

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

Pagination continue.

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

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

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

VOL. V.

MONTREAL, SEPT. 1891.

No 7.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES NOTES DE MON CARNET

Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique

Par M. le Dr G. B. Faribault, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu de Montréal (Paris)

Le traitement des collections purulentes du foie, par ouverture directe à l'aide d'un instrument tranchant, est de date récente. Ce n'est qu'à partir de la période antiseptique de la chirurgie qu'il a pu être employé avec quelque chance de succès. Les dangers que l'altération putride du pus, la gangrène des parois abdominales, la péritonite, conséquences presque inévitables de l'ouverture à l'air libre, faisaient courir aux malades, grâce à la méthode antiseptique, ne sauraient plus exister. L'incision antiseptique directe des abcès du foie n'a pas été sans rencontrer quelque résistance de la part des praticiens habitués aux anciennes méthodes, si lentes pourtant et si peu sûres quant aux résultats. Aujourd'hui, il ne doit pas en être de même. Etant donné que la résorption d'une collection purulente du foie est toute hypothétique, que son évacuation par les voies naturelles (poumon, estomac, intestin), est rare, sachant d'un autre côté, de par la statistique, combien peu encourageants sont les résultats obtenus par les autres méthodes, l'ouverture antiseptique par le bistouri est le seul traitement applicable toutes les fois que la présence du pus a été constatée dans le foie.

Les antécédents du malade et de la maladie, l'augmentation du volume du foie, la douleur localisée, la déformation de la région hépatique, la tumeur dans les périodes avancées, le frottement et surtout la fluctuation et la fièvre, tels sont les signes qui pourront nous faire soupçonner l'existence d'un abcès du foie. Mais, de tous ces signes, le frottement n'existe pas toujours, car, pour se produire, il nécessite la présence d'adhérences qui manquent le plus souvent. La recherche n'en est pas facile à cause des douleurs que les manœuvres provoquent. Quant à la fluctuation, la situation profonde de la collection, l'embonpoint exagéré du malade, la sensibilité extrême de la région empêchent le plus souvent d'en rechercher et d'en constituer la présence. Elle n'en est pas moins un signe de grande valeur quand on peut la trouver. La fièvre est un des symptômes les plus importants. Elle affecte fréquemment le type intermittent ; c'est elle qui, dans les cas obscurs, peut nous mettre sur la voie du diagnostic.

Tous ces signes seraient insuffisants, si nous n'avions pas la ponction exploratrice qui, à elle seule, peut lever tous les doutes. Une première ponction à résultat négatif ne doit pas suffire au chirurgien. L'aiguille exploratrice peut ne pas entrer du premier coup dans la cavité abcédée. Il est donc nécessaire d'en faire deux et plus sur des points différents et de préférence sur les plus douloureux, lorsque la tumeur n'est pas encore appréciable à la vue ou au toucher. Les procédés opératoires sont assez nombreux ; je n'en citerai que quelques-uns.

Les ponctions aspiratrices répétées. Dans l'opinion des chirurgiens qui les emploient, les adhérences se forment dans un espace de temps peu long, mais variable.

Le procédé que Simon enseignait en Allemagne en 1886, procédé d'incision après une double ponction ; je la trouve résumé ainsi qu'il suit dans un article de Van Lent, publié dans les Archives de Médecine navale (1888 page 568). A un endroit quelconque de la tumeur, il introduit un trocart solide, ne laisse écouler qu'une petite quantité du contenu et laisse séjourner la canule dans la tumeur. Immédiatement après, il introduit un second trocart à une distance de trois centimètres de la première ponction. Après vingt-quatre heures, les feuilletts du péritoine autour des endroits ponctionnés adhèrent suffisamment pour permettre, sans danger, une incision réunissant les deux ponctions pratiquées dans la tumeur. Par cette large ouverture, la cavité peut alors être vidée et traitée directement." Le professeur Sanger se trouvant en présence de deux femmes, dont l'une était atteinte de kyste hydatique et l'autre d'abcès du foie, les traita toutes les deux, sans préparation aucune, par la laparatomie. Il a ponctionné la tumeur,

et à l'aide d'une aiguille courbe munie d'un fil de soie dure, l'a fixée à la paroi abdominale avec quatre points de suture et a pratiqué immédiatement l'incision antiseptique. Il a voulu éviter l'écoulement du liquide dans la cavité.

