

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- |                                     |   |                                     |   |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/>            | Coloured covers /<br>Couverture de couleur  | <input type="checkbox"/>            | Coloured pages / Pages de couleur   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers damaged /<br>Couverture endommagée   | <input type="checkbox"/>            | Pages damaged / Pages endommagées   |
| <input type="checkbox"/>            | Covers restored and/or laminated /<br>Couverture restaurée et/ou pelliculée   | <input type="checkbox"/>            | Pages restored and/or laminated /<br>Pages restaurées et/ou pelliculées   |
| <input type="checkbox"/>            | Cover title missing /<br>Le titre de couverture manque  | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/<br>Pages décolorées, tachetées ou piquées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured maps /<br>Cartes géographiques en couleur  | <input type="checkbox"/>            | Pages detached / Pages détachées  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /<br>Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire)  | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence  |
| <input type="checkbox"/>            | Coloured plates and/or illustrations /<br>Planches et/ou illustrations en couleur   | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /<br>Qualité inégale de l'impression  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /<br>Relié avec d'autres documents  | <input type="checkbox"/>            | Includes supplementary materials /<br>Comprend du matériel supplémentaire   |
| <input type="checkbox"/>            | Only edition available /<br>Seule édition disponible  | <input type="checkbox"/>            | Blank leaves added during restorations may<br>appear within the text. Whenever possible, these<br>have been omitted from scanning / Il se peut que<br>certaines pages blanches ajoutées lors d'une<br>restauration apparaissent dans le texte, mais,<br>lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas<br>été numérisées. |
| <input type="checkbox"/>            | Tight binding may cause shadows or distortion<br>along interior margin / La reliure serrée peut<br>causer de l'ombre ou de la distorsion le long de la<br>marge intérieure. |                                     |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /<br>Commentaires supplémentaires:  |                                     | Continuous pagination.  |

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

---

## QUELS DOIVENT ÊTRE LES ALIMENTS ARTIFICIELS.

Le lait condensé est le substitut le plus naturel du lait de la mère, mais il faut bien savoir qu'il perd des éléments propres au lait par le travail de la condensation. Les pauvres gens qui ne peuvent se procurer de glace pendant les chaleurs, les personnes en voyage sur les bateaux, sur les trains, qui se trouveront dans le même cas, peuvent avoir recours au lait condensé.

C'est bien l'occasion de dire ce que l'on doit penser des nombreux aliments que le commerce offre à la mère qui croit que son enfant n'a pas assez du lait pour le nourrir et le fortifier.

La réclame est ingénieuse. Sainte Beuve a dit que l'avenir du commerce était à la contrefaçon ; contrefaire, c'est-à-dire faire la même chose, imiter ; eh bien ! croit-on que l'on puisse imiter le lait de la mère ? Voyons quelle est la mère qui va croire cela.

Je comprends que l'on imite les produits artificiels, mais les produits naturels ? allons donc. On vous trompe lorsqu'on vient vous dire que dans cette bouteille ou dans cette boîte, c'est du lait maternel condensé ; vaudrait tout aussi bien dire que cette bouteille et cette boîte sont une imitation réelle des réservoirs naturels dans lesquels l'enfant affamé va puiser sa nourriture.

Non, messieurs les chimistes, ces préparations que vous recommandez ne sont pas telles que vous voulez bien le faire croire ; elles ont passé par des laboratoires non payés pour parler, et l'on a tiré la conclusion d'après l'analyse, que la plupart, sinon toutes, contenaient des ingrédients qui ne devaient pas s'y trouver et étaient complètement dépourvues des principes essentiels qu'elles se vantaient de posséder.

Et puis, il n'y a pas que le laboratoire qui a parlé ; la clinique,

---

(1) Voir la livraison de juillet.

le médecin, ont observé tous les deux à l'hôpital, où il a été conclu comme chez le chimiste honnête; les mauvais effets constatés le plus souvent obligent de ne pas recommander ces préparations trompeuses: les bébés mignons que l'on rencontre sur les cartes de la réclame, n'ont jamais acquis leur apparence de bonne santé au moyen du *Liebig food*, etc. Cependant, il est important qu'un enfant puisse avoir à sa disposition une nourriture toute prête; celle de *Nestlé* préparée au lait est tellement recommandée par les autorités médicales les plus compétentes que nous sommes obligés de faire exception pour cette préparation qui réunit à un haut degré les éléments réparateurs et nutritifs nécessaires.

L'arrowroot dont on fait un si grand usage doit être considéré comme nuisible vu la grande quantité d'amidon qu'il contient.

Churchill et bien d'autres avec lui recommandent la *gelée de pain*. On la prépare de la manière suivante: on prend la mie du pain rassis, on la sépare en petits morceaux, et on la recouvre d'eau chaude, puis on laisse tremper pendant quelque temps. Ensuite on égoutte et on ajoute de l'eau fraîche que l'on fait bouillir jusqu'à ce que le pain devienne bien mou; l'on enlève alors l'eau, et le pain en refroidissant forme une gelée que l'on fait manger mêlée au lait.

Le thé de bœuf préparé au moyen de la bouteille trempant dans l'eau chaude contient des sels en quantité et est contraire pendant la saison chaude, où il y a tendance à la diarrhée. On se souviendra toujours que le bouillon de veau donne aussi la diarrhée, tandis que celui de mouton amène la constipation.

Disons ici que la meilleure manière de préparer le thé de bœuf est de mettre une livre de maigre de bœuf dans une chopine d'eau froide; on y ajoute dix gouttes d'acide hydrochlorique dilué; on laisse bouillir doucement pendant trois heures en agitant de temps en temps. C'est tout.

Ce qui doit nous régler dans l'alimentation de l'enfant est l'apparence de bien-être ou de développement acquis de plus en plus chaque jour, et pour assurer ce bien-être, nous devons toujours nous souvenir que pour le petit enfant comme pour l'adulte la nourriture ne saurait être invariablement la même pour tous; votre nature se révolte à la pensée de tel plat ou de tel autre; cette révolte ne saurait s'expliquer; c'est antipathie incompréhensible comme peuvent l'être certaines sympathies; or cette loi existe chez l'enfant, sinon au même degré, à un certain degré suffisant du moins pour qu'elle mérite d'être respectée.

Cela étant donné, un changement de nourriture peut être suffisant pour donner à l'enfant l'élan de croissance que cherche l'œil inquiet de la mère.

L'enfant peut rester pendant un certain temps dans un état stationnaire qui n'est pas la maladie, mais qui n'est pas non plus la santé, dans tout son épanouissement naturel. On constatera-

est état plus ou moins apparent au moyen de la pesée. A ce sujet disons de suite qu'une augmentation d'une demi-once à une once par jour pendant les 4 à 5 premiers mois est le résultat que la pesée doit nous donner ; pendant le reste de l'année une augmentation quotidienne de une demi once devra satisfaire ; ces chiffres constituent une bonne ligne de nutrition et peuvent servir de base à la quantité rationnelle d'aliments : chaque fois que ces chiffres feront défaut pendant quelques jours, modifiez l'alimentation et l'ordre sera rétabli, et la croissance reprendra sa marche progressive.

C'est ainsi que, à mesure que l'enfant se développe, on pourra ajouter à son alimentation et la quantité et la variété des mets qui doivent entrer dans son menu friand ; le pain bis, les biscuits soda et le beurre, la pomme de terre arrosée d'une sauce non épicée, la viande de bœuf, la cuisse du poulet viendront tour à tour éveiller l'appétit et éprouver les forces acquises.

Mais puisque nous avons voulu adopter une méthode sévère concernant l'alimentation et de laquelle nous ne voulons pas que la mère s'éloigne, nous croyons nécessaire de donner un échantillon du menu que la mère doit servir à notre nouveau convive. Je l'emprunte à une autorité américaine.

Premier repas, 6 h. a.m.—Une tasse de lait avec biscuits à la crème ou une tranche de pain beurré.

Deuxième repas, 8 h. a.m.—Pain bis dans un lait riche.

Troisième repas, 12 h. a.m.—Une tranche de pain au beurre avec un demiard de thé de bœuf, ou de bouillon de mouton ou de poulet.

Quatrième repas, 4 h. p.m.—Un grand verre de lait avec biscuit ou pain au beurre.

Cinquième repas, 8 h. p.m.—Un verre de lait avec pain ou biscuits.

Voilà pour la première partie de la deuxième année.

Mais notre enfant à seize mois, sa musculature se développe, son ossature a besoin de se solidifier pour porter la masse grasseuse acquise, le menu doit être modifié.

Premier repas, 6 h. a.m.—Pain ou biscuits dans un demiard de lait.

Deuxième repas, 8 h. a.m.—Une cuillerée à soupe de fleur d'avoine, biscuit de froment avec du lait et une couple de tranches de pain au beurre.

Troisième repas, 12 h. a.m.—Pain et beurre, lait et un œuf cuit légèrement.

Quatrième repas, 4 h. p.m.—Un morceau de bœuf à moitié cuit que l'enfant sucera ; patates écrasées dans la sauce, pain et lait, et un peu de gelée de pain ou de riz.

Cinquième repas, 8 h. p.m.—Lait et pain ou biscuits.

En hiver on pourra avancer d'une heure ces deux repas.

Maintenant, nous sommes arrivés à la fin de la première enfance : le petit garçon commence à jouer au soldat, la petite fille à la mère ; leur place à tous deux a déjà été prise au salon, il faut la leur donner aussi à la table commune ; ils ont les vingt dents de la première dentition, que faut-il de plus ?

Que l'on ne se fatigue pas de nos détails minutieux, de nos répétitions apparemment inutiles et qui sont néanmoins nécessaires ; notre excuse est dans la proposition suivante :

*Si l'on savait nourrir les enfants, et les nourrissons particulièrement, nous doublerions dans peu de temps le chiffre de la population infantile.*

Dans un précédent article nous avons dit que le biberon devait être l'adjuvant du sein maternel, et que l'on devait y avoir recours dès les premiers jours. Nous savons que cette opinion est combattue, mais nous la prêchons quand même, convaincu que nous sommes des avantages nombreux qui résultent pour la mère et pour l'enfant de cette pratique du biberon dans les premiers jours et pendant toute la longue période d'allaitement de l'enfant. Tous les petits renseignements concernant le lait de vache ne sauraient donc être lus avec indifférence. Il nous faut être grands connaisseurs de tout ce qui intéresse à un si haut degré le pauvre petit : son vin doit être de bonne provenance, et le terroir qui l'a produit, on ne doit pas douter plus de sa vertu que ne doutaient les anciens de la vertu de la femme de César.

*Le lait de vache possède-t-il toujours les mêmes propriétés ? Non.*

La physiologie—qui est une science qui nous enseigne le mode de formation de nos tissus : sang, chair, os, et le fonctionnement de nos organes—nous dit que le lait peut être facilement modifié dans sa composition par la nourriture. La connaissance de cette vérité est-elle importante au point de vue du sujet qui nous occupe ? A-t-elle une valeur pratique réelle ? Nous allons le voir.

Pour que le lait de vache soit utile à l'enfant, il faut que sa composition se rapproche le plus possible du lait de la femme. La différence est-elle bien grande ? Le lait de vache contient autant de graisse, moins d'eau, plus de sucre, de sels et de protéine, substance que les chimistes considèrent comme étant la base de la formation de nos tissus musculaires ; pour résumer en deux mots cette différence, nous dirons que le lait de vache est plus solide et contient moins d'eau.

Voici à présent ce qui peut arriver.

La quantité d'eau peut être augmentée. Les laitiers connaissent ces substances qui augmenteront la masse aqueuse du lait de la vache ; c'est pourquoi ils auront recours aux résidus de la distillerie, orge, betteraves, etc., l'expérience leur ayant fait constater que cette nourriture faisait donner plus de lait à leurs vaches. C'est le cas.

Mais qu'arrive-t-il alors ; il arrive que si l'eau est augmentée, la graisse est diminuée, et la graisse est importante dans la composition du lait. Si aux résidus de distillerie vous ajoutez ceux de la cuisine, etc., vous aurez un lait qui s'agrit facilement.

Nous comprenons de suite l'importance de ne pas donner aux vaches des substances de cette nature comme nourriture principale. C'est pourtant ce qui se pratique dans nos longs mois d'hiver. Le père, la mère qui ont souci de la santé de leur enfant devront donc voir à ce que la nourriture de la vache soit dans les conditions requises. C'est ainsi qu'au printemps ils pourront se défier des effets laxatifs des premiers fourrages, qu'à l'automne ils pourront surveiller l'empoisonnement du lait par certaines substances telles que le colchique, la mielle des blés, etc.

Dans tous les cas douteux, où on est justifiable de soupçonner la pureté du lait, en temps d'épidémie, etc., on devra avoir recours à l'ébullition, comme nous l'avons déjà dit. La seule précaution à prendre alors est d'enlever la pellicule qui se forme à la surface du lait.

*Quelle est la proportion d'eau qu'il faut ajouter au lait de vache ?*

Nous avons dit que le lait étranger à la mère devait, autant que possible, être semblable au lait maternel, et aussi que le lait de vache était plus solide ; la conclusion à tirer est qu'il est nécessaire d'ajouter au lait de vache une certaine quantité d'eau.

Le tableau suivant représente les proportions :

1er et 2me jour . . . . .	Lait: 1 partie.	Eau: 3 parties.
3me jour et 1er mois . . . . .	" 1 "	" 2 "
2me mois jusqu'au 3me mois .	" 1 "	" 1 "
3me " " 9me " " " "	" 100 "	" 25 "
9me " . . . . .	" pur.	

Rigoureusement ces proportions ne sont pas absolues, et pour bien faire, il faudrait, par l'analyse, bien connaître les qualités du lait. Nous savons en effet que le lait naturel, déjà chargé d'un excès d'eau, ne saurait recevoir une trop grande quantité d'eau.

Le sucre ordinaire doit être employé ; la température du lait de vache sera maintenue à 38° C. Dans ces conditions le lait de vache se rapprochera du lait de femme.

La quantité du lait de vache doit être plus considérable que celle du lait de femme ; le tableau des quantités que nous avons donné précédemment pourra servir de guide.

Les intervalles seront les mêmes.

Nous terminerons ces considérations sur le lait de vache en ajoutant que le biberon qui sert à son usage doit être d'une propreté parfaite.

Pour laver le biberon on conseille le sable blanc ou le sel de cuisine, mais jamais la grenaille de plomb. Il ne suffit pas de le plonger dans l'eau, il faut le tourner et retourner en tout sens

pour en faciliter le nettoyage intérieur; le tube en caoutchouc surtout mérite une attention spéciale.

*A quel âge les bouillies peuvent-elles être données à l'enfant ?*

Nous avons déjà dit à quelle époque l'alimentation artificielle pouvait avoir lieu. Nous répèterons au sujet de la bouillie la même chose: c'est une véritable nourriture artificielle. Elle ne peut être convenablement digérée dans les six premiers mois; plus que cela, elle empêche la digestion du lait et conduit au rachitisme, etc. (Demno.)

Les Écossais recommandent beaucoup la bouillie à la fleur d'avoine, qu'ils considèrent plus riche que la farine de froment et d'orge.

D'après plusieurs auteurs la bouillie d'avoine développerait la diarrhée. (Jacobi, etc.) Il en est ainsi des œufs, etc.

L'enfant doit donc être soumis à l'alimentation naturelle, composée du lait de la mère, additionnée de lait de vache; l'observation et l'expérience tirent cette conclusion rigoureuse.

On a fait des milliers de pesées pour déterminer l'influence des deux alimentations: naturelle et artificielle, et on a toujours constaté que les enfants auxquels on donne cette dernière ou un régime mixte restent en arrière des autres. Ce fait se rencontre chez tous les enfants qui n'ont pas atteint quelques mois, et il est tellement corroboré par tous les savants qu'il faut conclure rigoureusement que *dans aucun cas, pendant les premiers mois, on ne doit donner à l'enfant autre chose que l'alimentation naturelle comme nous l'avons dit et répété.*

—Le choix d'une localité influe beaucoup sur le succès du médecin; la pratique à la campagne exposant moins à la compétition, favorise plus le médecin de modestes capacités.—Dr CATHELL, in *The Physician Himself*.

—Soyez régulièrement à votre bureau aux heures que vous avez choisies et indiquées pour vos consultations. Ayez une servante pour répondre à la porte, ne permettez pas les allées et venues dans votre bureau aux dames de votre famille; les patients n'aiment pas toujours à faire de telles rencontres.—*idem*.

La vue de la pauvreté est saine, quoique attristante. Le passant qui voit un infirme se dit: Je pourrais être comme lui et il est ensuite plus disposé à accepter son sort. Il s'attendrit et fait un effort pour tirer un peu de monnaie de sa poche, c'est peut être cet effort qui sauvera son âme. C'est à coup sûr un premier pas, dans une bonne voie, que de devenir attentif aux misères humaines.—DR. GRELLETY.

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE

**Traitement du diabète sucré**—On croyait, il y a quelques années, qu'une quantité infinitésimale de virus suffisait pour déterminer, chez l'animal, une maladie virulente. Les travaux modernes ont montré combien cette opinion est erronée; or, il en est des ferments solubles presque comme des virus: il en faut en quantité suffisante; une quantité de ferment glycolytique trop minime ne détruira pas une grande quantité de glucose. Si l'on veut envisager, à une manière exacte, la pathogénie du diabète et les indications de sa cure, il faut donc tenir compte à la fois, et de la quantité de sucre à détruire, et des moyens qui sont à la disposition du malade pour y arriver. En d'autres termes, pour traiter le diabète, il faut se préoccuper à la fois: 1<sup>o</sup> d'augmenter la destruction du sucre et, 2<sup>o</sup> d'en diminuer la production dans l'économie ou l'apport par l'alimentation.

Pourra-t-on fournir au diabétique du ferment glycolytique? Je l'espère, bien que les essais que j'ai faits depuis un mois ne soient pas encourageants. La pancréatine ne possède pas de pouvoir glycolytique bien appréciable et la pilocarpine, sur laquelle on eût cru pouvoir quelque peu compter pour exciter la fonction pancréatique, n'a jusqu'ici réussi que chez le malade de M. Lannois. Mais, pour le moment, il n'est guère en notre pouvoir de fournir au diabétique du ferment; on peut essayer d'augmenter son énergie. *In vitro*, l'acide carbonique le diminue beaucoup; l'oxygène, au contraire, agit d'une manière favorable; c'est là une notion dont la pratique pourra peut-être profiter. L'ozone a été essayé infructueusement, dit-on. Il ne serait pas irrationnel de renouveler ces tentatives.

