fécondent les femelles.

Quand les femelles — plus nombreuses que les mâles, 10 pour 1, — ont été fécondées, elles pénètrent sous la peau par effraction, en déchirant la surface cornée dont elles gagnent la partie profonde. C'est là, ainsi que l'a montré Torok, dans la partie profonde de la couche cornée, dans l'épaisseur même de l'épiderme, que chaque femelle creuse une sorte de souterrain, de galerie couverte où elle progresse sans jamais pouvoir revenir en arrière, à cause de la direction de ses poils. Dans ce souterrain, à l'abri des accidents extérieurs, elle pond de 10 à 15 œufs et après, — devenue inutile — elle meurt.

Les œufs, ovulaires, ont de 15 à 16 centièmes de millimètre en longueur et 10 centièmes en largeur. Ils éclosent rapidement en huit ou dix jours au plus, en vingt-quatre ou quarante-huit heures dans les conditions les plus favorables. La forme qui résulte de cette éclosion est une larve, corps allongé, qui, subissant plusieurs mues, acquiert une quatrième paire de pattes et est alors une nymphe. Une grosse nymphe deviendra une femelle, une petite deviendra mâle. Quand la nymphe a pris ses organes génitaux, elle est un sarcopte pubère qui deviendra adulte, fécondera ou sera fécondée, puis disparaîtra à son tour quand toutes ses fonctions naturelles auront été accomplies.

L'étiologie de la gale est toute entière dans la contagion qui se fait par transmission directe d'acare, de larve ou d'œuf. Une légère excoriation rompt la mince couche épidermique qui recouvre le souterrain où sont la femelle et ses œufs et les met en liberté bien aisément. La femelle serait-elle morte que nymphes, larves et œufs restent pour propager la maladie. Pour la prendre, il ne suffit pas de toucher un galeux ; un contact intime et prolongé est nécessaire ; un contact nocturne est particulièrement efficace, l'acare étant essentiellement noctambule, au sens d'ouvrier de nuit. C'est donc directement par contact avec un galeux, avec des draps de lit mal lavés, avec des vêtements mal nettoyés que la maladie se gagne ; et ceci explique pourquoi elle

est si fréquente chez les misérables, surtout en hiver alors qu'ils se pressent les uns contre les autres autour des feux, dans les taudis, dans les garnis.

Les animaux pourraient communiquer la gale à l'homme. Il est une espèce de gale, dont je vous parlerai à propos du diagnostic, la gale de Norvège, causée par l'acare du loup. Les animaux domestiques, le chien, le chat, le cheval ont aussi la gale; mais le sarcopte de cette gale est différent de celui de la gale humaine; il vit mal sur l'homme qui guérit très vite de ses atteintes.

J'arrive à la *symptomatologie* qui est la partie la plus intéressante pour vous.

Tout au début, on note des démangeaisons, parfois de l'érythème, de l'urticaire. Une seule chose est déjà caractéristique, c'est que le prurit a des exacerbations nocturnes. Il est plus marqué chez les gens nerveux et chez les alcooliques; il l'est moins chez les lymphatiques: c'est la règle pour toutes les éruptions prurigineuses. Au bout de peu de jours apparaissent d'autres symptômes et en premier lieu, *le sillon* qui est la lésion élémentaire caractéristique de la gale. Le sillon, visible, représente extérieurement la galerie couverte où chemine la sarcopte femelle. Il s'accompagne d'éruptions diverses résultant de l'irritation due à la présence de l'animal ou provoquées par le grattage. Au milieu de ces éléments surajoutés, il faut savoir le retrouver et nous devons particulièrement l'étudier.

Son *siège* n'est pas quelconque. On le trouve aux mains, surtout aux doigts et aux espaces interdigitaux, à la face antérieure du poignet et sur son bord cubital, à la paume de la main; quand l'épiderme est mince et n'a pas été endurci par le travail manuel, parfois, plus rarement aux bras. La face antérieure de l'aisselle, les organes génitaux chez l'homme, le sein chez la femme sont souvent occupés. Chez l'enfant, il faut chercher la localisation aux pieds: sur le dos des pieds, entre les orteils, aux malléoles.

Suivant son siège, le sillon diffère d'*aspect*. Sur les mains et les doigts, il est une petite ligne grisâtre, ni droite, ni rectiligne, mais incurvée en croissant, parfois en fer à cheval, parfois en *S* italique; il peut même présenter plusieurs sinuosités et atteindre de trois millimètres à trois ou quatre centimètres de long. Sa coloration est blanche, grise, ou d'un noir plus ou moins foncé suivant le degré de propreté des individus; la coloration due à la malpropreté ne disparaît pas par le lavage. A la loupe, les deux extrémités du sillon diffèrent. L'une est une simple

émailure, une petite solution de continuité, trace de l'effraction qu'a commise l'animal pour rentrer dans la peau. L'autre extrémité est saillante, surélevée, arrondie, blanchâtre ; c'est le point d'arrêt de la femelle quand elle a cheminé et la coloration blanchâtre de cette éminence est le reflet du parasite visible par transparence.

Ces détails sont bien visibles que s'il n'y avait pas eu grattage ni éruption secondaires, ce qui est rare quand le galeux se présente à notre examen. Quand le sillon est intact, c'est la saillie blanche qu'il faut percer avec une aiguille pour extraire l'animal. Parfois, au lieu de voir à cette extrémité une papule, on y trouve une petite vésicule, une petite pustule. Dans ce cas, le surcopte n'est ni dans la vésicule, ni dans la pustule, il ne plonge jamais dans le liquide ; il est dans le sillon qui passe au-dessus ou à côté de la collection liquide, dans l'épiderme qui la recouvre.

Aux pieds des enfants, dos, espaces interdigitaux, malléoles, les caractères du sillon sont encore ceux qui précèdent.

À la cuisse, sur le ventre, au bras, le sillon forme une ligne brune. Il est plus petit, plus rectiligne, presque pas incurvé. Il est très petit sur le sein de la femme et chez l'homme sur les bourses, le gland, le prépuce, la peau de la verge.

Ce serait une erreur de croire que la gale se présente sous cet aspect schématique, avec ces sillons seuls. Cette lésion essentielle, pathognomonique, due à l'action directe de l'acare demande souvent quelque recherche, car elle est associée à des éruptions dues à l'irritation cutanée, au grattage, à des causes diverses et ces éruptions la masquent, la défigurent.