M. le docteur Furnell pratiqua l'incision avec précautions antiseptiques de la paroi abdominale suivie de ponction au trocart.

L'incision combinée aux caustiques a été également employée. M. Richard, après avoir incisé les couches superficielles avec le thermocautère pour l'hémorrhagie chez un malade débilité, applique sur le muscle intercostal interne la pâte de Canquoin à l'effet de provoquer des adhérences. Ce résultat a été obtenu, mais, l'action du caustique a dépassé ses espérances, puisqu'il a été jusqu'à attaquer une portion de la côte voisine, ce qui a nécessité une opération complémentaire dans le but d'enlever la partie nécrosée. Le thermocautère a été également employé par Bouilly, chez le premier malade qu'il a eu à traiter. Mais, il l'a abandonné depuis, et actuellement après avoir incisé les différentes couches au bistouri, il n'incise le foie qu'après l'avoir vidé à l'aide d'une ponction aspiratrice, ici dans le but d'éviter la trop brusque projection du liquide.

On voit que les procédés opératoires varient suivant les préférences et les idées des chirurgiens, mais le principe reste le même : la cavité abcédée est largement ouverte. Or, pourquoi employer des procédés détournés pour atteindre ce but quand il peut l'être plus vite, sans danger aucun pour le malade, par l'incision directe et large ? Par l'incision directe, mais méthodique, le temps nécessité par l'opération est de beaucoup diminué ; on évite des manœuvres inutiles pour ne pas dire nuisibles, et l'on peut, dans les cas urgents, se passer d'anesthésique général. Avec une ouverture large des parois abdominales, le foie faisant saillie dans cette incision, l'épanchement du pus ou de sang dans la cavité péritoniale peut être évité par l'application d'éponges ou des tampons d'ouate bien antiseptisés. Elle a de plus cet avantage important de permettre la recherche d'un second abcès. Rien n'empêche ensuite, si l'ouverture abdominale a été trouvée trop longue, d'en diminuer la longueur par quelques points de suture.

Je viens de dire qu'à l'occasion, on pourrait opérer sans l'aide d'un anesthésique général. D. Hunter n'a fait qu'une sorte d'anesthésie locale, et cela encore parce que le patient se trouvait être très nerveux. Je crois cependant que l'emploi du chloroforme est utile, moins à cause de l'incision en elle-même qu'en raison des complications qui pourraient surgir. Trois ou quatre chirurgiens se sont trouvés en effet dans la nécessité d'enlever une portion de côte. Dans ces cas, il ne serait

pas sans inconvénient de remettre la résection en une date ultérieure, ce qui aurait pour première conséquence de retarder la cicatrisation de la plaie.

L'incision doit être accompagnée des précautions antiseptiques ordinaires (instruments, mains du chirurgien et des aides, lavage de la région à inciser... etc) A cet égard, on ne peut fixer de règles, chaque chirurgien ayant ses préférences personnelles pour tel ou tel agent antiseptique. M. Dupont a entrepris l'opération dans des conditions peu favorables et son malade a guéri, c'est ce qui nous prouve l'importance capitale de l'antisepsie.

La compression des parois abdominales peut être employée au moment de l'évacuation de l'abcès ; elle a pour avantage de tenir le foie rapproché de la paroi abdominale. L'écoulement du pus doit être facilité par l'introduction de deux tubes parallèles ; le liquide destiné à laver la cavité poussé par un tube, sortira par l'autre. Les drains doivent être assez longs pour toucher le fond de la cavité. Ils doivent être fixés. Le lavage antiseptique de la cavité après l'ouverture, est sans contredit une des précautions les plus importantes à prendre. M. Bouilly emploie le chlorure de zinc pour ces lavages. Les solutions à l'acide phénique et au sublimé, sont facilement absorbées par le foie et pourraient provoquer des accidents d'intoxication. On n'a cependant rencontré qu'un exemple d'empoisonnement par l'acide phénique. Un lavage avec une solution forte est de rigueur. Il doit être fait immédiatement après l'ouverture. Comme pour la pleurotomie antiseptique, M. Bouilly prescrit les lavages répétés tous les jours avec les solutions faibles.