Les alcalins, on le sait depuis longtemps, favorisent la destruction du sucre. Mais quand on réfléchit à la faible quantité de bicarbonate de soude contenu dans un verre d'eau de Carlsbad, de la Bourboule, et même de Vichy, et d'autre part à l'action si manifestement utile de ces eaux dans certains cas, on arrive à penser qu'elles agissent autrement que par leur bicarbonate de soude. Peut-être en excitant l'énergie digestive augmentent-elles la production du ferment glycolytique.



Sans agir sur ce ferment, on peut augmenter la destruction du sucre par l'exercice musculaire. Bouchardat a eu le mérite de bien mettre le fait en lumière; mais sa pratique dépassait le but. Ce n'est pas impunément qu'on surmène certains diabétiques. Il y a donc à surveiller avec circonspection les effets de l'exercice musculaire forcé; mieux vaut, en général, le massage; j'en ai obtenu les meilleurs résultats.

Je passe aux moyens qui diminuent la production du sucre: L'opium est depuis longtemps connu comme un des agents médicamenteux les plus précieux dans la cure du diabète. Il y a quelques années, M. Villemain a conseillé d'associer la belladone à l'opium. Je n'ai pas saisi l'utilité de cette addition; car la belladone sèche la gorge, et je n'ai jamais vu qu'un diabétique en retirât un avantage sensible. La quinine, le bromure de potassium, le salicylate de soude et l'antipyrine ont aussi rendu de grands services à un certain nombre de diabétiques, mais tous ces agents, sauf le bromure, ont un vice commun, sur lequel je n'ai pas cessé d'insister depuis deux ans, c'est qu'en même temps qu'ils diminuent la production du sucre, ainsi que je l'ai le premier prouvé expérimentalement, ils enrayent sa destruction. Je puis dire aujourd'hui que cet effet est dû à l'action inhibitrice que ces substances exercent sur le ferment glycolytique.

On comprend, par conséquent, dans quelle mesure ces divers agents sont utiles. La diminution de la glycosurie qu'ils amènent ne peut être réellement avantageuse qu'aux seuls malades chez lesquels domine l'excès de production du sucre; elle met, chez eux, obstacle à une dénutrition exagérée; chez les autres, la diminution de la glycosurie, si elle se produit, n'est dans certains cas qu'un trompe-l'œil, puisqu'elle peut aggraver, en réalité, l'état morbide en enrayant la formation du glucose nécessaire à l'entretien de la vie.

En résumé, chez le diabétique, il faudrait activer la destruction du glucose; et malheureusement, jusqu'à ce jour, notre action à cet égard est assez bornée, bien que nous connaissions aujourd'hui le ferment glycolytique. Nous pouvons beaucoup plus facilement enrayer la production du sucre, mais à l'aide d'agents qui ont le défaut de restreindre en même temps sa destruction, ce qui est un vice grave. C'est un nouveau motif pour nous attacher à diminuer l'apport des substances amylacées, grâce à une alimentation convenable. Ce que j'aurais à dire à ce sujet est assez connu pour que je m'en abstienne. Je crois cependant devoir attirer l'attention sur les inconvénients de l'ingestion d'une quantité trop considérable de viande: M. le professeur Naunyn a récemment fait connaître, plusieurs cas où l'augmentation de la ration de viande chez des diabétiques a fait réapparaître la glycosurie qui avait disparu sous l'influence d'un régime carné modéré.

Tu autre inconvénient, plus grave encore, du régime carné trop abondant, c'est la diathèse acide, conduisant au coma, si elle n'est pas promptement combattue par les alcalins à haute dose.—*Semaine médicale.*

**Diagnostic et caractères cliniques de la bronchite spasmodique,** par M. A. DELAYE. — Cette affection, dont notre confrère M. Delaye (du Bouscat), rapporte d'intéressantes observations, peut être confondue avec la coqueluche.

Cependant, voici les symptômes qui l'en distinguent :

La bronchite spasmodique débute assez brusquement, elle n'a pas de prodromes bien nets. Elle n'est pas contagieuse, à moins toutefois qu'elle ne survienne dans le cours de la grippe, mais c'est surtout cette dernière qui se reproduit.

Ses causes sont l'évolution dentaire, les crises éclamptiques, la diathèse vermineuse, la rougeole, la grippe. Sa durée est courte, quinze à vingt jours; elle cède facilement à l'emploi de simples antispasmodiques.

Ses symptômes : quintes successives de toux terminées par une unique inspiration, à peine sifflante. Pas de reprise; très peu de suffocation. Quelquefois rejet d'aliments après les quintes. La face ne devient pas rouge, pas d'épistaxis. Si elle survient pendant la grippe, l'état catarrhal prédomine, l'expectation est mucopurulente et non filante; le nez et les yeux coulent abondamment. Pas de complications.

Inutile de l'ajouter, cette bronchite est justiciable des médicaments nervins: bromures alcalins, chloral et belladone.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

**Traitement du tabes dorsal.**—Le professeur LEYDEN dont le mémoire sur le tabes est bien connu, nous donne le mode de traitement de cette affection. Il attache une certaine valeur aux bains chauds de 47° C. à 52° de cinq, dix et vingt minutes de durée. Il recommande trois sortes de bains :

1. Le simple bain chaud ;
2. Des bains salés contenant de l'acide carbolique ;
3. Des bains de vapeur.

Le premier et le troisième sont surtout recommandables dans la première période du tabes, les second dans une période plus avancée.

Leyden pense que l'élongation du corps est à tout jamais condamnée, qu'elle disparaîtra de la pratique. Il parle avec indifférence du massage; il ne faut pas surfaire le traitement électrique.—*Paris médical.*

**Maladie de Morvan et Syringomyélie.**—M. DÉJERINE, à propos d'un cas de syringomyélie gliomateuse avec altération des

nerfs cutanés rapporté récemment par MM. Joffroy et Achard et que ces auteurs ont considéré comme un cas de maladie de Morvan, rappelle que lui-même a déjà signalé un fait pareil. M. Déjerine ajoute que la nature syringomyélique de la maladie de Morvan n'est pas démontrée et que la clinique et l'anatomie pathologique plaident en faveur de la dualité de ces deux affections, comme l'a fait remarquer Morvan. En effet, ainsi que l'indique l'éminent observateur, la conservation de la sensibilité tactile est tout à fait exceptionnelle dans le panaris analgésique tandis qu'elle est la règle dans la syringomyélie, règle qui ne souffre qu'un très petit nombre d'exceptions. M. Déjerine fait remarquer, en outre, que le panaris est aussi rare dans la syringomyélie qu'il est fréquent dans la maladie de Morvan où il existe toujours, d'où le nom de panaris analgésique donné à la maladie découverte par Morvan. Les lésions des nerfs périphériques diffèrent également dans ces deux affections. Il y a encore une autre raison à invoquer contre la non-identité de ces deux affections, c'est le fait que les vingt cas de panaris analgésique rapportés par Morvan ont tous été observés dans le canton où pratique ce médecin, ce qui montre bien que cette affection se rencontre surtout dans une certaine région de la France. Or la syringomyélie ne présente nullement ce caractère régional pour ainsi dire et est une affection relativement rare, même dans les grands centres de Paris. Ce sont là autant de raisons qui montrent que la maladie de Morvan est une névrite périphérique, relevant d'une cause infectieuse ou toxique encore indéterminée.

—*Tribune médicale.*

**Polyomyélites et polynévrites.**—M. Paul Blocq présente les conclusions suivantes: 1° Il existe des formes morbides dont l'expression clinique correspond exactement à la maladie décrite par Duchenne sous le nom de paralysie spinale antérieure aiguë et subaiguë de l'adulte. Ces formes sont, en réalité, selon les prévisions de cet auteur, sous la dépendance des lésions des cornes antérieures de la moelle.

2° On observe, d'autre part, des complexus symptomatiques plus ou moins analogues aux précédents au point de vue clinique; et dont l'évolution peut même entraîner la confusion diagnostique qui ne reconnaît pas pour cause des lésions appréciables de la moelle épinière.

3° On ne peut affirmer absolument, dans certains de ces cas, que les désordres soient liés à la présence des névrites périphériques qu'on y constate.

4° Il y a lieu de supposer que les centres cérébraux dont la participation au processus est attestée par les signes cliniques jouent un rôle pathogène dans les cas de ce genre.

5° Il n'est pas possible actuellement de fixer d'une façon cer-

taine les relations qu'affectent entre elles les paralysies amyotrophiques des polyomyélites et des polynévrites; l'hypothèse la plus plausible est celle d'une lésion de l'arc neuro-musculaire se localisant plus ou moins intensivement sur les diverses parties de cet appareil.—*Tribune médicale.*

**Traitement de la fièvre intermittente,** par JACCOUD.—La quinine doit être donnée six heures avant le *début réel* de l'accès que l'on veut modifier. Or, ce début réel est marqué non par le frisson, pas même par élévation de la température qui se fait progressivement et commence plus ou moins longtemps avant le frisson, mais bien par l'élévation de la proportion d'urée dans les urines, qui se manifeste deux heures avant l'accès quotidien, huit heures avant l'accès tierce, douze à dix-huit heures avant l'accès quarte. Donc ce n'est pas six heures avant le frisson qu'il faut donner la quinine, mais huit heures pour la fièvre quotidienne, douze à quatorze heures pour la fièvre tierce, dix-huit à trente-six heures pour la fièvre quarte; et de plus la quinine étant éliminée très rapidement, il importe de ne pas la fractionner, ou tout au moins de donner la totalité de la dose, soit 1 gr., par exemple, dans l'espace au plus de trois quarts d'heure.—*Semaine médicale.*

**De l'asthme des foins. Pathogénie et traitement.**—Les recherches récentes n'ont guère enrichi la séméiologie de l'asthme des foins aussi bornerons-nous à la rappeler à grands traits. C'est, nul ne l'ignore, au cours du printemps, dans le mois de mai le plus souvent, que débute l'affection. Ses phénomènes initiaux sont ceux d'un coryza intense; les malades accusent d'assez vives douleurs dans les régions sus-orbitaires et des picotements pénibles dans les narines, qui donnent issue à un écoulement abondant. En même temps se produisent des éternuements qui augmentent rapidement de fréquence, par séries de six, quinze, vingt et davantage. Chose remarquable, écoulement séreux et éternuements sont surtout marqués pendant le jour et s'amendent, ou même disparaissent une fois l'obscurité venue. Il en est pareillement des symptômes oculaires, qui sont parfois les premiers en date et qui s'exaspèrent singulièrement sous l'influence des rayons solaires. Ils consistent dans des picotements très désagréables, qui incitent sans cesse le malade à se frotter les yeux, et s'accompagnent d'un peu de rougeur de la conjonctive palpébrale, surtout au niveau de la caroncule lacrymale; il s'y joint bientôt du larmolement et de la photophobie. Quelque énervement que causent ces manifestations morbides, l'état général n'est point sérieusement compromis; cependant, certains malades accusent un peu de malaise, de lassitude, et la gêne de la respiration nasale se traduit par une dyspnée plus ou moins accusée; celle-ci peut exister, alors même qu'il n'y a pas de phénomènes thoraciques.

Mais il n'en est pas toujours ainsi ; la rhinite peut faire place à une rhino-bronchite spasmodique. Ces manifestations apparaissent rarement à la première crise d'asthme des foins ; d'habitude, les bronches ne se prennent que chez les individus qui l'ont eu pendant plusieurs années consécutives sous la forme oculo-nasale. La participation des bronches au processus se traduit au début par une sensation de gêne respiratoire, de plénitude thoracique ou même d'angoisse ; bientôt il se produit de véritables accès de dyspnée, pendant lesquels la physionomie du malade rappelle tout à fait celle de l'asthmatique. Après quelques jours apparaît la toux ; elle est pénible, fatigante, sèche d'abord, puis amenant le rejet de crachats très adhérents, d'aspect perlé. A ce moment, la respiration, surtout gênée pendant l'expiration, s'accompagne de sibilances parfois assez accusées pour être perçues, même par le malade. Quand l'accès tire vers sa fin, les râles ronflants, humides apparaissent ; la dyspnée diminue, l'expectoration change de nature ; plus abondante et plus facile, elle offre les mêmes caractères que dans le rhume vulgaire à la période de coction. Ici souvent il existe de l'embarras gastrique, mais sans véritable mouvement fébrile.

La durée de la maladie est très variable ; elle se prolonge souvent de mai à juillet, en présentant des alternatives d'exacerbation et de rémission, ou des rechutes qui semblent liées parfois à des causes atmosphériques.

À côté de cette modalité typique de l'asthme des foins, il en est d'autres où le processus est moins accusé ; ainsi la crise peut être de très courte durée, mais avec récurrences multipliées pendant la saison chaude : c'est ainsi que nous avons connu une cantatrice qui ne pouvait aller à la campagne sans avoir un accès de quelques heures. Sous la même rubrique doivent être sans doute placées ces crises courtes et répétées de coryza suraigu ou même de rhino-bronchite que certaines personnes présentent au moment des premières chaleurs.

Pour en finir avec la séméiologie, nous dirons que les complications sont extrêmement rares ; cependant on a signalé de l'emphyseme et des pous-ées d'articaire dont la constatation a, comme nous le verrons, une certaine importance au point de vue pathogénique. En général, une fois l'accès terminée, la santé redevient parfaite jusqu'au printemps suivant qui peut ramener les mêmes accidents.

En dehors de cette donnée capitale que la maladie ne sévit qu'au printemps, l'enquête étiologique ne nous renseigne guère sur sa nature. Ce que l'on sait à cet égard peut se résumer en quelques mots : c'est surtout entre quinze et vingt-cinq ans que l'affection débute, pour récidiver ensuite jusque dans l'âge le plus avancé, mais en perdant de son intensité aux approches de la vieillesse. Quant au degré de fréquence de la maladie dans les

deux sexes, les avis sont partagés, les uns considérant le sexe masculin comme plus prédisposé, tandis que, pour d'autres, elle se voit plus souvent chez les femmes, les neurasthéniques en particulier. Les classes aisées sont à peu près seules frappées, la race anglo-saxonne plus que les autres. Enfin divers auteurs, et notamment en France Guéneau de Mussy et Leflaive, ont insisté sur la coexistence de l'hay fever avec divers symptômes d'arthritisme, gravelle, migraine, urticaire, goutte. Les faits d'ailleurs rares d'asthme des foins héréditaire ne seraient dus qu'à une taro arthritique transmise de génération en génération.

Ceci posé, passons en revue les diverses théories pathogéniques. Ici encore on a essayé de mettre en cause des microorganismes. Holmholtz, le premier, attribua l'asthme des foins à de petits corpuscules groupés deux à deux qu'il a trouvés dans l'écoulement nasal. Quoique cette conception ait été soutenue par divers auteurs, elle ne semble reposer sur aucun fait probant.

Il n'en est pas de même d'une des théories les plus anciennement invoquées, celle qui, ainsi que le nom de la maladie l'indique, l'attribue à l'action des plantes qui fleurissent au printemps et plus spécialement à leur pollen. D'après Blackley, le principal défenseur de cette doctrine, l'action nocive du pollen serait due à ce que le contenu des graines sortant des cellules qui se rompent sous l'influence de l'humidité, la matière granuleuse ainsi mise en liberté et animée de mouvements amiboïdes pénétrerait dans les follicules muqueux.

Cette théorie cadre bien avec la plupart des faits; tel entre autres celui de Boursier cité par Natier, relatif à une femme qui, retenue au lit à la suite d'une opération, put affirmer, en se sentant atteinte des premières manifestations de l'asthme des foins, que les arbres d'une place voisine avaient commencé à fleurir.

La plupart des objections que l'on a faites à la théorie du pollen ne sont pas irréfutables. Comment expliquer, a-t-on dit, dans cette conception, que les citadins soient bien plus frappés que les habitants de la campagne? mais l'immunité de ces derniers ne peut-elle être attribuée à l'accoutumance? On a également soutenu que le contact de certains animaux, tels que les chats, les moutons, les lapins, est susceptible d'amener des crises d'hay fever. Le fait serait-il établi qu'il prouverait seulement que des poussières de diverses natures peuvent réveiller la maladie.

Mais, s'il est vrai que les poussières déterminent la rhinobronchite, ne faut-il pas faire intervenir d'autres facteurs étiologiques, à titre de causes prédisposantes?

Ici trouve place la thèse défendue par Guénaud de Mussy, Leflaive et divers auteurs français, qui ne voient dans l'asthme des foins qu'une manifestation arthritique. Les arthritiques, on le sait, réagissent d'une façon toute particulière à certains irritants qui provoquent chez eux des effets spéciaux; tel l'urticaire

causée par l'alimentation et l'asthme causé par certaines odeurs. Le pollen agirait d'une façon analogue pour produire une "arthritide muqueuse." Leflaive a été jusqu'à dire que la crise asthmatique survenant chez des individus souffrant de manifestations vagues d'arthritisme, peut jouer le rôle d'un exutoire; d'où le mieux être qui succéderait à l'accès.

Il nous semble que dans cette théorie on fait trop bon marché des conditions toutes spéciales où se produit cette maladie, et que le rôle de l'arthritisme peut être interprété d'une autre façon. Chez l'arthritique, tout est prétexte aux manifestations congestives et aussi aux accidents nerveux. On conçoit donc que chez lui, le terrain étant en quelque sorte préparé, des corps étrangers irritants, inoffensifs chez d'autres individus, puissent amener des troubles circulatoires et des désordres nerveux, sans que néanmoins ces manifestations morbides doivent être considérées comme relevant directement de la diathèse elle-même. En un mot, l'arthritisme constituerait la cause prédisposante, l'agent irritant, la cause efficiente.

Mais cette lésion de la muqueuse qui est un élément de la maladie ne peut-elle exister en dehors de cet état diathésique? c'est ce que soutiennent les partisans aujourd'hui de plus en plus nombreux de la théorie dite nasale. Émise pour la première fois par Daly, elle a été défendue par un grand nombre de médecins tels que Hack, Roë, Mackenzie, Ruault, Moure, Baratoux, et enfin Natier. L'asthme des foies rentrerait dans le cadre des névroses réflexes d'origine nasale. Que l'on examine les fosses nasales par les procédés de la rhinoscopie antérieure ou postérieure, et l'on y trouverait le plus souvent des lésions. Tantôt c'est la congestion du tissu érectile de la muqueuse avec hyperesthésie souvent ignorée du malade; tantôt c'est un état catarrhal; tantôt enfin une hypertrophie de la muqueuse portant, soit sur le cornet inférieur seul, soit sur tous les cornets. Dans ces conditions, la moindre irritation peut déterminer des troubles réflexes intenses.—(À suivre.)