Pratiquement donc, le diagnostic repose autant sur le siège et l'aspect des *éruptions scabieuses* que sur celle du sillon. Ces éruptions sont constituées par un mélange de papules, de vésicules, de pustules, avec prédominance d'un type sur l'autre, reposant sur une peau plus ou moins enflammée qui présente en outre des excoriations, des traces de grattage, des fissures, des croûtes sanguinolentes dont se recouvrent les vésicules et les pustules rompues. La gale est une affection à lésions polymorphes : ce polyphormisme est, pour elle, un caractère essentiel.

Le siège des éruptions est naturellement le même que celui des sillons, puisqu'elles ont la même cause ; mais elles peuvent s'étendre à toute la surface du corps, comme dans les gales anciennes invétérées, dégénérées. Toutefois, même dans ce cas, il est une région toujours indemne, c'est la tête : face et cuir chevelu. La généralisation, d'ailleurs n'est pas commune. Par

ordre de fréquence, voici les régions envahies par les éruptions : espaces interdigitaux, face antérieure du poignet et de l'avant-bras, coude, face antérieure de l'aisselle, fesse, ventre, organes génitaux chez l'homme, sein et pourtour du mamelon chez la femme, puis, en deuxième ligne, le pli du coude, la ceinture, le pli du jarret.

Lésions de grattage et excoriations plus ou moins profondes sont de règle générale dans toute éruption scabieuse. Le grattage rompt vésicules, pustules, papules, déchire l'épiderme, le chorion, lèse les follicules pileux. Il en résulte un écoulement de sang, de sérum, de pus et la formation de croûtes généralement nombreuses. Les papules, ensuite, ne font que rarement défaut : elles sont nombreuses, elles réalisent le type du prurigo. Elles sont larges, aplaties, excoriées, recouvertes de croûtes sanguinolentes. Les vésicules moins nombreuses que les papules sont isolées, arrondies, globuleuses, miliaires ou d'un volume plus considérable, parfois très considérable. Elles contiennent un liquide clair, puis lactescent. Tandis que les papules se rencontrent sur tout le corps, les vésicules siègent presque exclusivement aux mains. C'est là seulement sur le dos de la main, dans la paume, sur la face latérale des doigts qu'elles peuvent devenir des bulles pemphigoides, avec tous les caractères du pemphigus, capables d'atteindre la dimension d'une noisette. Des taches rouges, un peu saillantes, recouvertes d'une croûte à la partie centrale ne sont autre chose que des vésicules excoriées.

Que les vésicules soient infectées — et c'est facile avec le grattage constant — on aura des pustules du type impétigineux ou du type ecthymateux. Les pustules d'ecthyma larges, volumineuses, arrondies, avec aréole rouge, profondes, à base indurée, avec croûte épaisse, siègent aux mains, aux pieds, aux fesses, aux organes génitaux. Elles existent particulièrement chez les enfants, chez les individus à peau fine, chez les lymphatiques. Les pustules d'impetigo plus petites, plus superficielles, à croûtes melliformes, ont une localisation bien spéciale : le coude si bien que, impetigo du coude signifie gale. Les fesses, la verge, peuvent aussi porter des pustules impétigineuses.

La prédominance d'une forme sur les autres avait conduit les anciens à distinguer d'après les variétés d'éruptions scabieuses, plusieurs espèces de gale : la gale papuleuse sèche à papules excoriées et croûtes, la gale suintante, humide, aqueuse, la gale purulente, pustuleuse (ecthyma), la gale impétigineuse. L'importance de ces distinctions est secondaire, car dans toute érup-

tion de gale, il n'y a jamais un seul type de lésion, il en est un qui est prédominant mais non unique. Le polymorphisme est une caractéristique de la gale.

Il arrive, chez les individus prédisposés, que l'éruption papuleuse ou vésiculeuse occupe de si larges surfaces qu'elle constitue alors une vraie complication cutanée ayant l'aspect d'un eczéma soit vésiculeux, soit lichenoïde. Ces éruptions secondaires, sont faciles à distinguer par leur siège aux mains, sur les avant-bras, sur les fesses, au niveau des jarrets et surtout sur le sein de la femme autour du mamelon. Hardy admettait la lactation, la grossesse et la gale comme causes de l'eczéma du sein chez la femme. Une femme ayant un pareil eczéma et qui n'est ni nourrice ni enceinte à la gale.

L'impetigo qui se propage par auto-inoculation, à la suite du grattage, peut gagner des régions qui ne sont jamais envahies par l'acare : la face et le cuir chevelu. Ce qu'on voit à la tête, chez l'enfant galeux, c'est un impetigo secondaire au milieu duquel on ne rencontre jamais de sillon. Ne vous laissez pas induire en erreur par cette apparente exception ; la gale respecte toujours la tête.

Les microbes de la suppuration peuvent, chez les débilités, chez les lymphatiques, donner lieu à des abcès dermiques, sous-cutanés, à des furoncles, à des lymphangites secondaires qui amèneront des adénites suppurées. Ces accidents surviennent surtout chez des enfants mal tenus ; quand ils se produisent, le diagnostic devient difficile, tous les caractères de la gale étant défigurés.

Un symptôme essentiel de la gale et de ses éruptions et qui apparaît dès les premiers instants, c'est le prurit nocturne. Il existe, avant toute lésion caractéristique, alors qu'il n'y a encore que de l'érythème banal ; il augmente d'intensité sans cesse et persiste quand les diverses éruptions sont venues se surajouter les unes aux autres. Quelle est la cause de ce prurit ? Toutes les éruptions papuleuses, sauf les syphilides, s'accompagnent de démangeaisons qu'on explique en invoquant la compression exercée sur les papilles-nerveuses par la néoformation. Cela est juste ; mais d'où vient que le prurit de la gale est nocturne et si intense ? Il est nocturne parce que le parasite travaille surtout la nuit. D'autre part, il tient aux éruptions nombreuses et à une très vive irritation que cause forcément la présence à la surface de la peau et dans la peau d'un animal à poils et à saillies. De plus, les zoologistes, Moquin-

Tandon, en particulier pense que l'acare de la gale, comme tous les arachnides, sécrète un venin spécial, irritant. Et, non seulement, ce venin est répandu sur la peau mais encore il est inoculé par les piqûres du parasite, il pénètre avec la femelle là où elle s'en va pondre. La plus grande partie des éruptions et du prurit serait due à ce venin.