Quant au pansement, voici celui employé par M. Bouilly : on applique en premier lieu de la gaze iodoformée en contact avec la plaie, pardessus on met une grande couche de gaze de Lister chiffonnée. De cette façon la gaze est très propre à la compression. On doit avoir soin de mouiller cette gaze dans de l'eau phéniquée faible et d'exprimer parfaitement. On applique sur cette couche de gaze un sachet de cellulose au sublimé. Le sachet est formé par de la tarlatane ordinaire dans laquelle on enferme la cellulose. Cette substance qui est tout simplement de la sciure de bois rendue antiseptique au moyen du sublimé, offre des avantages réels, parmi lesquels nous devons surtout signaler la propriété qu'elle a d'absorber les liquides ; ce qui permet de laisser le pansement en place pendant deux ou trois jours, malgré une suppuration abondante. Le pansement est maintenu au moyen d'une bande de tarlatane mouillée. Il faut le changer toutes les fois qu'il est tra-

versé de pus. Ce pansement n'est pas couvert par un imperméable (Mackintosh ou taffetas gommé).

PRONOSTIC DU TRAITEMENT

Le pronostic des collections purulentes du foie incisées antiseptiquement est des plus favorables. Sur 83 observations recueillies, nous avons 75 guérisons et 9 morts.

La guérison a lieu en trois semaines minimum, deux mois maximum, 35 à 40 jours en moyenne.

Si nous passons maintenant aux 9 cas de mort, devons-nous les compter tous comme défavorables à l'incision ou comme des succès réels? Je ne le pense pas. Car, en dehors du cas de M. Néron qui n'a cependant pas donné tous les détails de l'autopsie, nous trouvons dans tous les autres, les causes de la mort. Le malade de Ralfe présente à l'autopsie une congestion pulmonaire et de la pleurésie, de plus son foie est légèrement dégénéré. Le malade de Bandekerver présente une infiltration granuleuse grisâtre et de nombreux petits abcès disséminés dans le foie, et de plus des ulcérations intestinales; chez le malade de Macleod, il existe deux abcès et le tissu hépatique est remarquable par sa friabilité. La nécropsie n'a pas été faite chez le malade de Furnell, mais l'histoire clinique du malade, la dysenterie antérieure, l'inflammation répétée du foie, l'écoulement abondant du pus après un temps d'amélioration font penser également à l'existence de plusieurs abcès hépatiques. L'état de faiblesse, les maladies antérieures, le caillot fibrineux trouvé dans l'artère pulmonaire du malade de Sir Fayer expliquent sa mort. Henderson explique la mort du sien par l'infiltration purulente du tissu hépatique et l'existence de plusieurs petits abcès, le foie graisseux et les ulcérations locales.

Reste le cas de M. Kirmisson. La pyohémie à laquelle le malade a succombé est attribuée par M. Kirmisson au traumatisme antérieur. M. Kirmisson se réserve de faire, de son observation, le sujet d'une étude à part à cause des détails intéressants que je ne reproduis pas comme étrangers à ce sujet spécial, et à cause des questions importantes de pathologie générale qu'elle soulève. Mais au point de vue particulier qui nous occupe on peut dire que la méthode employée a donné un succès puisque le malade n'a jamais souffert du ventre.

On voit donc en dernière analyse que les 9 succès n'en sont pas tous et que presque tous reconnaissent une cause autre que l'incision. En somme, lorsque l'incision et le lavage ont été convenablement faits, lorsque le drainage a été assuré et le pansement changé à fur et à mesure qu'il se salit, on n'a pas à craindre d'accident grave. Au contraire,

le premier jour de l'opération, on voit la fièvre baisser, le sommeil et l'appétit revenir, les douleurs disparaître, les forces reprendre. Mais si les symptômes ne s'amendent pas, si la fièvre réapparaît le soir ou le lendemain de l'opération, c'est qu'on est en présence d'une infiltration purulente du foie ou d'abcès multiples au nombre de deux au moins. Dans le premier cas, tous les traitements n'y pourront rien ; dans le second, le chirurgien doit chercher le siège de l'abcès et vider cet abcès par une autre incision ou par agrandissement de la première.