---

—Le médecin et le coiffeur sont les seuls hommes qui puissent mettre la main sur la figure de leur semblable, sans que celui-ci puisse leur en demander raison.—DR. GRELLETY.

—On juge d'un médecin d'après le cercle d'amis qu'il fréquente, il faut par conséquent éviter la compagnie de gens tarés, de ceux en général dont le nom est terni par des habitudes d'intempérance ou des actes qui ont mérité la réprobation publique.—DR CATHELL, in *The Physician Himself*.

## CHIRURGIE.

**De l'arthrite ulcéreuse.**—Clinique de feu DANIEL MOLLIERE, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.—Lorsque vous parcourez les salles St-Louis et St-Paul vous devez être frappés du nombre considérable de malades qui souffrent des genoux. Ils sont en forte majorité quand on fait aux fins d'années le bilan des maladies chroniques.

Vous ne vous étonnerez donc pas que je vous parle encore aujourd'hui de cette grave question des arthrites du genou que j'avais dû aborder déjà dans une conférence, il y a deux ans, conférence dans laquelle je décrivais l'arthrite urique. Inutile de vous rappeler la classification des arthrites du genou que j'ai donnée alors en primitives et secondaires, inscrivant dans chacune d'elles l'arthrite *tuberculeuse* qui se présente donc sous deux formes absolument différentes. Je vous parlais en quelques mots d'une autre forme d'arthrite à laquelle je donnais le nom d'*ulcéreuse*.

C'est sur cette dernière que je veux aujourd'hui appeler votre attention, en cherchant à la différencier nettement des autres formes, et en particulier de la tumeur blanche.—C'est pour cette raison que je vais vous présenter un certain nombre de malades. Comme vous le voyez, ils sont tous *enfants de gens robustes*, et nous ne relevons aucun antécédent tuberculeux chez leurs ascendants. Tous aussi nous parlent de traumatismes ou d'habitation dans des lieux humides, de brusques refroidissements.

Chez tous ces malades nous notons un *état général excellent*, ou, tout au moins, aussi bon que le comporte un long séjour au lit. Rien du côté des poumons.

Si nous examinons de près les symptômes qui se sont manifestés au début, nous verrons que chez ceux qui ont présenté des abcès, ces collections ont été périarticulaires; leur ouverture spontanée dans un milieu qui n'avait rien d'aseptique n'a déterminé *aucun accident articulaire aigu*.

Enfin, signe important à noter, les membres de ces malades ne présentent qu'un *très faible degré d'atrophie*, et qui semble n'être en rapport qu'avec le repos qu'ils ont dû garder.

Enfin, vous pourrez voir que le traitement a une prise sérieuse sur ces lésions, j'entends le traitement par les moyens bénins, le traitement non opératoire, non sanglant.

—Voici maintenant deux autres malades dont le sort est bien différent.



Le premier est un homme jeune encore, dont le genou est raide, mais peu douloureux. Son membre est affaibli, mais il souffre peu. Il a de la peine à marcher. Quand nous jetons un coup d'œil sur sa cuisse, nous sommes frappés de la voir considérablement atrophiée. Nous sentons des muscles flasques et sans résistance, si bien que lorsque nous examinons l'articulation du genou, il nous semble tout d'abord que les os sont plus volumineux que du côté opposé. C'est une illusion à laquelle on se laisse prendre facilement.

En palpant l'aîne nous trouvons des ganglions engorgés, c'est un signe d'une grande importance. Le genou est irrégulièrement volumineux. On observe quatre principales saillies, deux au-dessus, deux au-dessous de la rotule. On ne sent pas, comme dans l'*hydarthrose*, une saillie en croissant au-dessus de la rotule. La tumeur est bosselée et l'on n'obtient pas le choc rotulien.

L'état général de ce jeune homme est médiocre, il a un teint blafard; quoiqu'il n'ait pas encore souffert depuis bien longtemps, il paraît très affaibli.

—Ce sont des symptômes analogues qu'a dû présenter au début de son affection la pauvre petite fille que je vais vous montrer maintenant.

Son état général est détestable. Elle est amaigri, son facies exprime la misère. L'état local est plus misérable encore, le genou est fortement fléchi sur la cuisse. L'articulation est fluctuante, elle contient du liquide, mais bien certainement aussi des fongosités énormes. En palpant la peau, on voit qu'elle glisse mal sur les parties profondes. Il est certain qu'elle s'ulcérera.

Je n'insiste pas sur les antécédents de ces deux malades. Mais vous voyez combien différente est la marche de l'arthrite chez ces deux catégories de sujets.

D'un côté, marche progressive avec quelque temps d'arrêt, mais sans aucune tendance à la guérison; aggravation progressive irrévocable. Tendance manifeste à l'ulcération de la peau.

Atrophie primitive du membre apparaissant d'emblée avant que le repos fonctionnel ait été imposé, soit par la douleur soit par le traitement.

Flexion du membre, flexion directe et progressive. Elle est due à la distension de la jointure par les fongosités; elle est aussi mécanique que fonctionnelle. De tout point comparable à celle qui se produit, dans l'*hydarthrose* aiguë et dont Bonnet a démontré expérimentalement l'existence.

Notons l'engorgement des ganglions de l'aîne sans qu'aucune ulcération ou même érosion le puisse expliquer.

Abandonnée à elle-même, cette arthrite amène la destruction et l'ouverture de l'articulation. Il y a alors suppuration, fièvre hectique. Quand les malades ne succombent pas par des accidents aigus, ils meurent phthisiques, tôt ou tard, ils le sont déjà

en puissance. Ce sont des tuberculeux, ils ont de vraies *tumeurs blanches*.

Le sort des autres malades que je vous ai montrés n'est plus le même.

Vous avez pu voir que leur mal est d'origine externe : *refroidissement, froid humide, marche forcée, traumatisme*. C'est l'entorse du genou qu'on note le plus souvent, l'entorse légère qui permet aux malades de marcher, qui ne les amène pas auprès de l'homme de l'art. Le repos plus tard devient nécessaire, car la douleur et la raideur réapparaissent.

Puis il y a des périodes de rémission, de guérison temporaire. Les douches, les massages qui toujours aggravent les tumeurs blanches sont très utiles au début de l'arthrite dont nous parlons.

Le repos les améliore; l'immobilité absolue les aggrave au début, elle n'est utile que lorsqu'il y a des lésions confirmées.

L'atrophie n'est jamais primitive; elle a pour cause l'inaction, elle disparaît quand les malades commencent à marcher.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Quand les déformations se produisent, la jambe ne se fléchit pas, mais se dévie par abduction et rotation en dehors.

Dans la tumeur blanche les malades boitent en cherchant à éviter de s'appuyer sur le membre malade. Dans l'arthrite ulcéreuse, les malades traînent la jambe.

Quelle que soit la durée de la maladie, elle ne se termine pas par ulcération et ouverture articulaire. Ses conséquences ultimes sont les douleurs persistantes et les déformations articulaires, les unes amenant les autres et réciproquement.

Les malades atteints d'arthrite ulcéreuse ne sont pas menacés dans leur existence, mais ils vivent de longues années de récurrence en récurrence.

Le repos fait rapidement disparaître les douleurs, mais elles se manifestent de nouveau dès que le malade marche depuis quelques jours, après l'ablation des appareils.

Ce sont ces douleurs qui amènent petit à petit la déformation dont nous venons de parler.

Si nous examinons les lésions que l'on rencontre dans les jointures,—ce qui a été donné de faire après nombre de résections pratiquées en pareil cas,—nous verrons qu'on a ordinairement trouvé les ulcérations des cartilages sur le condyle interne du tibia.

C'est pour éviter les douleurs que la transmission du poids du corps détermine à ce niveau que les malades traînent la jambe, de là production d'une forme toute particulière de *genu valgum*, en vertu duquel l'horizontalité du plateau tibial est à jamais compromise. C'est pour cette raison que, soulagés par le repos, les malades recommencent à souffrir dès qu'on leur permet de marcher.

Les lésions anatomiques sous l'influence des poussées successives dont nous venons de parler s'accroissent de plus en plus et aboutissent irrévocablement à l'*ankylose*, si le malade est immobilisé en temps voulu. Elles aboutissent à la *subluxation du tibia en arrière avec flexion*, si le malade est abandonné à lui-même dans son lit.

Il existe donc deux espèces distinctes d'arthrites du genou confondues sous la rubrique de tumeur blanche du genou :

L'une que nous appellerons ulcéreuse, parce qu'elle est caractérisée anatomiquement par la destruction des cartilages, n'a rien de tuberculeux ;

L'autre, l'arthrite fongueuse, est de nature tuberculeuse, et son pronostic est celui de toutes les lésions tuberculeuses, qu'elles soient primitives ou secondaires.—*Lyon médical*.

**Traitement de la hernie ombilicale.**—M. DUPLOUY (de Rochefort) présente à l'Académie de médecine deux cas opérés avec succès. Dans le premier, après avoir réduit l'intestin dans l'abdomen, il obtura l'anneau par la suture au catgut de son pourtour avivé et obtint une cicatrisation rapide qui se maintint parfaitement.

Dans le second cas, il y avait issue de masses épiploïques qu'il fallut exciser par morcellement après ligature au catgut ; le sac fut également réséqué. Les bords de l'anneau furent avivés, et après réduction de l'intestin, on appliqua douze points de suture. Quinze jours après la guérison avait lieu.

M. Duplony estime que depuis l'adoption des procédés antiseptiques, la mortalité dans l'opération de la hernie ombilicale s'est bien atténuée, elle n'est plus que de 18 pour 100.

Il est donc indiqué de l'opérer en cas d'étranglement et lorsque le taxis ne donne pas de résultats ; enfin on peut en tenter la cure tout aussi bien que pour les autres hernies.—*Praticien*.

**Traitement de l'ongle incarné.**—M. le Dr. H. PURCKHAUER (de Bamberg), se sert avec le plus grand succès, dans le traitement de l'ongle incarné, d'un procédé qui, tout en étant à la fois des plus efficaces et d'une exécution très facile, offre encore, sur l'opération radicale telle qu'elle est pratiquée habituellement, le grand avantage de ne pas priver le malade, même pour un seul instant, de sa liberté d'action et de son aptitude au travail.

Notre confrère allemand commence par badigeonner la partie de l'ongle qui doit être enlevée avec une solution tiéde de potasse caustique à 40 p. c. Au bout de quelques secondes, la couche supérieure de l'ongle se ramollit et se laisse enlever "comme du beurre" par le raclage avec un fragment de verre à rebord tranchant, *mais seulement avec le verre*. On continue les badigeonnages à la potasse et les raclages jusqu'à ce qu'il ne reste plus de cette

partie de l'ongle qu'une lame mince comme une feuille de papier, qu'on saisit avec une petite pince pour la soulever par le bord, au-dessus des parties molles tuméfiées qui la recouvrent, et pour l'exciser au moyen de ciseaux fins.

Ceci fait, le malade est guéri, sans avoir perdu une goutte de sang, ni ressenti la moindre douleur, et il peut immédiatement vaquer à ses affaires, car aucun traitement consécutif n'est nécessaire. Et si plus tard, lorsque l'ongle aura repoussé, la douleur réapparaissait, il suffit, pour la supprimer, d'amincir de nouveau et par le même procédé la partie correspondante de l'ongle, sans que cette fois on soit obligé de l'exciser. — *Semaine médicale.*

**Sur un cas de mal de Pott**, par M. le professeur DUPLAY, à l'hôpital de la Charité.—Messieurs, je veux vous parler aujourd'hui d'un petit malade âgé de 16½ ans et exerçant la profession de régleur en régistres. Cet enfant présente un développement intellectuel très retardé et son développement physique est lui-même peu en rapport avec son âge. Aussi les renseignements qu'il nous fournit sont-ils très incomplets, surtout pour ce qui a rapport au début de sa maladie. Cependant on peut arriver à s'assurer que cette maladie a commencé lorsqu'il était âgé de 5 ans, c'est-à-dire il y a onze ans, sans cause appréciable. A ce moment il a présenté des accidents généraux, des douleurs assez vives et a dû garder le lit longtemps, jusqu'au moment où on lui a appliqué un corset. Lorsqu'il fut porteur de cet appareil, il put se lever un peu, puis jouer comme les enfants de son âge et enfin prendre la profession qu'il exerce actuellement, et qui, du reste, n'est pas fatigante, puisqu'il reste couché continuellement. Dès le moment où il avait été malade, il avait vu se développer, à la partie inférieure de sa colonne vertébrale, une gibbosité très accentuée. Cette gibbosité ne le gênait pas, lorsqu'il y a un mois elle devint le siège de douleurs irradiant surtout vers le membre inférieur gauche. Cette aggravation de sa situation le décida à venir réclamer nos soins, bien qu'il n'y ait pas eu de changement dans l'état local de la colonne vertébrale. Enfin il n'avait plus de corset et cela aussi a dû le décider à entrer à l'hôpital.

Lorsque nous avons examiné notre malade pour la première fois, nous nous sommes trouvés en face d'un enfant chétif, à thorax très peu développé, à membres inférieurs longs et grêles à peu près normaux. La colonne vertébrale présente au bas de la région lombaire une gibbosité extrêmement prononcée, un peu anguleuse, bien qu'elle ait en général l'aspect arrondi; le sommet en est dirigé en arrière et légèrement dévié du côté droit.

En recherchant l'origine de cette gibbosité, on reconnaît immédiatement que les vertèbres sont déplacées et que l'aplatissement porte sur le corps. Les vertèbres lombaires ont subi une

perte de substance en avant, et il en est résulté que les apophyses épineuses font saillie en arrière. C'est la destruction et l'affaissement des corps vertébraux qui entraînent la déformation : il n'y a pas d'autre altération et l'exploration des gouttières vertébrales reste négative. Sur la peau, au niveau de la saillie, on remarque facilement la présence de quelques petites cicatrices ; mais ces cicatrices sont superficielles et elles ne ressemblent en rien à celles qui succèdent aux fistules dépendant d'un abcès. Lorsque l'on presse sur les apophyses épineuses, on provoque une certaine douleur et il en est de même lorsque la pression porte sur les gouttières.

Dans les cas de ce genre, le diagnostic est excessivement facile. Il s'agit d'une cyphose, c'est-à-dire d'une déviation de la colonne avec un angle saillant en arrière. Deux lésions seules peuvent produire cette difformité : un traumatisme ayant détruit d'une façon plus ou moins complète les corps vertébraux ou bien la destruction, par le développement de tubercules, de ces mêmes corps vertébraux. Il nous est facile d'établir que, chez notre malade, il n'y a pas eu de traumatisme, car, bien que les renseignements qu'il fournit soient peu explicites, il est certain que le début de sa maladie a été lent. Nous pouvons donc dire qu'il s'agit, chez lui, d'une affection due à un envahissement tuberculeux, qu'il a une cyphose symptomatique d'une ostéo-arthrite des vertèbres et que cette ostéo-arthrite est d'origine tuberculeuse. Il est certain que les articulations sont prises, car plusieurs vertèbres sont malades et les surfaces qui les unissent ont dû participer à la lésion, qu'il s'agisse d'un dépôt de tubercules ou de l'inflammation que ce dépôt entraîne. Je ne vous ai pas parlé des déviations rachitiques parce que jamais, dans ce cas, il n'y a cyphose, mais toujours scoliose, c'est-à-dire déviation en forme d'S.

Je peux vous dire encore qu'il s'agit de la variété d'ostéo-arthrite de la colonne vertébrale à laquelle on a donné le nom de mal de Pott. Percival Pott, à la fin du siècle dernier, a eu le grand mérite de rattacher certains symptômes qui se développent du côté des membres inférieurs et des sphincters à une gibbosité que l'on observe en même temps ; aussi a-t-on donné à la réunion de ces symptômes à la gibbosité le nom de mal de Pott ; il ne faut pas entendre sous ce nom toutes les ostéo-arthrites de la colonne vertébrale, mais seulement celles qui sont accompagnées de troubles fonctionnels du côté des membres inférieurs et des sphincters. J'insiste sur cette petite distinction, car, habituellement, on ne la met pas assez en évidence.

Revenons quelques instants sur ces particularités propres à la gibbosité. Il y a plusieurs corps vertébraux détruits par l'inflammation et surtout la tuberculose, et cependant il ne semble pas y avoir eu de suppuration. En explorant avec soin, on ne trouve nulle part rien qui permette de penser à l'existence d'un abcès.

Dans le cas actuel, il s'agit d'une lésion de la colonne vertébrale développée très bas, qui entraîne, comme toutes celles analogues qui se produisent dans l'axe rachidien, la production d'abcès que l'on appelle des abcès par congestion ; or, notre petit malade n'a certainement rien eu jusqu'à présent indiquant une suppuration profonde et aucune tumeur ne permet de penser qu'il va se produire un abcès. Habituellement ces abcès viennent apparaître au pli de l'aîne en passant par une des nombreuses ouvertures qui existent dans la région ; d'autrefois, surtout pour les lésions qui siègent aussi bas que chez notre malade, dans la région lombaire, au lieu de venir vers l'aîne en passant par la fosse iliaque, la collection purulente passe par la grande échancreure sciatique et vient alors faire saillie à la fesse ; fréquemment, enfin, le pus pénètre dans la fosse ischio-rectale, et il est facile de reconnaître sa présence en explorant le pourtour de l'anus. Or, chez notre malade, aucune de ces régions ne présente rien qui permette de penser à l'existence du pus et on peut affirmer l'absence de tout abcès. Sans être ordinaire dans le mal de Pott, ce fait n'est cependant pas excessivement rare. Si vous vous rendez, en effet, au musée Dupuytren, il vous sera facile d'examiner des pièces qui vous montreront comment les choses se passent. Au moment où le tubercule se ramollit, la masse, qui offre une consistance que l'on a comparée à celle du mastic de vitrier, est rejetée par suite de l'affaissement des corps vertébraux vers la partie antérieure et forme ainsi une sorte de kyste appendu au devant de la colonne vertébrale. Alors ou bien il se forme un abcès par congestion qui vient apparaître à un des points que nous avons indiqués plus haut, ou bien le contenu du kyste se rétracte par résorption, et l'amas tuberculeux diminue peu à peu de volume en même temps qu'il subit une modification régressive qui aboutit à la transformation graisseuse. Il est très probable que, chez notre malade, les choses ont dû se passer de la sorte.