L'intensité de la démangeaison parfois est si violente, surtout chez les nerveux, qu'elle prive de sommeil, qu'elle occasionne la perte de l'appétit. Le malade subit une surexcitation particulière puis une dépression plus grande. C'est là le seul trouble général qui soit causé par la gale ; la gale est une affection locale.

## II

Vous connaissez maintenant le parasite de la gale, sa biologie, son mode de reproduction, les conditions nécessaires à la transmission. Vous savez quelles lésions il produit directement à la surface de la peau ou dont il est la cause indirecte : papules, vésicules, pustules dont le polymorphisme et les localisations spéciales sont le caractère essentiel ; lésions de grattage, lésions surajoutées d'impétigo, d'ecthyma, d'eczéma.

Que deviennent tous ces accidents, *quelle est la marche de l'affection* abandonnée à elle-même, si aucun traitement n'intervient ?

C'est deux, trois jours, une semaine après la contagion que le malade ressent les premières atteintes du prurit ; puis le sillon se forme, les éruptions apparaissent et si elles ne sont pas combattues, franchissent les limites de leurs régions favorites, envahissent les différentes parties du corps, se compliquent des accidents de la suppuration. Le mal progresse, s'aggrave de jour en jour, persiste indéfiniment. C'est de la sorte que se constituent ces gales généralisées, dégénérées, fréquentes autrefois dans nos pays et qu'on observe encore maintenant parmi des populations sales, misérables, habitant des localités retirées de Suisse et surtout de Norvège et de Russie, où la gale est en quelque sorte endémique.

La marche en avant de la maladie est d'ailleurs variable, irrégulière. Elle est sujette à des rémissions, à des exacerbations : rémissions difficiles à comprendre autrement que par une sorte de torpeur du parasite ; exacerbations plus aisément explicables par des écarts d'alimentation, surtout par des excès alcooliques, par des relâchements dans les soins de propreté. D'autre part, chez les gens du monde, chez les gens soigneux, la gale se pro-

page avec tant de difficulté et de lenteur qu'elle peut rester méconnue et demeurer ainsi un temps assez long sans acquérir un grand développement. Chez les misérables, au contraire, chez les malpropres, chez les gens d'hygiène défectueuse, les lésions augmentent vite d'intensité et d'étendue.

Une autre particularité intéressante à signaler, c'est que la maladie subit l'influence des affections intérieures de l'organisme ; c'est qu'elle sommeille dans les fièvres infectieuses et les grandes pyrexies.

Pendant la pneumonie, pendant la fièvre typhoïde d'une durée plus longue, les lésions scabieuses s'arrêtent, disparaissent et « la gale larvée » est méconnue. Il semble que, dans l'organisme épuisé, les parasites se nourrissent mal ; ils ne se reproduisent plus, ils meurent en très grand nombre. Mais les œufs résistent et lors de la convalescence, ils éclotent en même temps que les parasites survivants, secouant leur torpeur, se remettent à pulluler : les symptômes de la gale reparaissent naturellement avec toute leur intensité primitive.

Persistance indéfinie du mal, si une intervention ne se produit pas : voilà la règle. Mais on a parlé de guérison spontanée. Le fait, pour être rare, n'en est pas moins admissible. Est-ce que la teigne tondante ne guérit pas spontanément, par épuisement du terrain, quand arrive l'adolescence ? Pareil phénomène, celui d'un terrain épuisé, incapable de donner à son hôte les éléments de sa nourriture, peut bien exister pour d'autres parasites, pour la gale en particulier, et d'ailleurs, dans des conditions aussi exceptionnelles qu'on voudra.

Avant de discuter avec vous le diagnostic de la gale, j'ai encore un mot à vous dire sur une forme de gale simplement signalée au début de la conférence. Il s'agit d'une gale, connue en dermatologie, sous le nom de *gale norvégienne*. Elle se caractérise par la production d'amas épidermiques épais et croûteux, des stratifications cornées, épaisses, qu'on ne voit jamais dans la gale commune, et qui, pouvant se trouver sur les différents points du corps, siègent surtout aux régions palmaire et plantaire. Les ongles, par suite d'une altération spéciale, deviennent fragiles, cassants, se décollent, se détachent sur leurs bords. Enfin, on voit des pustules, des croûtes sur la face, sur le cuir chevelu, capables de former un masque sur le visage. Produites sans doute par des auto-inoculations secondaires, elles n'en sont pas moins, par leur constance, un caractère qui appartient en propre à la gale norvégienne. Cette gale n'est pas connue en France ;

je ne vous en parle que d'après les auteurs des pays d'origine et je n'y insisterai pas davantage, me contentant de dire qu'elle est vraisemblablement due à un autre sarcopte que celui de l'homme, au sarcopte du loup, suivant Mégnin.

*Diagnostic.*—Si vous tenez compte de la nature de la maladie, il n'y a théoriquement qu'une seule preuve de son existence à savoir la présence de l'acare. Je vous rappelle la manière de le chercher. Les mâles sont sous les croûtes et les amas épidermiques ; moins nombreux, moins gros que les femelles, on les voit rarement. Les femelles ont cheminé sous l'épiderme et sont arrêtées sous de petites éminences blanchâtres.

C'est une de ces éminences qu'il faut percer pour en retirer l'acare. Quand vous le possédez, vous avez une preuve irréfutable de la nature du mal.

Mais en pratique, combien de fois ne cherche-t-on pas l'acare ! Trouver les sillons est tout aussi probant. Vous vous rappelez leur forme, vous connaissez leur siège. Prenez garde à ne pas prendre pour un sillon, une écoriation vulgaire, un simple pli de la peau, souillés par les poussières atmosphériques. Munissez-vous d'une loupe et dans ces lignes traumatiques ou naturelles, salies, vous ne verrez ni sinuosités, ni deux extrémités, l'une excoriée, l'autre saillante, la première porte d'entrée du parasite, la deuxième son point d'arrêt.