CONCLUSIONS

1° L'incision méthodique, large et directe, à l'aide d'un instrument tranchant, est le traitement qui convient le mieux dans les collections purulentes du foie (abcès ou kystes hydatiques abcédés).

2° L'incision doit être faite aussitôt que la présence du pus a été constatée par ponction exploratrice.

3° On doit pratiquer le lavage de la cavité et en assurer le drainage.

4° Le tout doit être fait avec les précautions antiseptiques usuelles.

5° On ne doit pas se préoccuper de la présence ou l'absence des adhérences.

DR G. B. FARIBAULT,
11 Place du Panthéon, Paris.

Le *céréus grandiflorus* ; son emploi dans le traitement de certaines affections cardiaques et autres.

Par M. le Dr MELVILLE E. DE LAVAL, Lake Linden, Michigan.

Le *céréus grandiflorus* appartient à la famille des cactus, famille disséminée plus ou moins dans les Indes du Sud.

L'emploi du *céréus grandiflorus* dans le traitement de plusieurs affections notamment de celles dites fonctionnelles du cœur n'est pas nouveau, car nous voyons que les propriétés pharmaceutiques et thérapeutiques de cette plante étaient connues en 1868.

Quoique les propriétés thérapeutiques du *céréus grandiflorus* aient été l'objet de sérieuses études, il est reconnu cependant que ces propriétés doivent être le sujet de futures investigations dans le but de préciser d'une manière certaine leur valeur réelle.

Seuls les faits cliniques peuvent fixer la valeur comme agent thérapeutique du *céréus* et dans ce moment nous n'avons, sur ce remède, que des données incertaines.

Mais d'un autre côté ce que l'on connaît du *céréus grandiflorus*, de ces effets comme agent thérapeutique, dans le traitement de plusieurs

affections, me portent à croire, que la matière médicale possède en cet agent, un moyen curatif des plus précieux.

Employer et vanter les effets curatifs d'un agent thérapeutique pendant quelques temps, ensuite le releguer à l'oubli, telle est souvent l'habitude des savants, quitte à se passionner pour un autre.

Comme nous l'avons vu, l'usage du *cactus grandiflorus* en médecine, date depuis plusieurs années, car en 1868, Rubini, (N.Y., *Medical Record*, septembre, page 290, séries de 1868), l'employait dans le traitement des palpitations fonctionnelles du cœur.

Kunge, à la même époque, en préconisait l'emploi dans le traitement des affections cardiaques et dans l'angine pectorale.

À part les observations de ces médecins, les observateurs qui comme eux ont étudié les propriétés thérapeutiques du *céréus*, ont fait connaître d'autres propriétés de cet agent.

Les observations de Rubini et Kunge, donnèrent lieu à une foule d'essais d'emploi du *céréus grandiflorus* dans le traitement d'une foule d'autres affections, à part de celles du cœur.

Nous voyons qu'en 1878, Gross publiait le résultat d'une série d'observations sur le *céréus* et en préconisait l'emploi dans les affections cardiaques; il nous dit qu'il l'avait employé avec succès dans l'hypertrophie du cœur avec dilatation, aussi dans certains cas où il existait une affection sympathique du plexus cardiaque accompagnant une affection utérine, de plus il l'employait dans les affections fonctionnelles du cœur, observées dans la dyspepsie et l'indigestion.

De plus, Kunge nous dit l'avoir employé dans les cas de palpitations excessives, aussi dans les cas où ces palpitations étaient dues au nervosisme.

Wright croit que le *céréus grandiflorus* a une excellente action sur le pouls lorsque celui-ci est intermittent comme par l'abus du tabac, etc.

À ce sujet, je puis ici rapporter une observation qui m'est propre. Un jeune enfant fumeur invétéré, souffrait de palpitations du cœur, pouls très intermittent; j'avais essayé plusieurs remèdes dans le but de remédier à ces symptômes qui sans avoir une extrême gravité, étaient devenus pour l'enfant et les parents une source de craintes continuelles. Après avoir essayé plusieurs remèdes en pure perte, j'obtins par l'usage du *céréus grandiflorus* l'effet requis et la cessation de tous les symptômes observés jusqu'alors.