Dans le mal de Pott, il y a au bout de quelque temps une véritable réparation que l'on a comparée à celle qui se produit dans les fractures. Il se développe une ostéite entraînant la production d'un dépôt osseux qui englobe la masse altérée et forme un véritable cal. Même, lorsque cette période dite de réparation est entièrement établie, il y a parfois de véritables retours offensifs de la maladie, consistant surtout en phénomènes douloureux dus à des poussées inflammatoires d'ostéite et causés par des fatigues ou des traumatismes divers, tels que les coups ou les chutes.

Il nous faut étudier maintenant les troubles que présentent les individus atteints du mal de Pott. Il s'agit, en général, d'une paraplégie plus ou moins complète qui s'étend aux deux membres inférieurs. Il est facile de comprendre la cause de ce phénomène. Le canal rachidien est naturellement dévié à la suite de l'effondrement des vertèbres ; son contenu, c'est-à-dire la moelle, est

tirailé et le plus souvent comprimé soit par des fragments osseux déplacés, soit, plus souvent, à la suite du développement d'une méningite ; les dépôts plastiques dont cette dernière détermine la production entourent et compriment la moelle et les nerfs qui en sortent à leur point d'origine. Dans certains cas, enfin, les troubles nerveux tiennent à l'existence d'une véritable myélite.

Recherchons donc les troubles de ce genre que présente notre maladie. Il souffre, et je dois vous dire à ce propos qu'il y a deux genres de douleurs dans le mal de Pott : des douleurs en ceinture et des irradiations dans les membres inférieurs. Les premières occupent le trajet des intercostaux ou des rameaux nerveux naissant de la colonne lombaire, et notre malade les présente à un degré assez accentué. Il souffre aussi dans l'un de ses membres inférieurs, le gauche, et dans la partie antérieure de ce membre, ce qui indique que la douleur dépend de l'irritation du nerf crural. Le membre droit n'est le siège d'aucune souffrance.

La fatigue musculaire est nulle du côté droit et elle est bien marquée à gauche ; dès que le malade marche un peu longtemps, il boîte. Il est encore facile de constater qu'il y a une différence notable entre le volume des deux membres et que ce volume est beaucoup plus considérable à droite qu'à gauche. La différence en faveur du membre droit est de deux centimètres. Il s'est donc produit de l'atrophie musculaire.

Enfin, si l'on recherche les réactions électriques, on constate encore une grande différence entre les deux membres inférieurs.

De cet ensemble de symptômes, on peut conclure que nous nous trouvons en présence d'un cas un peu particulier, puisqu'il semble qu'une moitié de la moëlle seule soit frappée, et cela dans une très petite étendue seulement ; il résulte de la petitesse de la lésion que les troubles du côté des sphincters se réduisent à leur minimum. L'émission de l'urine se fait un peu plus lentement que d'habitude, mais, en somme, c'est là un phénomène très peu marqué. L'âge du malade ne nous a pas permis de l'interroger sur l'état de ses fonctions génitales.

J'appellerai encore votre attention, messieurs, sur la difformité considérable que présente le thorax de notre malade, déformation qui se lie naturellement aux troubles du côté de la colonne vertébrale. En même temps, dans la cyphose, il s'est produit une altération dans la forme du bassin qui peut avoir une grande importance chez la femme, et cette importance est tellement grande que l'on a donné au bassin ainsi déformé le nom de bassin cyphotique ; nous n'avons pas à insister sur ce point, vu le sexe de notre malade.

En résumé, il s'agit, dans le cas actuel, d'ostéo-arthrite de la colonne lombaire ayant entraîné des lésions de la moëlle, des méninges et des nerfs, causes elles-mêmes de douleurs et d'atrophie musculaire du côté du membre inférieur gauche.

J'ai dit que la lésion était d'origine tuberculeuse; cela est très probable, bien que je ne puisse en donner une démonstration directe; l'enfant est né de parents chétifs, bien que vivant encore actuellement. Il ne présente pas lui-même de manifestation tuberculeuse bien nette, bien que l'auscultation du sommet gauche permette d'entendre un souffle rude et une expiration assez prolongée. En réalité, la seule raison qui nous permette d'affirmer l'existence de la tuberculose est, comme je vous l'ai dit, l'apparence même sous laquelle se présente la lésion.—(A suivre.)

**De la ténotomie.**—Quand on pratique la ténotomie pour corriger le torticolis osseux, doit-on recourir à l'incision sous-cutanée, ou sectionner les tendons à ciel ouvert? Notre distingué confrère, M. le Dr PROCAS, de Lille, a adressé à la Société de chirurgie les observations de malades à qui il a pratiqué à ciel ouvert la ténotomie du sterno-cléido-mastoïdien. Un enfant de six ans, opéré de la sorte, a guéri dans les meilleures conditions. L'application d'un appareil de Sayre, après le redressement, a suffi pour assurer la rectitude de la tête.

Le Dr Kirmisson, chargé du rapport sur ces observations, conclut en se disant partisan de ce mode opératoire, car il croit que c'est le plus sûr moyen de ne toucher que le tissu strictement nécessaire, de ne pas atteindre les veines de la région et d'éviter l'infection purulente.

M. Berger estime avec raison, que chez les jeunes filles, il y a de sérieux inconvénients à diviser les téguments, car, au lieu d'une simple piqûre on crée une plaie qui donnera naissance à une cicatrice indélébile. Il ne juge pas que la ténotomie sous-cutanée soit dangereuse.

M. Verneuil donne le conseil de faire la section sous-cutanée, quand c'est le chef sternal qui doit être coupé. Au contraire si le chirurgien doit s'en prendre au chef claviculaire, la section à ciel ouvert simplifiera de beaucoup l'intervention. On pourra, dans ce cas, s'en prendre aisément aux expansions aponévrotiques dont la rétraction est une cause sérieuse d'obstacle au redressement.

M. le Dr Tillaux donne aussi la préférence à la section sous-cutanée et conseille le redressement immédiat et la contention à l'aide d'un appareil. C'est la pratique que nous avons vu toujours suivre à notre excellent maître. Elle lui a donné de nombreuses guérisons.

M. Kirmisson dit que dans la majorité des cas la cicatrice est peu importante et que la guérison est plus rapide si l'on sectionne à ciel ouvert le tendon claviculaire. Mais, tandis que M. le professeur Verneuil fait une distinction entre les cas où l'on doit immobiliser immédiatement dans un appareil plâtré, et ceux où il est utile de temporiser, M. Kirmisson préfère appliquer immédiatement un appareil de contention.



Je crois que la ténotomie sous-cutanée faite antiseptiquement et avec quelque adresse, donne toutes les garanties désirables. Une bonne antiseptie de la région, une réelle aseptie du chirurgien et des instruments seront les meilleurs garants du succès.

Si, de plus, on a le soin de faire pénétrer le ténotome aigu jusque dans le corps du tendon à diviser, on évite sûrement avec la lame mouso toute action fâcheuse sur les vaisseaux de la région.

La division du faisceau claviculaire est facile à exécuter à ciel ouvert, mais ce n'est pas un motif suffisant pour rejeter de parti-pris la section sous-cutanée. Avec un peu d'attention, cette opération est facile à pratiquer, surtout dans les cas où la contracture est portée à son summum.

Dans la seconde partie de son rapport, M. Kirmisson rappelle en quelques mots les résultats que M. Phocas a obtenus dans deux cas de pied-bot paralytique.

Le premier malade était un enfant de neuf ans, chez qui l'équinisme était très accentué par suite d'une parésie du muscle tibial antérieur. Grâce à la réduction qui fut maintenue à l'aide d'une attelle plantaire, grâce au massage et à l'électrisation, la guérison fut promptement acquise.

Le second cas a trait à un enfant âgé de six ans, chez qui les convulsions furent suivies d'une déviation du pied en équinisme. Le redressement du pied et son immobilisation dans des appareils plâtrés permirent d'arriver à un résultat aussi complet que possible.

M. Kirmisson termine, avec raison, en disant que les procédés anciens ont leur utilité, et qu'il ne faut pas se hâter d'attaquer les os du tarse.

Nous partageons entièrement cette opinion et nous croyons qu'avant de faire dans les os du tarse des brèches plus ou moins étendues, il est bon que cette intervention soit légitimée par l'échec des procédés orthopédiques.

L'antiseptie a beau rendre inoffensives, dans certaines mains, les traumatismes chirurgicaux les plus larges, il n'en est pas moins vrai que moins on touche au squelette du pied, plus cet organe a de chances de remplir intégralement les fonctions qui lui sont dévolues.

L'orthopédiste a quelquefois de sérieuses raisons à ne pas être parcimonieux dans ses opérations, mais j'estime que toujours il doit s'efforcer de réduire au minimum la destruction à laquelle il faut consentir.—Dr BILHART in *Annales d'orthopédie*.

**Traitement des kystes synoviaux du poignet, par M. KIRMISSON.**—On distingue deux variétés de kystes synoviaux du poignet: les uns sont des synovites fongueuses qui sont de nature tuberculeuse, ainsi que l'ont démontré les faits de Lancereaux, Debove,

Bouilly, Trélat, Terrier, pour ne citer que les travaux français. On a pu constater les follicules tuberculeux dans l'épaisseur des fongosités synoviales; depuis quelques années on y a même trouvé les bacilles de Koch. Quant à la seconde variété de kystes, kystes à grains riziformes, on tend à admettre également aujourd'hui que nombre d'entre eux sont de nature tuberculeuse; si les bacilles tuberculeux y sont rares, les résultats fournis par l'inoculation ont été au contraire souvent positifs.

Après avoir rappeler ces notions de pathogénie, M. Kirmisson aborde le traitement des synovites chroniques du poignet. Jusqu'à ces dernières années ce traitement tenait souvent en échec les chirurgiens qui se trouvaient dans l'alternative d'employer des moyens de peu de valeur qui manquaient souvent leur but, ou bien d'avoir recours aux opérations sanglantes qui offraient le danger des suppurations diffuses, pouvant entraîner l'impotence fonctionnelle, la perte du membre et même la mort du malade.

Parmi les anciens procédés employés, il faut citer la révulsion et la compression: M. Honzelot (de Meaux) associait ces deux moyens en imprégnant d'alcool des rondelles d'amadou qu'il maintenait appliquées sur la tumeur au moyen d'un bandage compressif. L'alcool avait une légère action vésicante, tandis que la compression réduisait quelque peu le volume de la tumeur.— Les autres moyens de révulsion étaient les vésicatoires, les pointes de feu, la teinture d'iode, etc. D'autres moyens de traitement plus actifs étaient constitués par la ponction, avec ou sans injection iodée et le drainage.

Aujourd'hui, on ne craint plus d'intervenir plus radicalement: la poche est incisée sur une grande étendue et débarrassée du liquide et des grains riziformes qu'elle contient. Pour s'assurer qu'il ne reste pas quelques-unes de ces productions pathologiques appendues à la face interne du kyste, on en pratique le raclage avec la cuillère tranchante; après quoi la poche est soigneusement lavée avec un liquide antiseptique. Le drainage et la suture terminent l'opération.

Encouragés par les succès que leur donnait l'intervention sanglante dans le traitement des synovites chroniques, les chirurgiens en ont étendu l'application à ces petits kystes qui se développent habituellement sur la face dorsale du poignet, aux dépens des follicules annexés aux synoviales tendineuses et articulaires et auxquels on a donné le nom de *ganglions synoviaux*. Sans doute, il y a pour le traitement de ces tumeurs un moyen à la fois simple et efficace: c'est l'écrasement, à la condition qu'il soit suivi d'une compression méthodique et suffisamment prolongée. Mais il est assez fréquent de voir ces kystes récidiver après l'écrasement, il n'est pas rare non plus de voir des kystes à parois très résistants, difficiles à fixer, et qui, fuyant sous les doigts, ne se laissent point écraser.

On a proposé pour cette dernière variété de kystes différents moyens, tels que la ponction, l'incision sous-cutanée, mais ces moyens peuvent manquer leur but. M. Kirmisson leur préfère beaucoup l'extirpation complète de la petite tumeur; la plaie opératoire est si minime que le drainage n'est point nécessaire; dans les 8 ou 10 opérations de ce genre qu'a pratiquées M. Kirmisson, les suites ont toujours été excellentes et la réunion obtenue par première intention. Toutefois il fait savoir que c'est là une dissection assez délicate: il faut suivre de très près la paroi kystique, si l'on veut être sûr de ménager les nombreux filets nerveux et les synoviales tendineuses qui passent dans le voisinage. Avec ces réserves l'extirpation des ganglions synoviaux est une excellente opération indiquée lorsque le procédé simple et vulgaire de l'écrasement ne sera pas applicable ou quand il aura déjà échoué précédemment.—*Concours médical.*

---

**Les dangers du foot-ball.**—Les partisans de l'éducation physique ont récemment cherché à ressusciter chez nous la *ballé au pied*, *foot ball* des Anglais comme un exercice très sain.

Maintenant, voici le revers de la médaille. Le *Lancet*, journal médical anglais, donne la statistique des accidents de tout genre occasionnés par le jeu en question.

De septembre à janvier, l'année dernière, on a compté :

- 13 morts.
- 15 fractures de jambes.
- 4 bras cassés.
- 11 nuques démolies.
- 3 blessures au dos.
- 1 nez abîmé.
- 1 genou luxé.
- 1 hanche démise.
- 1 œil crevé.

Il serait peut-être utile de trouver le moyen d'éviter de semblables accidents. Car l'éducation physique est superflue si les membres que l'on veut développer sont... absents.

Diminuez les heures de classe en raccourcissant les programmes d'étude et les enfants auront le temps de jouer et de développer leurs membres.—*Paris médical.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**De la procidence du cordon.**—Le cordon ombilical fait *procidence*, lorsqu'il s'engage au-dessous ou à côté de la partie fœtale qui se présente la première.

Cette complication est une des plus redoutables qui puisse survenir pour le fœtus dans le cours du travail de l'accouchement: il importe non seulement d'agir pour que cette descente du cordon n'ait pas lieu, mais encore de savoir la reconnaître à temps lorsqu'elle s'est produite, afin d'intervenir utilement par l'un des procédés dont nous parlerons au sujet du traitement.

Est-ce un accident *fréquent* du travail? Les statistiques présentent à cet égard des différences de chiffres assez fortes: sans parler de Manzani, qui aurait eu la malchance de rencontrer une fois la procidence du cordon sur 22 accouchements, nous trouvons que la fréquence de la procidence est même exagérée dans les chiffres donnés par Stoltz (1 sur 53), par Hubert de Louvain (1 sur 69) par le professeur Tarnier (1 sur 86). Sans nul doute les chiffres donnés par ces auteurs sont exacts; ils sont seulement majorés par un fait que l'on rencontre pour ainsi dire à chaque pas à propos de la statistique en obstétrique; c'est que ces auteurs pratiquaient dans des Maternités où les cas de dystocie sont plus fréquents parce qu'un certain nombre de cas compliqués sont envoyés directement de la ville. Cependant, la statistique de Madame Lachapelle, qui elle aussi observait dans un centre d'enseignement, pêche peut-être en sens inverse, puisqu'elle n'indique qu'un cas de procidence sur 592 accouchements.

Les statistiques portant sur un nombre assez considérable d'accouchements sont celles de Schuré qui donne 1/265, de Churchill 1/221; nous admettons comme proportion moyenne 1/225. Si nous insistons sur cette question de chiffres, c'est qu'à notre avis la procidence du cordon est un accident qui doit diminuer—qui diminue de fréquence—à mesure que se perfectionne l'art obstétrical.

Parmi les causes qui favorisent la procidence du cordon, il en est quelques-unes, en effet, que l'accoucheur peut faire disparaître, par exemple les présentations vicieuses.

Avant d'aborder les causes de la procidence, on peut se demander pourquoi le cordon, libre et flottant dans la cavité amniotique, n'est pas plus souvent entraîné avec la partie fœtale qui se trouve dans la partie déclive. C'est que le cordon occupe généralement le creux formé sur le plan antérieur du fœtus par son pelotonne-

ment et qu'il ne peut en descendre facilement parce que le segment inférieur de l'utérus s'applique exactement sur la partie fœtale, surtout si c'est le sommet qui se présente (Michaelis). D'une manière générale, toutes les fois que les différents facteurs qui concourent à l'accommodation utérine et pelvienne du fœtus sont normaux, la procidence du cordon est exceptionnelle; c'est dire qu'on l'observera surtout lorsqu'il y a une anomalie du côté de l'utérus, du bassin ou de l'œuf.

Ainsi, lorsque l'utérus manque de tonicité et ne coiffe pas d'une manière parfaite la partie fœtale, la procidence du cordon est possible; c'est dire qu'on l'observera plus souvent chez les multipares, chez les grandes multipares que chez les primipares. Les viciations pelviennes agissent dans le même sens en empêchant l'engagement de la partie fœtale et en favorisant les présentations vicieuses; lorsque, dans un bassin rétréci, certains diamètres sont agrandis (par exemple le diamètre transverse dans le bassin plat rachitique), le cordon aura de la tendance à glisser à l'une des extrémités libres du diamètre transverse.

L'hydropisie de l'amnios agit d'une double façon: l'excès de liquide empêche le fœtus de s'accommoder et laisse le champ libre au cordon; de plus, au moment où les membranes se rompent, même lorsqu'il y a présentation du sommet, le cordon est facilement entraîné par le flot de liquide qui s'écoule avec rapidité. Aussi, dans les cas d'hydropisie de l'amnios, faut-il surveiller avec soin la rupture des membranes et examiner la femme aussitôt après; lorsque l'accoucheur rompt les membranes, il doit modérer l'écoulement du liquide en laissant pendant quelques instants la main dans les parties génitales et en s'assurant que la partie fœtale s'engage et qu'elle ne s'accompagne point d'anse du cordon.

La longueur exagérée du cordon, son excès de volume et d'autre part, sa gracilité favorisent sa procidence pour des raisons qui se devinent facilement; lorsque le placenta s'insère sur le segment inférieur, il agit dans le même sens, d'une part en gênant l'accommodation pelvienne et d'autre part en abaissant pour ainsi dire l'insertion placentaire du cordon.