Pour affirmer le diagnostic, il suffit de trouver le sillon. Mais cela même n'est pas nécessaire. Et c'est heureux, car le sillon souvent n'est pas visible ; il est écorché, il est caché par les éruptions secondaires. Même sans le sarcopte, même sans le sillon, le diagnostic se fait pratiquement et se fait légitimement par le polymorphisme des lésions — papuleuses surtout — et par leur localisation aux mains, aux espaces interdigitaux, aux seins de la femme, aux organes génitaux de l'homme.

J'insiste sur cette localisation particulière à l'homme, car elle est d'un grand secours dans les cas difficiles. Certains ouvriers, maçons, cimenteur, vernisseurs, ébénistes, ouvriers maniant des substances irritantes n'auront jamais aux mains ni sarcopte, ni sillon. L'odeur du tan paraît être suffisante pour écarter l'acare : chez l'ouvrier tanneur, vous ne trouverez jamais rien ni aux mains, ni aux avant-bras.

Il vous faut chercher ailleurs, comme lorsque vous serez embarrassés avec les gens du monde, avec ceux qui se lavent souvent les mains. C'est au gland, à la verge que vous trouverez de sûrs renseignements.

Dans tous les cas de prurit dont la cause est douteuse, ne manquez pas d'examiner les organes génitaux ; s'il y a des papules sur la verge, vous pouvez affirmer presque sûrement que la gale est en jeu.

*Diagnostic différentiel.* — Le *prurigo pédiculaire* dû à la présence des poux, présente des papules comme la gale, de même, des pustules par infections secondaires, des lésions de grattage. Mais la localisation de ces papules, de ces pustules est bien différentes de ce qu'elle est dans la gale. Ce n'est pas aux mains, à la partie antérieure de l'aisselle qu'on les voit ; c'est sur la nuque, dans le dos, entre les épaules, là où on ne voit jamais d'éruption scabieuse. Rares sont les pustules et les papules sont larges, aplaties, excoriées, recouvertes de croûtelles sanguinolentes plus volumineuses que celles de la gale. Et à la chute de ces croûtelles, il reste une pigmentation, appelée « mélanodermie parasitaire » qui dure longtemps, parfois toujours. Cette pigmentation brune n'existe jamais après la gale, même ancienne, invétérée.

Le type du prurigo papuleux peut être confondu avec la gale. Je veux parler du *prurigo chronique*, injustement appelé *prurigo de Hebra*, puisque Hebra l'a remarquablement décrit, c'est vrai, mais ne l'a pas inventé, car il était connu de Cazenave, de Rayer, de Gibert, de Bazin, comme les ouvrages de ces auteurs français en font foi. Ce prurigo est généralisé, disséminé. Ses papules respectent les mains, les pieds, les doigts, les plis articulaires ; elles occupent les membres du côté de l'extension, la face antérieure des cuisses, la face postéro-externe des avant-bras, et des fesses, les lombes, le dos. La dissémination des papules qu'on ne peut confondre ce prurigo avec la gale que si elle est généralisée, invétérée : dans un cas de gale ordinaire, il n'y aura pas d'hésitation possible. Si la difficulté est très grande, on s'aidera des commémoratifs. Le prurigo chronique date de l'enfance et, s'il a des rémissions estivales, il récidive ; cette perennité de l'affection est un élément qui permet le diagnostic. Inutile de dire que dans le prurigo, il n'y a ni parasite, ni sillon.

On peut être induit en erreur, chez l'enfant, par le *strophulus*, d'autant mieux que chez l'enfant, la gale a des localisations particulières. Le *strophulus* a des papules plutôt volumineuses, de coloration variable, blanches (*strophulus albus*, *candidus*), roses ou d'un rouge pâle, mêlées d'éléments urticariens, érythémateux. Elles sont discrètes, rarement excoriées. Voilà bien des signes distinctifs et en voici un autre ! Elles siègent à la face. Et jamais, dans le *strophulus*, rien, de près ou de loin, ne ressemble à un sillon.

Ajoutez qu'il s'agit d'une éruption aiguë, transitoire, qui guérit vite, spontanément, et dont les récidives ne sont guère plus tenaces.

Les lésions de la gale se compliquent d'impetigo, d'echtyma, et, par conséquent le diagnostic est à faire entre cette gale impétiginiforme, echantymatiforme, eczématiforme et l'*impetigo*, l'*echtyma*, l'*eczéma* véritables.

Le polymorphisme et le siège des lésions déterminent le diagnostic. — L'eczéma de la gale a une localisation spéciale principale, le sein de la femme, l'aréole et le mamelon, tellement spéciale qu'elle a donné naissance à la formule de Hardy. Cette formule n'est pas tout à fait exacte, car il est des femmes qui ne sont ni enceintes, ni nourrices, ni galeuses et qui ont un eczéma du sein ; et, précisément, vous pouvez en voir une actuellement dans mon service. Ce sont des femmes lymphatiques, si bien qu'il faudrait dire « en dehors de la grossesse, de l'allaitement et du lymphatisme, il n'y a que la gale pour amener l'eczéma du sein ». L'eczéma des aisselles est moins caractéristique de la gale que celui du sein.

L'impetigo est pour le coude ce que l'eczéma est pour le sein ; impetigo du coude est preuve certaine de gale. L'echtyma des fesses et de la plante des pieds est un accident qui appartient moins en propre à la gale que l'eczéma du sein et l'impetigo du coude. Vous vous rappellerez que dans l'echtyma scabilleux, il n'y a pas seulement des pustules mais de nombreuses papules.

Une cause d'erreur très importante est créée par les pustules du gland qui, excoriées, infectées, prennent une apparence chancreiforme, s'accompagnent d'adénopathie inguinale et en imposent pour un chancre mou quand il y a plusieurs pustules abimées ou pour un chancre syphilitique quand la pustule est unique. Fournier a insisté sur ces méprises possibles et qui ont été commises. Elles sont d'autant plus explicables que lésions scabieuses et lésions vénériennes peuvent se trouver réunies chez le même individu qui les a prises à la même source. — Commentaires éclairés ? — Si l'on soupçonne un chancre mou, on fera une auto-inoculation. Si l'on craint un chancre induré, il est plus délicat de se prononcer. L'ulcération qui résulte de la rupture de la pustule de gale peut être profonde, reposée sur une base indurée. En général, profondeur et induration sont moindres que dans la syphilis et l'adénopathie et plutôt inflammatoires. Mais il est des cas, vraiment difficiles, où l'évolution seule permet le diagnostic.