Mais ces dernières causes n'agissent guère qu'autant qu'il y a défaut d'accommodation pelvienne. Le fœtus, lorsqu'il est de petit volume, distend incomplètement le segment inférieur de l'utérus et laisse un peu de place pour le cordon; la grossesse gémellaire est à signaler à ce point de vue, puisque les jumeaux sont généralement de volume inférieur à la moyenne et qu'ils ne s'accommodent pas toujours parfaitement.

« Toutes les présentations autres que le sommet, dit le professeur Tarnier, peuvent encore devenir des causes de procidence, parce que les inégalités qu'elles offrent donnent au cordon la facilité de s'échapper par l'espace laissé libre. La face et le siège,

par leurs circonférences irrégulières, s'adaptent évidemment moins bien sur le segment inférieur de l'utérus que le sommet. Celui-ci, en se présentant d'une manière inclinée ou irrégulière, pourrait encore préparer le même accident. La présentation du tronc est celle qui s'accompagne le plus souvent de procidence parce qu'elle agit avec une double influence : d'une part en laissant à son pourtour des espaces libres par lesquels peut glisser le cordon, d'autre part en rapprochant l'ombilic et avec lui le cordon de l'orifice utérin ; aussi est-ce dans les présentations du tronc que la procidence a été le plus souvent observée."

La procidence d'un membre fait appel pour ainsi dire à la procidence du cordon, elle lui ouvre la voie ; aussi n'est-il point rare de voir ces deux complications coexister.

Dans certains cas, c'est l'accoucheur qui favorise pour ainsi dire la procidence du cordon, soit en faisant des tentatives maladroitement de version (Dapaul), soit en provoquant l'accouchement.

Enfin, on a signalé la fréquence de la procidence du cordon lorsque les eaux s'écoulent en abondance, la femme étant debout.

La procidence du cordon peut se produire à tout moment du travail, que les membranes soient intactes ou rompues.

Dans le premier cas (procubitus du cordon) le doigt sent surtout dans l'intervalle des contractions, à travers les membranes, un petit corps arrondi, peu volumineux, nettement distinct de la partie fœtale, et animé de pulsations fréquentes, analogues comme rythme aux pulsations fœtales. On ne peut guère affirmer l'existence d'une procidence du cordon que lorsqu'on a constaté ces battements ; c'est dire que lorsque le fœtus est mort, le diagnostic de la procidence n'est pas facile à faire : il est vrai qu'il ne présente alors que peu d'intérêt.

Il est certaines causes d'erreur qu'il suffit de se rappeler pour les éviter : il ne faut pas prendre pour des battements de la tige funiculaire les pulsations utérines ou vaginales (pouls vaginal d'Osiander) ; parfois le doigt appliqué sur les membranes a pu confondre le cordon avec une des ramifications artérielles du cordon qui viennent s'y ramifier ; le petit volume et l'immobilité des vaisseaux éclairent le diagnostic.—Il est généralement facile de distinguer le cordon d'un petit membre procident ou des irrégularités que l'on rencontre parfois à la surface des membranes épaissies.

Quand les membranes sont rompues (prolapsus du cordon), il n'y a plus guère d'erreur possible ; si le cordon est dans le vagin, il est généralement facile de le prendre entre les doigts, d'en reconnaître les caractères principaux et d'en sentir les battements ; lorsque le cordon a dépassé la vulve et fait saillie au dehors, la vue permet de le reconnaître facilement. Dans certains cas de procidence incomplète du cordon, cette complication peut passer inaperçue ; lorsque la partie fœtale est encore élevée, le

doigt ou les deux doigts peuvent avoir de la difficulté, surtout chez les primipares, à atteindre une anse de cordon procidente il faut savoir que le cordon, qui peut faire procidence au niveau des différents points du partour du bassin, glisse plus volontiers au-devant de l'une des symphyse sacro-iliaques ou derrière l'éminence iléo-pectinée. C'est en ces points qu'il faut d'abord le rechercher lorsqu'on craint une procidence, par suite de l'état de souffrance du fœtus (ralentissement des bruits du cœur, liquide amniotique verdâtre teinté par le méconium).

Un point de diagnostic important, c'est de savoir si le fœtus est mort ou vivant : dans certains cas l'état du cordon permet de trancher la question. S'il fait procidence hors la vulve, s'il est rougeâtre, mou, et même verdâtre, flétri, refroidi, si l'on constate pendant un certain temps l'absence de pulsations, on peut presque à coup sûr affirmer l'arrêt de la circulation inter-utéro-placentaire, et la mort du fœtus. Toutefois, la disparition des pulsations funiculaires n'a d'importance que lorsqu'elle est constatée dans l'intervalle des contractions utérines.

D'autre part, il ne faut pas confondre avec de véritables pulsations l'ondée sanguine très manifeste qui gonfle parfois les vaisseaux ombilicaux au début d'une contraction et qui est due au reflux du sang chassé du placenta. On pourrait croire à tort à la vie du fœtus, alors qu'il est mort depuis longtemps.

Pour affirmer l'état de vie ou de mort du fœtus, il faut tenir compte, sans aucun doute, de l'état du cordon, mais c'est surtout l'auscultation des bruits du cœur du fœtus qui permet de trancher la question. C'est à elle que nous avons eu heureusement recours dans un cas de présentation de l'épaule avec procidence du cordon où nous fûmes appelé il y a quelques années par deux confrères et une sage-femme pour pratiquer la version par manœuvres internes. De graves intérêts pécuniaires étaient en jeu : toute une fortune dépendait de la naissance d'un enfant vivant. La femme, tertipare, était en travail depuis plus de 8 heures ; on avait senti le cordon depuis un certain temps en état de procubitus dans la poche des eaux ; la poche des eaux était rompue depuis 4 heures et c'est à ce moment que le cordon s'était précipité hors la vulve. La sage-femme affirmait que le cordon battait encore peu d'instants avant notre arrivée ; nous ne pûmes constater aucun battement ni aucun soulèvement du cordon. Avant de commencer l'opération, nous pratiquâmes avec soin l'auscultation, l'enfant était mort. Notre conviction étant formelle sur ce point, nous ne voulûmes commencer l'opération que lorsque confrères et sage-femme eurent constaté et affirmé avec nous la mort de l'enfant après avoir ausculté avec un stéthoscope que j'avais apporté par précaution. L'évènement ne nous donna que trop de raison ; nous pûmes extraire sans trop de difficulté une fille qu'une heure et demie d'insufflation et de soins de toute sorte ne purent ramener à la vie.

D'ailleurs, lorsque la femme est en travail, que les contractions utérines sont fortes et rapprochées et que le cordon procident est comprimé, le fœtus ne tarde pas à succomber: après dix ou quinze minutes de compression toute chance de rappeler l'enfant à la vie est à peu près perdue.

C'ement succombe le fœtus dans le cas de procidence du cordon? Les anciens accoucheurs, Smellie, Oslander, Guillemot et même Velpeau incriminaient l'influence du froid sur le cordon procident hors la vulve: le sang se coagulait dans les vaisseaux ombilicaux: d'où arrêt de la circulation. Cette théorie n'a plus cours aujourd'hui: tous les accoucheurs admettent que le fœtus meurt par asphyxie par suite de la compression des vaisseaux du cordon et de l'interruption de la circulation inter-utéro-placentaire: on a longtemps discuté pour savoir si la compression portait sur la veine plutôt que sur les artères; la disposition des vaisseaux du cordon ne permet guère d'admettre une compression partielle.

La procidence du cordon est dangereuse pour le fœtus: Stoltz a vu 52 enfants mourir sur 56 dont le cordon faisait procidence; Depaul donne une proportion de 67 0/10 de mortalité; le professeur Tarnier a observé 19 enfants vivants sur 29 cas de procidence. Le pronostic varie d'ailleurs beaucoup suivant les conditions dans lesquelles se fait la procidence:

C'est ainsi que l'endroit du bassin où glisse le cordon influe sur le pronostic: si la procidence se fait dans la partie postérieure du bassin, au voisinage des symphyses sacro-iliaques, le cordon a moins de chance d'être comprimé que s'il est en rapport avec la moitié antérieure du bassin. De même lorsque le cordon "descend sur l'une des tempes, il est moins exposé à la compression que lorsqu'il répond au front ou à l'occiput (Tarnier)."

C'est surtout dans les cas de présentation du sommet que la procidence du cordon est grave; heureusement qu'elle est rare dans ces conditions. Le cordon a moins de chance d'être comprimé lorsque le fœtus se présente par le siège ou par l'épaule que lorsqu'il y a présentation de la face.

Le pronostic varie aussi suivant l'époque du travail où se fait la procidence; lorsque les membranes sont rompues, le danger est d'autant moindre que le travail est plus avancé et qu'on peut intervenir plus facilement. De plus, d'une manière générale toutes les conditions qui rendent rapide l'accouchement (contractions énergiques, bassin large, parties génitales souples, etc.) atténuent la gravité du pronostic. En revanche, il faut redouter particulièrement la procidence du cordon dans les cas d'inertie utérine, de travail lent, d'orifice utérin rigide, lorsque le bassin est étroit, le vagin et la vulve résistants, etc. C'est surtout dans ces conditions que l'intervention de l'accoucheur doit être judicieuse et habile.



Lorsque le cordon procident appartient à un fœtus mort avant ou pendant le travail, cette complication n'a guère d'importance: on peut agir comme s'il n'y avait pas de procidence. Mais il n'en va pas de même lorsque le fœtus est vivant ou lorsqu'on n'a pas la certitude de la mort de l'enfant : ici il faut intervenir, d'une manière différente suivant l'époque du travail à laquelle la femme se trouve, mais il faut intervenir et souvent l'accoucheur aura la satisfaction de sauver la vie de l'enfant. C'est à tort que de La Motte, Smellie, Levret, Bandolouque se laissaient aller au découragement et considéraient comme inutiles les tentatives de réduction du cordon, car des opérateurs habiles, en même temps qu'heureux, ont pu avoir 27 succès sur 29 tentatives de réduction (Michaelis).

Lorsqu'on constate la présence du cordon dans les membranes intactes, que faut-il faire ? Les uns, s'appuyant sur ce fait que la compression du cordon est rare tant que la poche des eaux est intacte, essaient de retarder le plus possible la rupture des membranes ; ils s'abstiennent donc de toute tentative de réduction et pratiquent le moins possible le toucher ; la femme reste couchée, le siège relevé ; on n'intervient que lorsque la poche des eaux est rompue.

Quelques accoucheurs, Hubert (de Louvain), Belgen, Thomas de New-York, ont cherché à obtenir la réduction en faisant mettre la femme sur le dos ou sur le côté, en la faisant soulever de telle sorte que le fond de l'utérus soit le point déclive. Theobald (1860), convaincu des succès qu'on peut obtenir au point de vue de la réduction du cordon par l'attitude donnée à la femme, pense que la meilleure manière est de faire tenir la femme sur la tête ; mais, se rendant compte des difficultés pratiques de ce traitement, il se contente de faire tenir la femme accroupie sur les coudes et sur les genoux.

D'autres auteurs (Oslander, Michaëlis, Huter) ont tenté avec succès de repousser le cordon à travers les membranes : le prof. Tarnier conseil également d'agir dans l'intervalle des contractions et de repousser le cordon avec deux doigts ou avec la main entière, si la dilatation est suffisante ; on agit avec précaution pour ne pas déchirer les membranes, quitte à recourir à la réduction ordinaire si la poche vient à se rompre.

Lorsque les membranes sont rompues, la situation diffère suivant l'état de l'orifice utérin et de l'époque du travail : lorsque l'orifice est complètement dilaté ou suffisamment dilatable, il faut terminer le plus rapidement possible l'accouchement, par les forceps dans le cas de présentation du sommet, par la version dans les cas de présentation de l'épaule et dans les présentations de la face non engagée dans l'excavation. Lorsqu'on a recours au forceps dans les cas de procidence du cordon, il importe plus que jamais de se conformer aux préceptes formulés par le Pr. Pinard.

de pénétrer profondément avec la main, de n'appliquer une branche du forceps que lorsqu'elle est guidée par la main de l'opérateur. Mais lorsque la dilatation de l'orifice utérin est insuffisante pour permettre l'extraction du fœtus, la situation est plus critique: il faut essayer de réduire le cordon à l'aide de la *main* ou des *instruments*. On introduit deux ou trois doigts dans l'orifice utérin et on repousse peu à peu le cordon en le réduisant portion par portion; quelquefois le cordon repoussé ne redescend pas; mais souvent la proéminence se reproduit et l'opérateur est obligé de recommencer le même travail. Le défaut de dilatation empêche la main de pénétrer assez complètement: on ne peut porter le cordon à une hauteur suffisante dans l'utérus pour qu'il ne redescende pas. C'est ainsi que le conseil donné par Croft d'accrocher l'anse ombilicale à l'un des membres du fœtus est plus théorique que pratique en raison des difficultés que l'on éprouve à faire pénétrer la main dans l'utérus.

C'est pour obvier à cet inconvénient que les accoucheurs se sont ingénies à inventer des instruments destinés à réduire le cordon prolabé: ils reposent presque tous sur le même principe, porter le cordon le plus haut possible dans l'utérus et l'abandonner là en retirant l'instrument réducteur. Le nombre de ces instruments témoigne de leur imperfection: nous ne signalerons que les deux plus simples, celui de Dunan et celui de Schœller modifié par Tarnier.

La méthode de Dunan consiste à prendre le cordon dans une anse de ruban dont on noue les deux bouts. Une partie de cette anse est engagée dans l'œil d'un cathéter élastique muni d'un mandrin qui maintient le ruban. Lorsque le cordon est ainsi fixé au cathéter, on le porte dans la cavité utérine; on retire le mandrin d'abord, puis la sonde et on abandonne le cordon ombilical. Cet appareil a l'avantage d'être à la disposition de tous les praticiens.

L'instrument de Schœller se compose d'une tige de baleine courbée à son extrémité en demi-anneau; pareillement à cette tige, se trouve une seconde tige que l'on fait glisser contre elle. Quand on la fait glisser en haut, le demi-anneau se trouve fermé par elle; quand on l'abaisse, le demi-anneau est ouvert. On place le cordon dans le demi-anneau ouvert que l'on ferme ensuite; on porte l'instrument au fond de l'utérus; on ouvre l'anneau et le cordon se dégage. C'est pour faciliter ce dégageement et pour empêcher le cordon d'être entraîné par l'instrument lorsqu'on le retire, que Tarnier a ajouté au demi-anneau une petite ficelle qu'il suffit de tendre pour que le cordon soit repoussé sûrement.

Cet instrument est bon, mais n'est guère employé que dans les Maternités où on a un arsenal instrumental complet. Aussi croyons-nous que c'est le plus souvent avec la main qu'il faudra tenter la réduction du cordon: avec un peu d'habileté et de per-

sévérance, on y arrive presque à coup sûr. Si cependant on échoue dans les tentatives de réduction ou si le cordon redescend, on peut encore essayer de le protéger contre la compression à l'aide de la main introduite dans les parties génitales.

Enfin, il faut se rappeler que la procidence du cordon sera d'autant plus rare que les femmes seront examinées avec soin pendant la grossesse et qu'elles seront surveillées particulièrement lorsque la partie fœtale ne sera pas engagée!—Dr G. LEPAGE, in *Concours médical*.

---

## PÆDIATRIE.

---

**Médecine infantile**, par M. le professeur GRANCHER.—La médecine des enfants est un pays nouveau où l'explorateur entend parler une langue inconnue (West, Valleix, Roger). C'est une médecine exigeant une technique et une séméiologie différentes de celles des adultes (Henoeh).

En effet, l'âge ne change pas les lois de la pathologie générale mais il suffit pour devenir la condition fondamentale d'une médecine spéciale.

a) Certaines maladies appartiennent exclusivement à l'enfance. L'enfant à la mamelle vit et souffre surtout par l'appareil digestif, et le professeur Parrot a créé un mot nouveau : athrepsie, pour désigner le trouble permanent et dominant de ces fonctions, conduisant si souvent à la mort. Plus souvent, les vomissements, les coliques, la diarrhée, sont phénomènes passagers, avec ou sans convulsions, en relation avec une faute d'hygiène, un refroidissement, la dentition... A cet âge de la première enfance, la syphilis héréditaire est fréquente et revêt des aspects bien connus des médecins familiers avec la médecine infantile, trop peu connus des médecins qui ont négligé son étude.

Chez les enfants un peu plus âgés, de 2 à 7 ans, le rachitisme, le croup, la laryngite striduleuse se rencontrent avec la plus grande fréquence. De même, la chorée et les informations cardiaques qui persistent souvent jusqu'à l'adolescence.

b) Certaines maladies sont communes aux enfants et aux adultes, mais évoluent différemment dans l'enfance. Le coryza, chez les jeunes enfants surtout, a une histoire toute particulière; de même l'eczéma, la tricophytie, et surtout la fièvre typhoïde qui, chez les enfants au-dessous de deux ans, diffère sensiblement de ce qu'elle est chez les enfants âgés de cinq, six ans et plus. Ce

n'est ni le même diagnostic, ni le même pronostic. A plus forte raison, la fièvre typhoïde de l'enfant diffère-t-elle de celle de l'adulte.

Quant aux tuberculoses si communes à tous les âges, elles revêtent, dans l'enfance, une allure si spéciale que la médecine traditionnelle lui a donné un nom spécial : la *scrofule*, qui nous a égaré bien longtemps sur la vraie nature de ce mal. Dirai-je, mais qui ne le sait, que ces scrofules ou tuberculoses locales ont un pronostic beaucoup plus bénin, en général, que les tuberculoses des adultes ? Et cette bénignité relative du pronostic de la tuberculose chez l'enfant est constante, même pour la tuberculose pulmonaire. Au contraire, la diphtérie est incomparablement plus sérieuse, moins curable, si on préfère cette expression, chez l'enfant que chez l'adulte.

c) Les maladies propres à l'enfance ou communes à l'enfance et à l'âge adulte ont une thérapeutique particulière, et j'entends non seulement une posologie spéciale, mais aussi une action sur l'économie différente aux divers âges de la vie.

Ce rapide aperçu suffit assurément pour légitimer l'indépendance et l'importance de cette branche de la médecine : la pédiatrie, et pour démontrer qu'elle a une pathologie propre contenue dans la pathologie générale.

Elle a aussi une technique spéciale, et l'*examen* d'un enfant est chose très délicate, où la sagacité, la finesse du médecin ne sont jamais supérieures à sa tâche.

L'enfant à la mamelle, tenu dans les bras de sa nourrice, doit toujours être examiné tout nu ; la notion de sa nutrition, de sa conformation étant capitale. Vient ensuite l'exploration des organes profonds, souvent très difficile. L'exploration de la gorge de l'appareil pulmonaire, du foie, de la rate, de l'abdomen se fait par les procédés communs, mais elle est difficile pour toutes sortes de raisons : l'agitation incessante et les cris de l'enfant, la maladresse ou la pusillanimité de la mère, de la nourrice, et enfin trop souvent l'inexpérience du médecin, qui n'acquiert pas toujours les deux qualités nécessaires à l'examen avant tout diagnostic. Ces deux qualités sont : la *délicatesse de touche* et la *fermeté*. Il faut savoir manier l'enfant légèrement et vite, voir la gorge d'un coup d'œil, saisir au vol le murmure respiratoire, palper profondément et doucement... La fermeté, la décision, ne sont pas moins nécessaires pour être obéi et obéi avec confiance. Le langage doit être sobre, les questions précises, l'esprit droit, le conseil formulé ou écrit avec simplicité et clarté.

L'enfant de 2 à 7 ans est un petit être déjà assez intelligent pour que le médecin, appelé auprès de lui, soit tenu de compter avec son caractère aimable et doux ou difficile et têtu ; ici, le temps employé à faire sa conquête par un joujou, un bonbon, une caresse ne sera pas perdu ; là il faudra procéder à l'examen *quand*

même malgré ses cris et sa résistance, et tel enfant d'un bon naturel, mais gâté par ses parents, se calmera, se taira dès qu'il aura compris que la volonté du médecin est supérieure à la sienne et qu'il faut céder. Si l'enfant dort, quand le médecin arrive, c'est une bonne fortune dont celui-ci doit profiter pour interroger la mère d'abord, puis pour tâter le pouls, étudier le faciès, la respiration, l'attitude. Si l'enfant est éveillé, le médecin commettrait une faute en l'abordant dès son entrée. Il doit laisser à l'enfant le temps de s'habituer à sa présence, à son visage, au son de sa voix en causant avec la mère, en l'interrogeant ; ainsi, la surprise, l'inquiétude, la peur même, sentiments naturels de l'enfant, devant un étranger, auront le temps de se calmer et l'examen sera facilité d'autant.

Cette conduite est rationnelle, car l'interrogatoire de la mère, des parents est ici nécessaire et doit tout primer, le mode de début de la maladie et sa date ayant, en médecine infantile, une importance souvent capitale. Mais combien cet interrogatoire est difficile ! Le médecin doit le conduire assurément, s'il veut en tirer quelque fruit, mais il doit aussi avoir l'oreille ouverte à tous les racontars, laisser tomber ce qui lui paraît inutile ou puéril, et, au contraire, saisir avec empressement une piste nouvelle. Car le petit malade ne sait rien, ou peu de chose ; *il a mal* voilà tout, et il faut se défier des renseignements qu'il pourrait donner même sur le siège de son mal.

Si les parents sont intelligents, si la mère surtout est vigilante et s'occupe elle-même de sa petite famille, la tâche du médecin sera relativement facile ; elle deviendra agréable, si le malade est un enfant doux et docile comme on en voit assez souvent, plus souvent peut-être, à l'hôpital que dans la ville. Mais les parents sont quelquefois insouciants ou peu soigneux, et ne peuvent donner que des renseignements erronés ou insuffisants ; ailleurs, ils se font les interprètes minutieux et tatillons des événements et, au lieu de raconter les choses telles qu'elles se sont passées, simplement, ils insistent sur le *comment* et le *pourquoi* qui dépassent de beaucoup leur compétence ; ou ils sont bavards et prolixes à tel point qu'il est difficile de les suivre ou de les diriger et pour peu que le médecin soit jeune et manque d'autorité, l'interrogatoire va flottant au hasard, sans utilité réelle ; quelques-uns enfin sont indociles, ne répondent pas aux questions posées ou répondent à côté.... Assurément, l'entourage d'un malade ne change pas avec l'âge, et médecins d'adultes, ou médecins d'enfants le rencontrent au chevet du patient avec ses qualités, dont il faut se servir, et ses défauts qu'il faut éviter. Mais dans la médecine infantile, nous n'avons pas la ressource de l'interrogatoire du malade, toujours plus direct, plus précis, plus fécond, qui nous permet d'ordinaire de rectifier, de corriger les erreurs ou les insuffisances de l'interrogatoire indirect.

Arrivé à ce point de son examen, le médecin devra suivre les conseils que donnent tous les hommes expérimentés en la matière et procéder à l'étude objective des symptômes en deux temps ; qu'il prenne d'abord connaissance de tout ce que le premier coup d'œil peut lui apprendre sur la conformation du crâne, sur le facies, sur l'état de la peau et du squelette, sur l'embouppont ou la maigreur de l'enfant. Qu'il procède ensuite à l'étude du pouls, de la respiration, de la circulation ; à la palpation, à la percussion des organes de l'abdomen. Non pas que l'examen systématique, selon la méthode de Louis, me paraisse le meilleur, au contraire, et je crois que mis sur une piste le médecin doit la suivre ; mais, pareillement, il doit aussi profiter de tout ce que ses sens avisés et prévenus lui apprendront. Bref, l'examen doit toujours être *complet*, et le corps de l'enfant, mis à nu si c'est possible, doit être regardé et palpé en tous sens. La chose est d'une exécution facile et rapide. Par ce moyen seulement, le médecin suppléera à l'insuffisance des renseignements ; et si, condamné à faire un examen vétérinaire, il le fait avec conscience, il apprendra une foule de choses utiles à connaître et souvent ignorées des parents eux-mêmes. S'il ne trouve rien d'anormal, ou s'il ne rencontre que des signes banaux insuffisants, il rencontrera toute son attention sur le point délicat du diagnostic, que tel ou tel symptôme lui font pressentir.

Et, telle est la difficulté de certains diagnostics, même parmi les maladies les plus communes, dans l'enfance, que pendant des jours, des semaines, des mois même, le médecin prudent hésitera à se prononcer. Qui ne connaît les symptômes changeants et mobiles de la première phase de la méningite ? Et que ! médecin n'a partagé les alarmes de la famille, puis sa confiance et sa joie avec le retour ou la disparition d'un symptôme redouté ? J'attache dans ces cas douteux, une certaine importance à l'étude du pouls, faite pendant le sommeil naturel ou provoqué par deux grammes de chloral. Quand la respiration est régularisée, quand la circulation ne risque pas d'être troublée par l'émotion ou la colère de l'enfant, les irrégularités et les inégalités du pouls, qu'on peut percevoir plusieurs semaines avant l'apparition des premiers symptômes, ont une réelle valeur ; mais il ne faut pas s'y fier absolument.

De même, le diagnostic de la fièvre typhoïde dans la première enfance, vers 2 et 3 ans, est souvent à peu près impossible. Sauf la fièvre qui n'a rien de cyclique et la diarrhée, aucun des symptômes de la dothiéntérie de l'adulte ne se rencontre chez le jeune enfant. Un peu plus tard, au contraire, vers cinq et six ans, la physionomie de la maladie reparait sous ses traits habituels, un peu effacés ou estompés, mais reconnaissables. Or, il arrive que cette même maladie bénigne d'ordinaire chez l'enfant de cinq à quinze ans, est au contraire extrêmement grave à deux

ou trois ans, alors que ces symptômes permettent à peine de la soupçonner. C'est là un exemple très curieux de l'influence de l'âge et, en conséquence, sur le diagnostic d'une maladie d'une part, et d'autre part, sur son pronostic.

Il arrive quelquefois, à la suite d'un retard prolongé de la marche, chez des enfants de dix-huit mois à deux ans, que la famille s'inquiète et demande un conseil médical. Si rien dans la nutrition de l'enfant, dans son embonpoint excessif ou dans l'influence héréditaire n'explique le retard d'une fonction, le médecin procède à l'examen et constate dans la région lombaire une légère voussure. Le voilà sur la piste d'une maladie grave, le mal de Pott, qui exige un prompt diagnostic, l'efficacité du traitement étant subordonnée à une décision immédiate. Si la pression sur l'une des apophyses légèrement saillante est douloureuse, si les mouvements imprimés au tronc par le soulèvement en bloc des membres inférieurs semblent limités par la contraction des muscles lombaires, si les actes réflexes paraissent diminués, si l'émission des urines est fréquente, l'idée d'un tubercule vertébral prend consistance et bientôt, dans un examen réitéré, s'impose. J'ai vu un enfant que plusieurs médecins, choisis parmi les plus compétents, ont déclaré atteint de mal de Pott et ont immobilisé pendant six mois, dans une gouttière Bonnet, qui n'avait absolument rien. Cet enfant, ayant succombé en quelques jours à un choléra, je fis l'autopsie et constatai que toutes les vertèbres soupçonnées étaient saines. Tous les symptômes énumérés plus haut, qu'on avait constatés ou cru constater n'existaient pas en réalité, et l'enfant avait tout au plus un peu de rachitisme lombaire.

Mais je ne connais pas de diagnostic plus difficile que celui de la tuberculose pulmonaire chez l'enfant. C'est maladie trop fréquente et trop grave pour que nous n'ayions pas depuis longtemps dirigé contre elle tous nos efforts. Eh bien ! son diagnostic nous échappe le plus souvent à la période où il serait utile de le faire. L'auscultation délicate, celle qui s'attache à la perception des nuances, des modifications légères du murmure respiratoire, de sa douceur, de sa tonalité, est impossible chez l'enfant qui ne sait pas régler l'action de ses muscles thoraciques. De sorte que nous attendons le souffle ou les bruits adventices, craquements et râles, avec la submatité, signes tardifs, témoins d'une tuberculose déjà conglomérée ou ramollie. Et encore, ces signes n'ont pas la localisation précise et constante qui se rencontre chez l'adulte, au sommet du poumon, longtemps avant que les autres régions ne soient envahies. Ils sont le plus souvent diffus ou même localisés au lobe moyen, au lobe inférieur du poumon où leur banalité exclut tout diagnostic précoce.

Il faut attendre ! Mais l'organisme résiste souvent très longtemps et rien n'est plus commun que de voir un enfant de bonne mine et d'embonpoint convenable, porteur d'une tuberculose.

D'autre part, la maigreur est un symptôme quelquefois si rapide et si passager au cours d'une maladie ou dans sa convalescence, que le médecin ne peut s'y fier. Enfin nous n'avons pas cette suprême ressource, l'*ultima ratio*, l'examen des crachats.

Seule la persistance des signes physiques et aussi la déchéance progressive des forces nous autorisent à soupçonner, puis à redouter, à affirmer enfin la tuberculose. Il est souvent trop tard pour faire un traitement utile, d'où cette règle, de ne jamais attendre la certitude du diagnostic pour combattre la phtisie de l'enfant. — (A suivre.)

**Tumeurs malignes du rein chez les enfants.**—Les tumeurs du rein, sarcome encéphaloïde et carcinome, ne sont pas si rares qu'on le croit généralement, et le Dr DUMONT, de Lille, qui vient de rassembler tous les faits connus de ce genre, a pu en citer 144 cas. Seulement comme beaucoup de ces faits sont anciens et n'ont pu être soumis à l'examen histologique, il en est un certain nombre qui n'ont plus grande valeur aujourd'hui. Ces faits se partagent également entre garçons et filles et appartiennent à des sujets dont l'âge varie entre 1 et 5 ans.

Le cancer du rein chez les enfants est rarement secondaire à des cancers voisins. Il est presque toujours primitif, plus fréquent à gauche qu'à droite et peut acquérir un volume énorme variant en poids de 1 à 10 kilos.

Selon M. Dumont, la tumeur présente une surface plus ou moins régulière, bosselée, mamelonnée. Une capsule épaisse, formée par la capsule propre du rein, entoure la tumeur, cette capsule est fibreuse, elle empêche la diffusion et rend l'ablation possible, mais elle renferme beaucoup de vaisseaux qui gênent l'opérateur.

Le néoplasme adhère intimement à cette capsule par de nombreux tractus fibreux. Sur une coupe de la tumeur on trouve une substance molle, blanc grisâtre, analogue à la matière cérébrale, contenant dans son épaisseur des épanchements liquides, de vastes cavités contenant une bouillie parfois fétide, souvent avec foyers hémorrhagiques. Ces masses envahissent parfois les calices, le bassinet, les uretères; dans un cas, le ramollissement fut tel qu'on put croire à une ascite (Dickinson).

Il se propage rapidement aux organes voisins et se présente plus souvent à l'état de sarcome (85 fois), qu'à celui de carcinome (5 fois). Ces sarcomes offriraient 4 variétés : 1<sup>o</sup> sarcome à cellules rondes; 2<sup>o</sup> sarcome à cellules fusiformes, myxo-sarcome; 3<sup>o</sup> sarcome à fibres musculaires striées et 4<sup>o</sup> sarcome à fibres musculaires lisses.

Ces tumeurs sont en général faciles à reconnaître par leur volume énorme, qui rend l'examen parfois difficile.

Les tumeurs malignes du rein chez l'enfant peuvent donner lieu à des symptômes locaux et à des symptômes généraux.



L'inspection de l'abdomen révèle une déformation de l'un des flancs qui forme une saillie asymétrique se prolongeant plus ou moins dans l'abdomen, parfois cette tumeur descend presque verticalement, parfois elle traverse obliquement l'abdomen. On remarque en outre sur la peau de l'abdomen soit un fin lacis de veinules dilatées, soit à une période avancée, une dilatation plus ou moins flexueuse, plus ou moins prononcée des veines abdominales sous-cutanées. Cette dilatation est due à la compression de la veine cave inférieure avec laquelle le rein droit est en rapport intime; aussi est-ce surtout dans les tumeurs du rein droit qu'on l'observe: cependant dans quelques observations de tumeur à gauche, elle est également notée, mais alors souvent la tumeur était considérable.

L'inspection de la région lombaire ne révèle souvent aucune déformation, ou si elle existe, elle est légère. Parfois cependant on la trouve saillante et remplie, formant une voussure.

L'inspection permet encore de constater que la tumeur ne suit pas les mouvements du diaphragme pendant la respiration, contrairement aux tumeurs du foie et de la rate.

*La palpation de la région abdominale* permet d'atteindre parfaitement la surface du rein; il faut pour cela n'enfoncer la main que pendant l'expiration, la laisser en place dans l'intervalle des expirations, pour progresser de plus en plus profondément à la reprise de l'expiration suivante; l'autre main est placée sur la région lombaire de façon à délimiter la tumeur entre les deux mains.

On délimite d'autant plus facilement la tumeur que la palpation est dans la grande majorité des cas indolente et permet de se rendre compte parfaitement que l'on a affaire à une tumeur dure, arrondie, rappelant parfois la forme du rein normal mais hypertrophié, dont les bords sont mousses, ce qui élimine les tumeurs du foie et de la rate.

*La percussion* de la tumeur donne un son mat au moins dans la plupart des cas, sauf parfois en un point, variable suivant les individus où il existe de la sonorité; cette sonorité est due à la présence d'une anse intestinale interposée entre la tumeur et la paroi abdominale (corde cœlique). En outre, la percussion de l'abdomen en dehors de la tumeur, donne en un point une sonorité exagérée, par suite du refoulement de la masse intestinale en un point limité de la fosse iliaque opposé à celui où se trouve la tumeur.

La douleur fait très souvent défaut chez l'enfant et la plupart du temps n'est découverte que fortuitement par la nourrice ou la mère, soit en deshabillant l'enfant, soit en le baignant.

Parfois cependant ces douleurs existent, sont très vives et dues probablement à la compression du côlon, et s'exaspèrent à la moindre pression. Dumont a trouvé ce symptôme signalé 6 fois; généralement elles étaient très peu prononcées, d'autres fois elles-

ne s'éveillaient qu'à la pression ; dans un cas les douleurs étaient dues à de la cystite (Jessep) et dans deux cas à de la rétention d'urine (Jacobi, Wood). Dans une observation, ces douleurs s'exaspéraient la nuit (Rathery).

Il y a parfois des hématuries, mais plus rarement que chez l'adulte ; Guillet l'a notée 10 fois sur 65 cas.

Elle sont à répétition, se reproduisant à intervalles, parfois très longs, des semaines, des mois. Leur durée est de cinq à six jours ; elles cessent brusquement pour se reproduire ensuite ; elle nous expliquent l'état d'anémie profonde dans laquelle sont prolongés beaucoup de malades.

Parfois, mais rarement chez l'enfant, ces hématuries s'accompagnent de l'expulsion de caillots allongés, ressemblant à de longs vers ou sans aucune forme déterminée. Dumont dit avoir constaté une fois ce symptôme.

Les symptômes généraux sont peu prononcés au début.

L'appétit est conservé dans la plupart des cas et si l'inappétence, l'anorexie surviennent, c'est vers la fin seulement. Bien plus, Gardner relate le cas d'une petite fille de 3 ans chez laquelle l'apparition de la tumeur abdominale s'accompagna d'une exagération concomitante de l'appétit, il y avait même perversion du goût, car cette enfant dérobaît du plâtre qu'elle dévorait avec avidité. Roberts cite trois observations de voracité analogue et Guillet a remarqué ce symptôme deux fois. Cette voracité n'empêche pas les enfants de maigrir et le dépérissement atteint presque toujours un degré tel que l'enfant est réduit à l'état de squelette. Toutefois cette émaciation ne se produit que tardivement et sur les 3 cas que nous avons observés deux présentaient un état de santé tellement satisfaisant qu'ils permirent de songer à une intervention chirurgicale. Les autres troubles digestifs qui se rencontrent résultent pour la plupart de la présence du côlon au-devant de la tumeur et de la compression que cette dernière exerce sur les organes digestifs, de là des alternatives de constipation et de diarrhée, des vomissements biliaires, des diarrhées aqueuses, parfois jaunâtres et verdâtres, répétées, finissant par épuiser le malade. Dans une observation de cancer du rein droit on a constaté l'existence de l'ictère, une teinte subictérique se rencontre dans plusieurs cas.