*Traitement.*—Il semble qu'il y ait plusieurs traitements de la gale. En réalité, ils sont réalisés par une ou deux opérations communes à tous. La première est une friction énergique au savon noir pour ouvrir les sillons, détruire les souterrains, mettre l'acare à nu. La deuxième est l'application d'une pommade parasiticide, le plus souvent à base de soufre.

Je vous donnerai les principales formules.

D'abord celles de l'étranger. En Belgique on se sert beaucoup de la lotion de Tleminks avec laquelle on badigeonne le malade. C'est de l'eau tenant en suspension de la chaux vive et du soufre :

Chaux vive.....	500 gr.
Fleur de soufre.....	250 gr.
Eau.....	2,500 gr.

La pommade de Wilkinson est très usitée en Angleterre, en Allemagne, en Autriche. C'est un mélange de soufre, de cade, de savon noir et de craie incorporés à l'axonge. Il a pour but de supprimer la friction préalable en la réunissant à l'application de la pommade. Il fait agir en même temps le savon décapeur et le soufre tueur. La craie est là, simplement, pour rendre la pommade plus épaisse :

Soufre.....	} aa 180 gr
Huile de cade.....	
Savon noir.....	} aa 500 gr
Axonge.....	
Craie.....	120 gr

La préparation la plus usitée en France et à l'étranger est la pommade sulfo alcaline d'Helmerich :

Soufre.....	2 parties.
Carbonate de potasse.....	1 partie.
Axonge (ou vaseline).....	8 parties.

Cette pommade contient une proportion de soufre et de carbonate de potasse qui n'est pas indispensable. Ainsi, comme elle est très irritante, Hardy l'a remplacée par la suivante :

Soufre.....	2 parties.
Carbonate.....	1 partie.
Axonge (ou vaseline).....	12 parties.

qui est suffisante et efficace comme le prouvent les guérisons journalières des malades de l'hôpital Saint-Louis.

Chacun d'eux est couvert des pieds à la tête de savon mou de potasse et vigoureusement frictionné<sup>4</sup>; puis prend un bain chaud de une heure dans lequel il se frotte encore. L'eau chaude ramollit l'épiderme ; le savon décape.

Quand la frotte a été suffisamment vigoureuse, prolongée, le malade s'essuie et alors, des pieds à la tête, on l'enduit, toujours par frictions, de la pommade de Hardy.

Puis il remet sa chemise, ses vêtements contaminés et il s'en va. Théoriquement, au bout de quelques heures, il est guéri. Mais on préfère — parce que la guérison est plus sûre et plus complète — le laisser couvert de sa pommade, pendant vingt-quatre heures. C'est donc seulement le lendemain de la frotte, qu'il revient à l'hôpital où il prend un bain simple, pendant que l'on passe ses habits à l'étuve. Et il s'en va guéri. Telle est la technique vulgaire du moyen le plus simple, le plus efficace pour traiter la gale.

C'est le plus commode à Paris, où il suffit d'envoyer tout malade à Saint-Louis, même les gens du monde, car il y existe un service payant.

Quand la maladie est récente, peu étendue, que ses victimes sont ennuyées de venir à l'hôpital pour se faire traiter, on peut conseiller des *pommades plus agréables, moins irritantes*. Les deux plus connues sont celle de Bourguignon et celle de Fournier, toutes deux à base de scafre.

Bourguignon est un des auteurs qui ont le mieux étudié la gale et ses travaux sur la biologie du parasite sont les plus importants. Sa pommade se compose de :

Essence de lavande.....	}	aa 2 gr.
Essence de canelle.....		
Essence de giroflée.....		
Essence de menthe.....		
Gomme adragante.....		4 gr.
Carbonate de potasse.....		30 gr.
Fleur de soufre.....		90 gr.
Glycerine.....		180 gr.

Voici la formule de M. Fournier :

Glycérine.....	200 gr.
Gomme adragante.....	1 gr.
Soufre.....	100 gr.
Carbonate de soude.....	50 gr.

Essences multiples, au goût du malade.

M. Fournier conseille la technique suivante :

Friction au savon ordinaire ou de toilette et bain, friction avec la pommade et le lendemain, bain.

Si la gale est récente, minime, on peut se contenter de la friction au savon ordinaire ; mais ne vous y fiez pas.

Ces pommades au soufre sont moins irritantes que celle de Hardy, surtout celle de M. Fournier, où le carbonate de soude a remplacé celui de potasse ; il est des cas où elles le sont encore trop.

Pour les jeunes enfants, pour les gens atteints de maladies aiguës et couchés dans leur lit, pour les cachectiques, pour les albuminiques, les cardiaques, les personnes souffrant de bronchite chronique, le traitement par les bains prolongés et les frictions irritantes ne saurait être recommandé. La frotte pendant la grossesse est difficile. Et s'il existe des lésions d'impetigo, d'ecthyma, si des lésions exulcérées couvrent le corps, ce serait une véritable torture pour les patients que cette application de savon noir et de pommade sulfo-alcaline. Pour tous ces cas, on a imaginé des moyens multiples. Tous dispensent de la friction préalable. Voici les principaux :

L'odeur du pétrole chasserait le parasite. On a recommandé les *frictions au pétrole*. Je les ai vu appliquer à l'hôpital des Enfants-Malades. On enduit l'enfant, on le laisse toute la nuit en cet état et on lui donne un bain le lendemain matin. Ces manœuvres sont répétées trois ou quatre jours de suite. Le pétrole en badigeonnage est dangereux : j'ai vu un cas où le pétrole ayant pris feu, l'enfant a été brûlé. Il est aussi dangereux que l'éther de pétrole employé dans la séborrhée, et ce n'est pas peu dire, puisque j'ai vu depuis le mois de janvier — et nous sommes en mai — trois cas de brûlure de la face chez des séborrhéiques traités avec cet éther.

La pommade de *Kuposi* au naphthol est assez peu irritante, d'une application peu douloureuse, mais elle l'est encore.

Naphthol B.....	5 ou 10 grammes.
Alcool.....	q. s.
Eau.....	100 grammes.