On observe enfin dans certains cas des troubles de l'appareil respiratoire ou circulatoire, mais ces troubles sont dus à la compression des gros vaisseaux par la tumeur. Ils n'ont rien de spécial pour le rein, ils ressemblent à ceux de toutes les tumeurs abdominales.

On peut confondre ces sarcomes du rein avec les tumeurs du foie, avec les tumeurs de la rate, avec l'hydronéphrose, avec la tuberculose mésentérique, mais comme l'indique le Dr Dumont, quand on rencontrera chez un enfant anémié, émacié, une tumeur

dure, volumineuse, mate à la percussion, siégeant dans l'un des flancs pour s'étendre de là dans la cavité abdominale, ne suivant pas les mouvements du diaphragme, présentant au devant d'elle une sonorité due à une anse intestinale, dont le développement s'est fait souvent, avec une extrême rapidité, s'accompagnant d'hématurie à caractères spéciaux et de troubles urinaires, on pourra affirmer l'existence du cancer du rein.

Le pronostic de ces tumeurs est extrêmement grave car il entraîne la mort en trois mois, six mois ou deux ans et on ne sait que faire pour les guérir. Le seul traitement qui puisse être employé bien que les chances de succès ne soient pas très grandes, c'est la néphrectomie qui, sur 20 opérations, a donné jusqu'ici 6 succès relatifs pour 14 insuccès.

Voici maintenant parmi les 28 observations sérieuses publiées dans le travail de M. Dumont, un cas observé par lui dans le service de M. Hutinel à l'hôpital des Enfants Malades.

Henri Ch..., âgé de 5 ans, entre le 15 avril 1889 à l'hôpital des Enfants Malades, salle Bouchut, n° 8.

*Antécédents.*—Quelques membres de sa famille sont soupçonnés de tuberculose. Il est né à terme, nourri au sein jusqu'à l'âge de 13 mois, a marché à 11 mois et parlé à 15 mois. A 2 ans, out une rougeole sans accidents, il va à l'école depuis un an.

*Début.*—Il y a six mois, au dire des parents, que l'affection aurait débuté, à la suite de mouvements violents imprimés à l'enfant par un jeune homme qui jouait avec lui et le saisissait à pleines mains par les flancs pour le soulever de terre. Le jour même se déclarèrent de vives douleurs dans l'hypocondre gauche, douleurs assez intenses pour arracher des cris à l'enfant; elles durèrent deux heures puis disparurent. Depuis lors, le petit malade se plaignit souvent de souffrances qui ne reprenaient un caractère aigu qu'à la suite de quelque exercice violent. L'enfant devint ensuite sujet à des vomissements verdâtres et à des diarrhées, reparaisant à des intervalles irréguliers, à peu près deux ou trois fois par semaine. Depuis deux mois environ, le teint a pris une coloration brune qui rappelle moins la nuance de l'ictère que la pigmentation propre au début de la maladie d'Addison. Cette coloration pigmentaire se retrouve aussi sur la peau du scrotum. En même temps s'est développée, dans l'hypocondre gauche, une tumeur à peu près indolore, dont la mère s'est aperçue par hasard, il y a trois mois, en déshabillant l'enfant.

L'état général du malade est des plus satisfaisants, pas d'amaigrissement, il s'alimente bien et l'intelligence est parfaitement conservée.

*Examen du malade.*—A l'inspection de l'abdomen, on aperçoit une ampliation du ventre considérable, asymétrique, portant surtout sur le flanc gauche et formant une saillie globuleuse. A part leur teinte légèrement jaunâtre, les téguments sont normaux, pourtant

au niveau de la tumeur on remarque quelques dilatations veineuses supplémentaires. En regardant obliquement le relief formé par la tumeur, on croit pouvoir affirmer qu'elle ne suit pas les mouvements du diaphragme, ce qui éloignerait l'idée d'une tumeur de la rate ou du foie.

L'inspection de la région lombaire révèle une saillie assez marquée dans le flanc gauche. Il y a, en outre, de très légères dilatations veineuses sur tout le dos, mais sans fluctuation spéciale aux lombes.

*La palpation* permet de constater facilement l'existence d'une tumeur du volume de la tête d'un fœtus à terme, tumeur dure, située dans la cavité abdominale sans adhérence aux téguments qui ont conservé leur souplesse normale. En certains endroits, on perçoit des bosselures, mais nulle part l'existence de fluctuation ou de frémissement hydatique. Au milieu et au-devant de la tumeur, on sent un cordon aplati et mobile sous le doigt, c'est le côlon transverse. Si on cherche à délimiter cette tumeur, on remarque qu'en haut elle rejette les fausses côtes en dehors et qu'il est difficile à cet endroit de préciser sa délimitation exacte d'avec le foie et la rate. A droite, elle proémine jusqu'à un travers de doigt de l'ombilic, son bord à cet endroit est large et moussé et à convexité tournée vers l'anneau ombilical. En bas, elle descend jusqu'à six travers de doigts au-dessous du rebord costal et jusqu'à l'épine iliaque antéro-postérieure.

En arrière, nous avons vu qu'elle faisait une saillie dans la région lombaire. La main droite, placée dans la région lombaire gauche, peut communiquer à la tumeur des mouvements qui sont perçus par la main gauche appliquée sur l'hypocondre (Ballotement).

La palpation est absolument indolore.

*La mensuration* indique 14 centimètres de hauteur pour 13 centimètres de largeur et on trouve 29 centimètres de l'ombilic à la colonne vertébrale à gauche.

*La percussion* donne de la matité partout, sauf à la partie moyenne où il n'y a qu'une demi-sonorité; cette matité existe également en arrière. La matité splénique ne paraît pas très élevée; la matité hépatique monte jusqu'à 2 centimètres au-dessous du mamelon et descend au-dessous des fausses côtes, offrant une hauteur totale de 8 centimètres.

Rien à signaler dans les autres viscères, en dehors de quelques petits ganglions axillaires et inguinaux.

Une ponction de la tumeur n'a donné que des résultats négatifs. L'examen des urines n'a jamais révélé que la présence de quelques leucocytes, de cellules vésicales, de cristaux uratiques et phosphatiques, et de quelques hématies en très petite quantité. Le chiffre de l'urée a baissé depuis l'entrée à l'hôpital, il était au début de 4,19, actuellement il n'y a plus que 2,50.

24 mai, M. le Dr Quénu vient examiner le malade et confirme le diagnostic de M. Hutinel. L'anse intestinale est actuellement perceptible à la vue, en même temps qu'au toucher.

Le 28. L'enfant quitte le service pour entrer à l'hôpital Bichat et y être opéré par Quénu.

Quelques heures après et le soir même du jour de l'opération, par le choc opératoire, auquel il n'avait pu résister, bien qu'il eût perdu très peu de sang l'enfant mourut.

La tumeur était un sarcome à petites cellules rondes.—*L'avis médical.*

## MATIÈRE MÉDICALE, THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

---

Traitement de la chorée par le salicylate de soude et l'hygiène.—Dans le traitement de la chorée, dit le Dr DRESCH, de Foix, j'attache une grande importance à un ensemble de petits moyens dans le détail desquels je vais entrer maintenant. Pendant la première période de la maladie, j'exige le séjour complet au lit, dans une chambre suffisamment aérée et à température moyenne. Je recommande le silence autour du malade et les volets à peu près clos. Comme régime, le lait, s'il ne répugne au goût du malade, et si son estomac le tolère. Je prohibe le bouillon dans cette phase de l'affection. C'est aussi pour le choréique que le bouillon devient, suivant l'expression de Gaucher, une véritable solution de poison. Tous les jours, grands lavements d'eau tiède avec borate de soude. Ne pas insister si les lavements sont mal acceptés par les petits malades. Avant tout, ne pas livrer bataille pour n'importe quelle partie du régime. Supprimons toutes les occasions de susciter les réflexes, quand nous cherchons, au contraire, à les modérer par un ensemble de moyens appropriés. Je commence souvent le traitement par une très légère purgation, soit un lait de magnésie, soit une prise de calomel.

Ce traitement consiste en prises de salicylate de soude administrées dans de l'eau alcaline. Un enfant de douze ans supporte bien une dose quotidienne de quatre grammes de salicylate de soude, pourvu qu'on ait soin de fractionner son administration. Les jours suivants, il convient plutôt d'aller en diminuant qu'en augmentant la quantité du médicament.

Quand, après douze à quinze jours, la maladie, loin de continuer à s'aggraver, a l'air de se calmer un peu, j'alimente progressive-

ment. Ne redoutez pas l'affaiblissement de vos jeunes malades. Le calme suffisant, obtenu à peu de frais, compense largement les très faibles inconvénients d'une diète légère qui aide encore le salicylate dans son œuvre de sédation et surtout de dépuración. Une fois que le courant d'élimination est assuré, une fois que le repos, le régime et le remède ont diminué l'exaltation des réflexes, vous levez successivement toutes les consignes. Plus de médicaments, un régime progressif et envoi des malades à la campagne, quand faire se peut, ou du moins essais de promenades. Si la maladie est en bonne voie, la lumière vive, le mouvement, la vue des étrangers, ne doivent pas, ou très peu, augmenter les mouvements choréiques. Essayez un bain tempéré à l'eau simple. Peu à peu, rendez la main et engagez-vous avec prudence dans une alimentation de plus en plus riche—et aussi de plus en plus nécessaire, sans que j'aie besoin d'expliquer pourquoi, étant donnée la désintégration musculaire exagérée ainsi que l'épuisement du système nerveux. Essayez une hydrothérapie sagement combinée avec une gymnastique qui ne soit pas de l'acrobatie et n'entraîne pas de surmenage. *Ne quid nimis*. J'ai vu des effets désastreux par l'emploi prématuré de douches froides. Ni force de projection, ni basse température, Eau tiède et pomme d'arrosoir, du moins pour commencer. Quand, presque au début, une doucho froide paraît réussir, c'est par une sorte d'acte inhibitoire auquel il ne faut pas trop se fier. L'exaltation peut survenir alors que vous recherchez une action modératrice et presque paralysante. C'est probablement par phénomène d'inhibition qu'agit le traitement de Gillette, par l'émétique; ou celui de Trousseau, par la strychnine. Pour moi, ce sont des moyens qui ne doivent plus être employés. La somme des inconvénients l'emporte sur celle des avantages. Il ne faut pas espérer juguler cette maladie, il suffit de la diriger surtout au début.—  
*Praticien.*

**L'eucalyptus dans le traitement de la coqueluche.**—Le docteur W. HARDWICKE préconise, dans les cas de coqueluche, des inhalations faites avec la mixture suivante :

Essence d'eucalyptus.....	6 grammes.
— de térébenthine.....	6 —
Esprit de vin rectifié.....	45 —

Ce mélange a plusieurs avantages : l'essence d'eucalyptus est un antiseptique qui agit sur les micro-organismes spécifiques de la coqueluche. Mélangée à l'essence de térébenthine, l'essence d'eucalyptus a une odeur très agréable.

W. Hardwicke recommande de pratiquer les inhalations le soir, avant d'aller au lit, et, dans la journée, une demi-heure avant chaque repas.

L'auteur donne en même temps, à des enfants de deux à trois

ans, quelques gouttes d'essence de térébenthine mélangées à 10-centigrammes de carbonate de magnésie.

Ce traitement aurait guéri des enfants atteints de coqueluche, dans l'espace de quinze jours.—*Gazette des hôpitaux*.

**Traitement de l'iodisme.**—D'après les docteurs BUCHMANN et MALACHKOWSKI, les accidents iodiques ayant pour origine la mise en liberté de l'iode dans les tissus, on doit, pour combattre l'iodisme, alcaliniser les humeurs de l'organisme. Appuyés sur cette vue théorique, ils administrent systématiquement deux doses quotidiennes de 7 à 10 gr. de bicarbonate de soude.

Depuis 1887, ils font usage de cette médication avec un constant succès. D'ailleurs les iodures alcalins sont toujours mieux tolérés par les malades quand on les fait véhiculer par une eau minérale alcaline.—*Mercure médical*.

**Les injections sous-cutanées de chlorodyne dans le traitement des diarrhées profuses d'origine infectieuse,** par le docteur CIMBALI.—Dans le cours des maladies infectieuses, on voit quelquefois survenir des diarrhées profuses,—jusqu'à vingt et trente selles dans les vingt-quatre heures,—qui, cela va de soi, épuisent les malades et sont ainsi une cause d'aggravation. Ces diarrhées excessives s'observent surtout dans les formes adynamiques; elles traduisent une gravité exceptionnelle de l'infection. On ne réussit à les arrêter qu'avec les astringents, mais ce résultat peut être obtenu au moyen des injections sous-cutanées de chlorodyne, médicament complexe, très usité en Angleterre, et qui a pour formule:

Rec. Chloroforme.....	3 parties.
Ether sulfurique.....	3 —
Acide perchlorique.....	3 —
Teinture de chanvre indien.....	2 —
Sirop simple.....	20 —
Teinture de capsicum.....	3 —
Morphine .....	1 —
Acide cyanhydrique dilué.....	1 —
Essence de menthe poivrée .....	5 —

M.—*Praticien*.

**Préparation de l'aristol.**—MM. QUINQUAUD et FOURNIOUX donnent le moyen suivant de préparation de ce produit.

1re solution :

Iode sublimé.....	60 gr.
Iodure de potassium .....	80 —
Eau distillée (p. 300 cent. cubes).....	Q. S.

On mélange cette solution à volumes égaux et à une température de 15 à 20 degrés avec la suivante :

Thymol.....	15 gr.
Hydrate de soude.....	15 —
Eau distillée (p. 300 cent. cubes).....	Q. S.

Il se fait ainsi un précipité volumineux de couleur rouge brun foncé; c'est l'aristol (dithymol biiodé) qu'il n'y a plus qu'à laver et à recueillir.

L'aristol n'est pas toxique; on peut l'administrer à la dose de 1 et 2 gr. 50 par kilog. d'animal sans déterminer aucun accident. Il jouit réellement de propriétés cicatrisantes, même contre l'épithélioma, mais il serait exagéré de prétendre qu'il peut en déterminer la cicatrisation complète.—*Praticien.*

**Traitement de la scarlatine par l'acétate d'ammoniaque,**  
—M. VIDAL (d'Hyères) lit une note à l'Académie de médecine qui se termine par les conclusions suivantes;

1o. Il est hors de doute pour nous que l'acétate d'ammoniaque est parfaitement toléré par l'organisme à la dose de 1 gramme par année d'âge, chez les enfants et les adultes. Cependant, pour ces derniers, nous n'avons jamais dépassé la dose de 35 grammes par jour;

2o. Il y a lieu de croire qu'à cette dose, l'acétate d'ammoniaque, en abaissant rapidement les hautes températures de l'organisme, constitue un moyen précieux de traitement de la scarlatine et peut-être aussi des autres fièvres éruptives;

3o. L'action de ce médicament nous a paru, d'autant plus rapide qu'il a pu être distribué dans un moment rapproché du début de la maladie.—*Abeille médicale.*

**Mode d'administration des bromures dans l'épilepsie nocturne.**—Dans l'épilepsie nocturne il faut prescrire le bromure de potassium, principalement le soir, à l'approche de la nuit, pour être sûr de l'action médicamenteuse.

À l'appui de cette proposition, M. Henri HUCHARD cite le fait suivant: Un jeune épileptique, atteint d'épilepsie nocturne, prenait, sur les ordonnances de son médecin, jusqu'à 12 grammes de bromure de potassium par jour. Malgré cette dose élevée, les accès restaient aussi fréquents. M. Huchard s'enquit de la façon dont le bromure était administré, et il apprit que le malade le prenait par quantité de 2 grammes dans la journée. Or le bromure étant un médicament à élimination rapide, il arrivait que pendant la nuit son organisme était débarrassé de tout le sel en question. Il prescrivit seulement 6 grammes à prendre exclusivement le soir, et les attaques d'épilepsie nocturne disparurent comme par enchantement.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*



## FORMULAIRE.

**Diphthérie.—Osiecki.**

P.—Teinture de ratanhia.....	10 parties
Teinture de benjoin.....	5 “
Teinture d'aloès.....	3 “

M.—Appliquer trois fois par jour. Après chaque application insuffler la poudre suivante :

P.—Acide tannique.....	2 parties
Soufre sublimé.....	.....
Chlorate de potasse.....	2½ “

—*Union médicale.*

**Toux.**

P.—Biméconate de morphine.....	1 grain
Muriate d'ammoniaque.....	1 drachme
Eau camphrée.....	4 “
Eau.....	q. s. pour faire 3 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé au besoin.—*Journal of Respiratory Organs.*

**Affections chroniques des voies respiratoires.—Gretchinsky.**

1o P.—Huile d'aniline.....	25 drachmes
Eau de menthe poivrée.....	2½ “

M.—En inhalations.

2o P.—Huile d'aniline.....	.....
Teinture de digitale.....	5 gouttes

M.—À prendre deux fois par jour, d'abord l'aniline et aussitôt après la digitale.—*Nouveaux remèdes.*

**Tympanite.**

P.—Naphthol.....	.....
Carbonate de magnésie.....	.....
Charbon de bois.....	75 grains
Essence de menthe poivrée.....	10 gouttes

M.—Diviser en 15 poudres. Une à prendre au besoin.—*Leonard's Medical Journal.*

**Hyperidrose.**

P.—Teinture de belladone.....	1 partie
Eau de cologne.....	8 parties

M.—En lotions.—*Nouveaux remèdes.*

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1890

---

---

## BULLETIN.

---

### Le Congrès de Berlin.

Le Congrès de Berlin a été, comme nos lecteurs le savent sans doute, un véritable succès, tant par le nombre de ceux qui y ont pris part que par l'importance des communications. Le nombre des congressistes était de 5,666 dont 1,157 médecins berlinois, 1,658 allemands, 257 autrichiens et hongrois, 623 américains du nord, 421 russes, 353 anglais, 179 français, 111 hollandais, 61 belges, 64 suisses, 144 italiens, 106 suédois, 139 danois, 58 norvégiens, 40 espagnols, 32 roumains et 24 canadiens.

De nombreuses fêtes ont été données aux congressistes qui se louent beaucoup de l'accueil qui leur a été fait. Les allemands ont été particulièrement gracieux et empressés pour les représentants de la France, et il est à espérer que l'impression favorable qu'en ont rapportée les médecins français sera tout à l'avantage du progrès scientifique dans les deux pays.

Rome a été désigné comme siège du prochain Congrès qui se réunira vers la fin de septembre 1893. Le professeur Baccelli, de Rome, sera le président du comité d'organisation.

La valeur des communications faites au Congrès de Berlin nous engage à donner à nos lecteurs un aperçu général de ces travaux dans notre revue des journaux étrangers. Quant à la médecine et à la thérapeutique en particulier, nous avons l'intention de leur consacrer, dans notre BULLETIN, une série d'articles où seront analysés, et commentés au besoin, les principaux mémoires présentés sur ces deux parties de la science médicale. Pour compléter le tout, il faudrait pouvoir passer également en revue les rapports de l'Association médicale britannique et de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui toutes deux se sont réunies, la première à Birmingham et la seconde à Limoges, en même temps que le Onzième congrès international de médecine s'assemblait à Berlin. C'est ce que nous essaierons de faire, dans la mesure du possible.

## La médecine et la thérapeutique au Congrès de Berlin.

### PREMIER ARTICLE.

Les communications relatives à la médecine interne et à la thérapeutique faites au Congrès de Berlin ont été aussi nombreuses qu'intéressantes, et parmi celles qui ont été écoutées avec la plus vive attention, nous signalons en premier lieu les mémoires de M. LÉPINE, de Lyon, et de Grainger STEWART, d'Edimbourg, sur le traitement du mal de Bright chronique.

Pour M. Lépine, deux indications principales s'imposent dans le traitement de la maladie de Bright. La sécrétion rénale étant indispensable pour la dépuración du sang, le danger d'une néphrite chronique doit consister dans l'insuffisance de cette sécrétion. La première indication est donc d'empêcher cette insuffisance d'aboutir à l'urémie. D'autre part il importe de maintenir la nutrition en bon état, et même de la relever si elle est déjà languissante, ce qui constitue la seconde indication. Mais tout en nourrissant bien le malade, il faut se garder d'augmenter le travail de l'épithélium rénal, de même que tout en stimulant la sécrétion urinaire il faut voir à ce que le rein ne soit pas irrité.

Dans le but de diminuer le travail rénal, il faut diminuer la proportion des albuminoïdes relativement aux substances grasses et hydrocarbonées; les déchets de ces deux derniers ordres d'aliments n'étant pas excrétés par les reins, non seulement on restreindra dans l'alimentation la part des albuminoïdes, mais on écartera en outre les aliments renfermant des substances azotées de déchet: ainsi, on permettra la viande en petite quantité, mais on interdira les viandes faisandées et autres aliments du même genre. On prescrira le lait (bien qu'il soit trop riche en albuminoïdes), à cause des avantages qu'il présente: il ne renferme pas de matériaux de déchet; il est riche en graisse; aucun des principes qu'il renferme ne paraît susceptible d'irriter le rein; enfin, il est diurétique. On adjoindra au lait des légumes frais et secs, du pain, des farineux, etc.

Pour favoriser la diurèse, on peut, outre le lait, prescrire les eaux minérales faiblement alcalines, les tisanes diurétiques aux stigmates de maïs, etc. S'il y a des signes de faiblesse du cœur, il faut recourir aux médicaments cardiaques: digitaline, caféine, théobromine, iodure de potassium. Si l'urémie dépend de l'œdème congestif du rein, on emploie les révulsifs sur la région lombaire, les ventouses scarifiées; éviter les vésicatoires à la cantharide. Le brightique doit aussi éviter la marche.

Tout comme M. Lépine, Grainger Stewart attache surtout de l'importance au régime alimentaire. Pour lui, le meilleur résultat au point de vue de l'état des reins et du bien-être général du

malade est obtenu par le régime lacté auquel on ajoute une alimentation modérée. Le lait est l'aliment par excellence des néphrétiques, parcequ'il est très nutritif, qu'il se digère facilement, ne fatigue pas le rein, et est diurétique. En certains cas, il peut être nuisible, il donne lieu à des symptômes de dyspepsie. La dose quotidienne ne doit pas dépasser 3 pintes. Éviter les vins en général, surtout les vins sucrés et ceux riches en alcool, ainsi que les bières.

Pour combattre l'albuminurie, les deux médicaments qui semblent les plus efficaces sont le perchlorure de fer et la fuchsine, bien qu'ils échouent, eux aussi, dans un grand nombre de cas. Contre l'hypoglobulie ou altération des globules rouges : l'arsenic et le fer. Contre les hydropisies : lait, repos au lit, pilocarpine et diaphorétiques, nitro-glycérine. Tenir l'intestin libre, tout en évitant les cathartiques hydragogues. Les diurétiques sont très importants parcequ'ils combattent l'hydropisie et surtout soulagent le rein ; l'eau et le lait sont les meilleurs. On peut employer aussi la digitale, la scille, le carbonate d'ammoniaque, l'acétate et le bitartrate de potasse, l'esprit d'éther nitreux, le scoparius. Il ne faut cependant pas baser un pronostic favorable sur l'abondance même de la diurèse. " Dans le mal de Bright chronique, dit M. Stewart, lorsque l'on voit une abondante diurèse s'établir sans que l'hydropisie disparaisse, on peut être presque certain que la dégénérescence amyloïde est venue compliquer une néphrite parenchymateuse et on peut porter un pronostic fatal."

L'urémie étant la cause de mort la plus commune dans le mal de Bright, c'est contre elle que le traitement doit être surtout dirigé. M. Stewart la combat surtout par la pilocarpine et les cathartiques, sans toutefois négliger les diurétiques : digitale, strophanthus, caféine. En certains cas, comme dans l'urémie de la grossesse, la saignée, générale ou locale, est de la plus grande utilité. Dans l'urémie à début brusque, les bromures, le chloral, le chloroforme soulagent aussi. Contre la péricardite : ventouses et toniques cardiaques. Contre l'excès de tension vasculaire, si les vaisseaux sont intacts : la nitro-glycérine et les nitrites ; s'il y a dégénérescence artérielle : les iodures et bromures alcalins.

Dans la discussion qui a suivi la lecture de ces deux mémoires, Rosenstein, de Leyde, a avoué que pour lui, l'alimentation générale a seule une efficacité réelle, les médicaments étant presque tous dangereux. Le repos au lit doit être la base essentielle du traitement.

De son côté, Senator, bien qu'il reconnaisse l'impuissance des médicaments à combattre l'albuminurie, ne désespère cependant pas de trouver un agent plus heureux. L'iodure de potassium peut être très utile dans la forme interstitielle coïncidant avec la sclérose artérielle et l'hypertrophie du cœur. Le lait est surtout

utile dans la néphrite parenchymateuse où la soif est peu prononcée, mais il doit être évité dans la sclérose avec polydipsie.

Nous pouvons, croyons-nous, résumer en quelques mots le traitement du brightisme chronique, tel que le comprennent MM. Lépine, Stewart, Rosenstein et Senator : Combattre, si on le peut, l'albuminurie, au moyen d'une diète appropriée : lait, etc., tout en ayant soin, d'un côté, d'alimenter suffisamment le malade, de l'autre, de diminuer autant que possible le travail rénal. Dans tous les cas, prévenir l'urémie et la combattre quand elle se manifeste, par les sudorifiques, les purgatifs, les diurétiques, la saignée, les dépresso-moteurs.

---

### Péché mignon.

A ceux de nos lecteurs qui font métier de collectionner les *joyusetés* de la profession, nous soumettons, dans sa candeur native, la facétie suivante cueillie dans un journal du matin :

#### CHANCRÉS ET CANCERS.

Le Dr. XX, de N....., possède à l'heure qu'il est un remède qui guérit infailliblement tous chancres et cancers. Le Docteur garantit de guérir, sans cela il s'engage à ne rien charger (*sic*) du tout pour ses médicaments.

18 juillet, 1890.

N'est-ce pas que c'est *rigolo* ? Et il y en a qui veulent faire la guerre au charlatanisme ? C'est bien plus drôle comme cela !

---

**Avis.**—Ceux qui refusent et renvoient le journal sont priés de ne pas oublier de marquer leur nom avec le mot *refusé* sur l'enveloppe. Cet oubli qui s'est répété plusieurs fois dernièrement nous oblige à renvoyer le journal à un médecin qui ne le désire pas, vu que nous ne le connaissons pas ; d'où des récriminations qu'on aurait pu éviter avec un peu d'attention.

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

BOURNEVILLE, SOLLIER et PILLIET.—**Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, Phystérie et Pidiotie.**—Compte-rendu des services des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1889, par BOURNEVILLE, SOLLIER PILLIET. Publications du Progrès Médical, Paris, 14 rue des Carmes, Paris. Un volume in-8° de LVI, 188 pages.—Prix : 5 fr.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La consommation de l'opium en Chine atteint le chiffre de 41,800,000 livres par an.

**Faculté de médecine de Paris.**— Un décret vient de nommer M. TILLAUX professeur de médecine opératoire, et M. LE DENTU professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

**Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.**—M. le docteur L. E. FORTIER a été chargé de donner le cours de matière médicale à l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, en remplacement de M. le Dr BEAUSOLEIL. M. le Dr Arthur JOYAL donnera, nous dit-on, le cours d'histologie.

**Université Laval, Montréal.**—Comme nous l'avons annoncé dans notre livraison d'avril, les cours de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, s'ouvriront mercredi, le 1er octobre, au no. 45 Place Jacques-Cartier.

Durant le premier terme les leçons seront données dans l'ordre suivant :

Dr DUVAL.—*Physiologie*—8 h. a.m., tous les jours.

Dr FAFARD.—*Chimie*—9 h. a.m., tous les jours.

Dr FOUCHER.—*Ophthalmologie*—9.30 h. a.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr LAMARCHE.—*Anatomie descriptive*—10 h. a.m., tous les jours.

Dr LARAMÉE.—*Clinique interne*—10.30 h. a.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr BROUSSEAU.—*Clinique externe*—10.30 h. a.m., mardi, jeudi, samedi.

Dr BRENNAN.—*Histologie*—2 h. p.m., tous les jours.

Dr FAFARD.—*Toxicologie*—2 h. p.m., tous les jours.

Dr DESROSIERS.—*Matière médicale et thérapeutique*—3 h. p.m., tous les jours.

Dr ROTTOT.—*Pathologie interne*—3 h. p.m., tous les jours.

Dr LACHAPELLE.—*Hygiène*—4 h. p.m., tous les jours.

Dr BROUSSEAU.—*Pathologie externe*—4 h. p.m., tous les jours.

Dr DAGENAIS.—*Tocologie*—5 h. p.m., tous les jours.

Dr DELORME.—*Anatomie pratique*—8 h. p.m., tous les jours, après le 1er novembre.

Dr DAGENAIS.—*Clinique de tocologie*—Sur avis spécial.

**A propos du secret médical.**—Comme nous sommes dans le monde où toute vérité est relative, cet absolu peut imposer par-

fois au médecin de cruels devoirs. M. Hallays a conté au chroniqueur du journal *Le Temps* une anecdote bien typique :

Il y a quelques années, un médecin fut appelé chez un de ses malades qui était son ami et qui avait été pris, à table, d'un malaise subit. Le client traitait ce jour-là de nombreux invités. Le docteur lui donna entre deux plats une consultation rapide.

Accompagné jusqu'à la porte par la femme de son ami, le médecin déclara :

— Tranquillisez-vous, le malaise qui vous a inquiété n'aura pas de suites.

Le lendemain on apprit que cet homme était mort. Aussitôt les personnes qui avaient assisté à la consultation du médecin s'en donnèrent à ses dépens. Elles raillèrent son erreur. Le médecin se sentait profondément atteint dans l'opinion publique. Il lui aurait suffi pour faire taire ces bruits malveillants de révéler la vérité : on l'avait rappelé au milieu de la nuit pour constater le décès de son ami qui s'était logé une balle de revolver dans la cervelle.

Le devoir du praticien l'obligeait au silence.

Il se tut.

Cet exemple peut paraître héroïque. Il n'a jamais été plus nécessaire de rappeler à ceux qui ont, de par la loi, le dépôt de certains secrets qu'il convient de les conserver inviolables.—*Lyon médical.*

**Le choléra.**—L'épidémie ne diminue pas en Espagne et s'étend de plus en plus. Quelques cas de choléra se seraient produits à Madrid ; ce qui est certain, c'est que le ministre des travaux publics est parti de Saint-Sébastien pour Madrid où l'état sanitaire cause une certaine préoccupation.

A Valence, elle reste stationnaire ; et ce qui appelle l'attention, c'est peut-être moins le nombre des invasions que celui des décès. Lors du choléra de 1835 qui fit 105,000 victimes, la mortalité était de 30 0/0. Cette année elle dépasse partout 50 0/0 et a atteint dans quelques localités le chiffre énorme de 75 0/0, notamment dans un village des environs de Tolède, où médecin, curé, aiguazil, tout le monde a péri et où l'alcade a dû se faire fossoyeur pour enterrer son propre fils. Aussi, la population, frappée de cette impuissance de la thérapeutique, s'en prend aux médecins, et, à Valence même, ceux-ci sont obligés de se faire accompagner par la force publique sans que pour cela ils arrivent toujours à éviter les coups de pierre.

C'est ainsi qu'on signale certaines communes des provinces contaminées par le choléra où les médecins ne peuvent que fort difficilement remplir leurs devoirs professionnels. Ils en sont empêchés par les populations affolées, qui les chassent.

—Les nouvelles de l'Asie mineure et d'Égypte sembleraient moins mauvaises. Le nombre des décès parmi les pèlerins aurait

sensiblement diminué. Nous donnons cependant, à titre de renseignement à nos lecteurs, les nouvelles qui nous sont parvenues et qui indiquent de ci de là l'existence de foyers suspects.

À la date du 24 août, une dépêche de Durban, annonce que le vapeur " Congella " repatriant des immigrés de Madras, arrivé lundi 10 août, a eu huit passagers qui sont morts à bord, de la diarrhée.

Six autres ont été atteints après le débarquement, et l'un d'eux est mort. La commission d'enquête a déclaré que cet individu avait succombé au choléra.

À la suite de cette constatation, les immigrés ont été isolés.

Aucun nouveau décès ne s'est produit depuis mardi.

—Les autorités sanitaires du Cap ont déclaré le port de Natal infecté. — *Gazette médicale de Paris*, 30 août.

---

## VARIÉTÉS

---

### Comment le médecin doit être.

(Suite)

N'expliquez que juste ce qu'il faut aux clients très intelligents ; aux autres, exigeant des explications dont ils n'ont que faire, dites : c'est un froid, c'est dans le sang, ou c'est nerveux. Cela ne dit rien, et ils s'en contentent.

En général, ne vous laissez pas entraîner en société, à des dissertations médicales ; c'est autoriser des discussions, où vous n'avez rien à gagner et beaucoup à perdre. Coupez court aux interrogations sous prétexte que vous faites assez de médecine toute la journée, pour être heureux de vous en reposer un instant dans le monde, à parler d'autre chose.

Le Docteur *Becclos*, n'est pas un prolix : il palpe, percute, ausculte, renifle, regarde, prescrit... et ne souffle mot. Pour les bienveillants—qui ne sont jamais les plus nombreux—c'est un puits de science ; pour les autres son mutisme masque mal sa nullité.

" Docteur *Chilosca*, si nous mettions des cataplasmes aux pieds ?—C'est une bonne idée.—Ou aux mollets ? C'est tout aussi bien.—Ou aux cuisses ?—C'est peut-être mieux encore.—Ne pensez-vous pas qu'un laxatif ferait du bien ?—Sans doute.—Et la limonade ?—J'allais la proposer."

Ne vous laissez jamais ainsi suggérer une médication, vous auriez l'air d'avoir besoin de la suggestion. Bien fixé sur les indications à remplir, ordonnez : c'est le terme reçu et le mot



propre. Si vous avez parlé de soupe verte, ne concédez pas le bouillon gras. Pourquoi voudriez-vous qu'on attachât de l'importance à des conseils auxquels vous paraissez ne pas tenir vous-même ? Il ne faut céder que devant des répugnances invincibles, pas devant des caprices. Les malades, comme les enfants capricieux, deviennent bientôt insupportables et tyranniques.

Je me souviens qu'à mes débuts, mon père m'envoya un jour à sa place voir un enfant dérangé. Pour avoir trop mangé, l'enfant avait une indigestion. Et qu'avez-vous fait ? me demanda mon père.—Mais je l'ai mis à la diète, tout simplement.—J'entends bien, mais qu'avez-vous prescrit ?—Rien, répondis-je, un peu étonné de la question.—Eh bien ! vous avez eu tort : vous venez de chez de très sottes gens, pour qui l'hygiène n'est pas de la médecine et qui trouvent que ce n'est pas la peine d'appeler un médecin qui ne prescrit pas de drogues. L'eau distillée et les pilules de *mica panis* ont été inventées précisément pour les malades intelligents, elles ont sauvé souvent le crédit dont le médecin a besoin, et elles n'ont jamais fait de mal à personne.

Le Docteur *Polypharmaque* prescrit quelque chose contre chaque symptôme et c'est une grosse affaire que de suivre ponctuellement toutes ses ordonnances : on n'est pas un quart d'heure sans avoir une poudre, une pilule, une potion ou un granule à ingurgiter. Cette prodigalité de médicaments, cette profusion d'ordonnances et cette débauche de drogues sont très appréciées dans les pharmacies ; elles le sont beaucoup moins du client lorsqu'arrive le compte de l'apothicaire.

Le Docteur X. vient vous voir trois fois par jour pour un coryza, tandis que Zed reste quarante-huit heures sans revoir un nouveau-né atteint d'entérite ou d'ophtalmie.—X. s'expose à s'entendre dire : " nous vous rappellerons quand nous désirerions que vous reveniez ; "—on accuse Zed de ne pas s'intéresser à ses malades : et la clientèle se détourne, avec raison, de l'un et de l'autre, de l'exploiteur et du négligent.

Tel malade se croit toujours négligé ; tel autre s'inquiète de se voir soigné de trop près. Avec un peu de tact on acquiert bientôt la mesure : la maison où l'on est toujours le bienvenu est facile à distinguer de celle où il faut se faire désirer.

Revenez, au besoin d'office, aussi souvent que vous le jugerez nécessaire ou utile, auprès du malade en danger et déménagez—par dignité et discrétion—des visites qui se paient, là où on vous en demande trop.

Le docteur *Volevite* entre chez vous en courant ; il n'a pas le temps de s'asseoir, à peine celui de déposer son chapeau : " La langue ?—le pouls ?—Bien, continuez ! " Et le voilà parti.—(A continuer.)