Un moyen de choix, dans les cas de gale dégénérée, avec éruptions étendues, et qu'on emploie encore à Saint-Louis pour les enfants et les femmes grosses, c'est l'onction et la friction avec la composition suivante :

Huile d'olive.....	} aa parties égales
Onguent s. yran.....	

On a proposé le *baume du Pérou* sans friction préalable. Il est vraiment efficace ; c'est ce que j'ai lu et ensuite constaté par moi-même. Sans savon noir ni bain, en frictions prolongées, il guérit la gale.

La dose pour un adulte est de 60 gr. ; elle est de 30, 40 pour un enfant, suivant sa grandeur. Le soir, en se couchant, le malade se frotte pendant vingt minutes sur tout le corps avec ce baume non irritant et d'agréable odeur. Il remet sa même chemise et se couche dans ses draps de galeux. Le lendemain matin, il prend un bain. Il est guéri, ou s'il ne l'est pas, il renouvellera bien aisément sa première opération.

Vous avez guéri le mal, c'est très bien ; mais il faut le prévenir, il faut après avoir tué l'acare sur le corps, le tuer dans les vêtements. Donc, envoyez à la lessive tout ce qui se lave, envoyez tout ce qui ne se lave pas, à la désinfection par l'étuve. Ce qui ne peut se laver, ni se désinfecter doit être brûlé ; brûlez les gants des galeux. N'oubliez pas que pour tuer l'acare, une température de 120° est absolument nécessaire. A la campagne, vous vous servirez des fours.

La gale est guérie, les vêtements sont débarrassés ; votre rôle n'est pas terminé. Il vous faut calmer l'irritation qu'a subie, par suite du traitement, cette peau déjà si éprouvée. Vous conseillerez des bains d'amidon, des onctions à la vaseline, vous préconiserez tous ces moyens employés contre les éruptions eczématoïdes. Les malades viendront se plaindre à vous que leurs démangeaisons ne sont pas calmées et le prurit est réellement plus intense chez les alcooliques, chez les gens nerveux. Vous aurez recours à la médication interne, aux antispasmodiques, à l'extrait de valériane de préférence, puisque le bromure de potassium et le chloral peuvent provoquer une éruption médicamenteuse. Vous ne négligerez pas l'action externe ; les bains tièdes prolongés, les bains d'amidon, les lotions phéniquées au centième, chloralées, mentholées et surtout la p. m. m. de mentholée à 1 p. c. vous seront très utiles pour soulager vos malades.

Enfin, pour avoir complètement accompli votre tâche, vous devez faire le diagnostic de la guérison. En général, elle est définitive après le traitement. Mais enfin, il peut ne pas avoir été assez puissant ; les vêtements peut-être n'ont pas été suffisamment débarrassés de l'acare qui a de nouveau exercé ses méfaits. Aussi faut-il que vous teniez compte de ces hypothèses quand les malades vous feront part de la persistance du prurit post-

scabieux, quand ils vous diront leur crainte d'une nouvelle invasion. Dans la majorité des cas, vous aurez évidemment affaire à des nerveux ; mais votre devoir est de les écouter sérieusement et de vous mettre à la recherche de sillons, de papules récentes. Vous la pratiquerez avec un soin minutieux en évitant de vous laisser égarer par des vestiges d'anciens sillons et d'anciennes papules. Pour affirmer la récurrence, il faut que les lésions que vous constatez soient indiscutablement récentes. Si elles ne le sont pas rassurez le malade, soignez ses démangeaisons comme il a été dit. Et enfin, si le doute subsiste dans votre esprit, — et il y a des cas où il s'impose même à des médecins éminents, — n'hésitez pas à faire suivre une deuxième fois un traitement antipsorique.

#### Traitement de l'asthme par le sérum antidiphthérique

Le professeur Revilliod, de Genève, a traité par le sérum de Roux 7 malades atteints d'asthme. Il a obtenu 3 guérisons ; les 4 autres malades ont été seulement améliorés, et sont retombés dans leurs accès, dès que la médication a été supprimée.

En rapportant ces essais encourageants dans la *Revue Médicale de la Suisse Romande* l'auteur donne les raisons qui l'ont incité à s'engager dans cette voie ; elles sont l'une d'ordre pathogénique, l'autre d'ordre thérapeutique.

Notre confrère estime, en effet, d'une part, que l'accès d'asthme peut être considéré comme un moyen de défense de l'organisme lequel cherche dans la voie pulmonaire un émonctoire gazeux ; d'autre part, il explique par l'action élective de l'iodure sur les voies respiratoires le succès de ce médicament classique de l'asthme.

Généralisant cette interprétation, M. Revilliod considère comme indiquée dans le traitement de l'asthme toute médication qui s'adresse à l'arbre bronchique, et qui, comme la médication iodurée, joue, pour ainsi dire, le rôle d'une soupape qui ouvre les portes de sortie et ferme les portes d'entrée. Il était ainsi amené par la logique à essayer le sérum antidiphthérique, puisqu'il facilite la chute des fausses membranes et s'oppose à leur expansion, ce qui revient à dire qu'il établit, à la surface de la muqueuse, un courant de dedans en dehors, favorisant ainsi un travail d'exosmose nécessaire à la guérison.

## REVUE MÉDICALE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

**Académie des Sciences.** — MM. Babès et Riegler ont fait quelques essais sur le traitement de la rage chez les animaux par l'injection de substance nerveuse normale. Ils ont constaté que cette substance exerçait une action préventive et curative très nette à la condition de l'injecter en quantité assez abondante et de ne pas employer un virus trop actif.

**Académie de Médecine.** — M. Hayem communique un travail sur la gastro-entérostomie dans les retrécissements non cancéreux du pylore : il estime que malgré les statistiques encourageantes la gastro-entérostomie reste une opération grave que l'on ne doit pas pratiquer à la légère et qu'elle ne devienne rationnelle que dans des cas déterminés.

M. Chipault lit une note sur la disparition complète des crises épileptiques à la suite de la résection des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique. Il s'agit d'un enfant de deux ans et demi, et d'une femme de 33 ans.

M. Baillet a trouvé l'échinocoque multiloculaire chez une centaine de vaches et de bœufs tués à l'abattoir de Triges. Le parasite se rencontre dans le foie et plus rarement dans le poumon ; la lésion a été observée également chez le mouton ; mais elle est beaucoup moins fréquente. Cet échinocoque multiloculaire paraît être la larve du *tenia echinococcus* connues.

**Société médicale des hôpitaux.** — MM. Jalliard et Morilly communiquent un cas d'arthrite pneumococcique du poignet observé chez un alcoolique : La température s'étant élevée progressivement de 39 à 40° et une tuméfaction dorsale accompagnée de fluctuation s'étant déclarée, il fallut recourir à l'arthrotomie. Le dos évacué renfermait exclusivement le pneumocoque de Talomon et Franket.

L'état général du malade reste cependant mauvais et la pneumonie antérieure de l'arthrite nécessite d'abord la thoracotomie puis la pleurotomie : Une amélioration rapide se produit alors contre toute attente, la suppuration du poignet se tarit et le malade sort guéri deux mois et demi après le début de la maladie.

M. Beclère, lit un travail sur la fréquence de la tuberculose verruqueuse du dos de la main droite, au cours de la tuberculose

pulmonaire. Vidal avait expliqué en disant que les malades ont l'habitude, lorsqu'ils ont craché, de s'essuyer les lèvres ou les moustaches avec le dos de la main. Cette interprétation est confirmée par M. Beclère.

M. Mathieu fait une communication sur l'emploi des alcalins dans le traitement des états dyspeptiques et reconnaît avec M. Hayem, que l'usage continu des alcalins à hautes doses n'amène pas la guérison de l'hyperchlorhydrie ; toutefois il lui paraît prématuré de conclure qu'il peut la provoquer.

**Société de Biologie.**—MM. Gilbert et Weil, indiquent l'indicurie comme symptôme de l'insuffisance hépatique. Les deux malades observés étaient de petits diabétiques et présentaient outre la glycosurie digestive spontanée ou provoquée, un gros foie, de l'urobilinurie de l'hypoazoturie, tous les signes enfin de l'insuffisance hépatique, et de plus leurs urines contenaient de l'indican dont l'élimination fut suivie pendant une quinzaine de jours. Cet indican disparut sous l'influence du traitement par la poudre de foie.

M. O. Josué signale des modifications du tissu médullaire chez les tuberculeux alors même qu'il n'y pas de localisation du bacille de Koch dans la moëlle osseuse. Ces modifications sont de deux ordres. 1° Multiplication des éléments cellulaires ; 2° existence de véritables lésions telles que sclérose, dégénérescence amyloïde.

MM. Deroide et Lecompte, signalent l'existence d'un pigment spécial dans l'urine des saturnins ; les solutions de ce pigment dans l'éther ou dans l'alcool sont roses avec reflets rouges, ou nettement rouges suivant la concentration. Par évaporation elles fournissent une poudre amorphe soluble dans les acides, les alcalis et l'eau, à peu près insoluble dans le chloroforme.

MM. Gilbert et Garnier, signalent les heureux effets de l'opothérapie médullaire dans la chlorose.

L'augmentation du nombre des globules sanguins a été très nette, (1,400,000 chez une malade) bien qu'inférieure à celle produite par le traitement ferrugineux.

## BIBLIOGRAPHIE

**Traité des Maladies des Femmes**, par H. Fritsch, professeur de gynécologie et d'accouchements, conseiller médical privé et directeur de la Clinique gynécologique de l'Université de Bonn. — A. MALOINE, éditeur.

« En réalité, écrit le professeur, un traité n'est aujourd'hui que le tableau, que l'état actuel de la science. »

Et ce tableau, l'auteur l'a exposé dans tous ses détails, aussi complètement, aussi clairement qu'il soit possible dans le plus utile et le plus pratique des traités de gynécologie parus jusqu'à ce jour.

L'auteur s'exprime dans un langage sobre et concis, sans étalage d'érudition, mais avec la préoccupation constante, évidente à tous les chapitres, manifeste dans chaque page, d'instruire son élève. Ce n'est pas le savant faisant une dissertation devant une assemblée dont il veut conquérir l'admiration et la confiance. C'est le professeur, s'oubliant lui-même, soucieux seulement du disciple auquel il ne veut rien laisser ignorer.

Aussi, combien nombreux les détails, et combien multiples les explications et les renseignements.

L'histologie normale et pathologique y est décrite brièvement quoique d'une manière complète.

L'historique n'y vient pas augmenter inutilement le nombre des 550 pages que contient le volume et qui sont consacrées au diagnostic méthodique, à la manière d'interroger et d'examiner les malades, aux précautions à prendre dans certaines circonstances particulières, enfin au traitement qui est décrit de telle façon que le plus novice des médecins le pourrait entreprendre avec méthode et sûreté, après avoir lu le chapitre où il est décrit.

Souvent, en gynécologie, on voit les symptômes de l'affection la plus grave différer très peu de ceux d'une lésion peu importante et facile à traiter par les moyens usuels, tels que tampons, cautérisations, douches, etc.

Si la première réclame les soins éclairés et l'habileté opératoire d'un spécialiste, la seconde est du ressort du praticien ordinaire, pourvu qu'il sache la reconnaître et mettre en œuvre les moyens de traitement.

C'est à ce point de vue surtout qu'est à une incomparable utilité le traité du professeur Fritsch.

Les deux chapitres, traitant des inflammations et des déviations de l'utérus semblent particulièrement écrits pour le praticien—celui de la campagne surtout—qui pourra, dès lors, tout en faisant bénéficier ses malades du traitement approprié, faire œuvre de médecin et en retirer les honoraires, au lieu de n'être pour ainsi dire qu'un agent chargé de diriger les malades vers tel ou tel spécialiste dont il semble chargé d'édifier la fortune aux dépens de sa propre aisance.

Il faut bien savoir, en effet, que toujours et d'abord les femmes qui souffrent de ces sortes d'affections —et combien nombreuses—s'adressent à leur médecin. Et ce n'est qu'après de longues hésitations, après avoir souffert longtemps qu'elles se résignent à voir le spécialiste.

Et voilà pourquoi, en résumé, il me paraît que le traité du professeur Fritsch devrait être entre les mains de tout praticien, surtout à la campagne.

---

## VARIÉTÉ

---

### LE MÉDECIN DE CAMPAGNE

---

Le Rural a le cœur fermé :  
 L'étranger qui, voulant lui plaire,  
 Fait mille efforts pour être aimé,  
 Obtient souvent l'effet contraire !  
 — Maire, châtelain ou curé,  
 Un grand salut les accompagne ;  
 Mais le conseiller attiré,  
 L'ami de tous, le préféré,  
 C'est le médecin de campagne !

On le connaît depuis . . . toujours !  
 Ces enfants que sans gêne il gronde,  
 C'est par son opportun concours  
 Que la plupart vinrent au monde !  
 Ils les reçut, noirs et criards,  
 Sans feuille de vigne, ni pague ;  
 Il les soigna, tous ces moutards ;  
 Aussi tous, femmes et vieillards,  
 T'aiment, médecin de campagne !

Il connaît a fond les tracas  
Et les secrets de ces contrées :  
Il a vu dans bien des faux pas  
Butter des vortus consacrées !  
Plus d'un, peut-être, s'il parlait,  
Connaîtrait le chemin du baigne ;  
Ne redoutez rien de son fait,  
Car, s'il sait tout, il est discret,  
Le bon médecin de campagne !

Il arriva... comme c'est loin !...  
Jeune docteur, plein de vaillance,  
Léger d'argent, et dans ce coin  
Il se traça cette existence !  
Loin de Paris, du vieux Quartier,  
Sans rêver châteaux en Espagne,  
il se mit ferme en son collier  
Et prit le train-train régulier  
Du bon médecin de campagne !

Sur un dévouement surhumain  
Il faut que son âme s'appuie  
Pour, chaque jour, sur le chemin,  
Braver le froid, le chaud, la pluie !  
— Fatigué, quand son vieux bidet  
Monte au pas berceur la montagne,  
Rattrapant un somme incomplet,  
Il dort dans son cabriolet,  
Le vieux médecin de campagne

Sa force le trahit un jour  
Avant qu'ait faibli son courage ;  
Il voit qu'il lui faut à son tour  
Partir pour le dernier voyage !  
— La Mort, qu'il combattait, rira  
D'être pour toujours sa compagne,  
Mais le village pleurera  
Quand dans sa tombe on portera  
Le vieux médecin de campagne !

L. DUPILLE.

Le 7 janvier 1898.

---

## NOTES DIVERSES

---

On dit que la peste sévit à Calcutta.

Le Medical Age dit que sur cinquante médecins qui meurent, un se suicide !

Au Canada, l'église et la municipalité passent avant le médecin.

Césaire Lombroso, le plus éminent des anthropologistes, est juif et est né à Turin en 1836.

En France, quand un individu meurt insolvable, le compte du médecin est privilégié et payé avant tous les autres.

Les Anglais de Nice ont célébré le jubilé de la Reine, par l'érection d'une nouvelle aile à l'hôpital protestant de cette aille.

Le Post, de Louisville (Ky), dit que George Arnold, de Lancaster (Ky.), a inventé une machine à coudre avec laquelle les chirurgiens pourront suturer les blessures.

Plus de 400 femmes ont offert leurs services à Washington, comme garde-malade, pour aller à Cuba.

L'Université d'Aberdeen a offert le degré de L. L. D., au Dr William Osler, de John Hopkins University, de Baltimore.

Le Dr Cornilius N. Hoagland qui vient de mourir à Brooklyn, a laissé \$24,000.00 au laboratoire de Hoagland, qu'il avait fondé il y a quelque temps en donnant \$100,000.00

Au delà de 300 médecins ont offert leurs services à l'autorité militaire Américaine, pour servir dans l'armée, et plus de 1000 ont demandé de servir dans la marine, durant la guerre avec l'Espagne.

Le gouvernement Prussien vient de décider qu'à partir de l'an prochain, le degré de M. D. ne sera accordé qu'à ceux qui auront passé l'examen de l'état.

Une des particularités du nouvel hôpital que l'on vient de construire à Berlin, est une vaste salle dans laquelle les malades souffrant d'affections des voies respiratoires peuvent respirer de l'air imprégné artificiellement de sel marin.

Le Boston Traveller s'est fait le champion des anti-vivisectionistes. Il essaie de soulever l'opinion contre l'Université Harvard en disant que l'on vole les chiens de fantaisie (Pet dogs) pour servir de sujets d'expérience dans cette institution.

Le gouvernement Prussien vient de décider qu'à partir de l'an prochain le degré de M. D. ne sera accordé qu'à ceux qui auront passé l'examen de l'état.

La peste non seulement continue ses ravages dans l'Inde, malgré tout ce que l'on a fait pour s'en rendre maître, mais elle devient plus meurtrière de jour en jour. On rapporte que 265 personnes sont mortes en un seul jour à Bombay, dernièrement.

Haberman dit que l'hypnotique par excellence chez les personnes nerveuses, surtout quand le sommeil est troublé par une vive impression, ou les soucis causés par les affaires, est le trional dissout dans l'eau chargée de gaz acide carbonique.

Hans recommande les injections de pyaktanie dans des hémorrhagie de la vessie, et dans les cas de néoplasmes quand l'opération ne peut être pratiquée.

Quelques écrivains reviennent à la saignée. Hans la recommande pour activer la circulation, pour favoriser l'élimination etc., et dit qu'elle n'est contre-indiquée que dans le cas de cachexies comme la tuberculose ou le cancer.

Un statisticien anglais, après un calcul approfondi de l'accroissement annuel moyen de l'aliénation mentale, est arrivé à la conclusion qu'en l'an de grâce 2301, les asiles d'aliénés n'auront plus leur raison d'être, attendu qu'alors, il n'y aura plus assez de personnes saines d'esprit, pour prendre soin des fous !

Un médecin Allemand qui a fait de longues recherches sur les habitudes des centenaires, affirme que la plupart de ceux qui sont morts à un âge avancé, avaient l'habitude de se coucher très tard.

Des sept grands médecins anglais qui ont illustré le règne de notre gracieuse souveraine, c'est-à-dire, Sir William Jenner, Sir William Gull, Sir Richard Quain, Sir Andrew Clark, Sir Spencer Wells, Sir Oscar Clayton et Sir James Paget, il ne reste que deux survivants, Sir William Jenner et Sir James Paget.

---