D'après certains médecins on a obtenu dans le traitement des symptômes cardiaques observés durant une attaque de rhumatisme articulaire aiguë d'excellents résultats par le *céréus*. C'est dans les

cas où cette affection est accompagnée d'une douleur précordiale que l'on a observé ces résultats.

Pitzer emploie le *céréus* dans les cas de faiblesse sexuelle et d'après lui cet agent agit directement sur le plexus cardiaque et augmente la nutrition de ce viscère (cœur). Ces assertions sont-elles véritables, elles peut être non, mais semblent être bien fondées.

Nul ne peut douter des propriétés sédatives du *céréus grandiflorus*, mais il est une autre propriété très précieuse qui est d'un grand secours dans le traitement des affections, soit fonctionnelles ou organiques du cœur, c'est celle d'être un diurétique très puissant.

Dans les cas où l'affection cardiaque est accompagnée d'œdème ou même d'ascite, l'emploi du *céréus grandiflorus*, permet au patient, tout en diminuant les symptômes les plus sérieux, d'espérer même, sinon la guérison, au moins une atténuation à ses souffrances.

Dans le même cas, accompagné ou non de chlorose, l'emploi du *céréus grandiflorus* est tout indiqué, car nous pouvons par lui faire disparaître ces palpitations cardiaques, aider à la nutrition du cœur et régulariser ses fonctions.

De même, nous employons avec succès le *céréus* dans l'angine pectorale, mais dans le traitement de cette affection, il n'a pas l'action rapide de la glonoïne (nitro glycerine), mais il peut, en régularisant le cœur, prévenir les accès.

De même son emploi doit être préconisé dans les névralgies cardiaques, les affections valvulaires, aussi dans les hémoptysies d'origine cardiaque.

Employé comme diurétique dans l'ascite, son emploi est suivi d'un succès d'autant plus grand que cette affection a pour cause une affection cardiaque.

Dans le traitement de l'œdème observée quelque fois après une scarlatine, le *céréus* ne m'a pas donné d'aussi bons résultats que dans le traitement de l'œdème d'origine cardiaque. Je n'en puis dire ici la cause, peut-être a-t-il donné à d'autres observateurs de meilleurs résultats.

Avant de terminer cette petite étude, je rapporterai le résultat des observations de Orlando Jones. Parlant de l'action du *céréus grandiflorus*, cet éminent observateur nous dit que la digitale d'après Lauder Brunton :

- 1^o Excite le nerf vague.
- 2^o Cause une dépression dans l'action de l'appareil vaso-moteur des artères rénales.
- 3^o Réaction sur le nerf vague, fatigue des ganglions, faiblesse

du cœur, et comme nous dit plus loin Michel Bruce, arrêt de la circulation.

Nous voyons alors que si telle est l'action de la digitale, celle du *céréus grandiflorus* est toute opposée, car l'action finale du *céréus* a pour effet d'augmenter les forces cardiaques et d'augmenter par là et de rendre plus forte la circulation du sang.

Comme on vient de le voir, la digitale doit être employée dans les affections sthéniques du cœur, là où il existe une super-stimulation de cet organe, et le *céréus* dans les affections asthéniques là où la stimulation est nécessaire pour combattre la faiblesse des contractions cardiaques.

Comme je l'ai dit plus haut, la science ne connaît pas encore d'une manière certaine toute les propriétés du *céréus grandiflorus*, mais les observations récentes dans le traitement de plusieurs affections, nous font prévoir que dans un temps très rapproché, l'usage du *céréus grandiflorus* sera plus connu et son action mieux étudié qu'aujourd'hui.

M. E. de LAVAL M. D. Victoria,

Membre de la Société Médicale N. R., Houghton Co. Mich.

Membres hon. Société Medico Chirurgicale de la Nouvelle Angleterre.

Clinique Chirurgicale du Dr. Hingston,

Interne de l'Hôtel-Dieu.

Notes prises par M. ARMAND HUDON, M.B.

Mercredi le 16 septembre, la Société Médicale du Canada venait visiter l'Hôtel-Dieu. Après avoir parcouru les différentes salles de malades le Dr Hingston donna à la salle d'opération sa clinique habituelle à laquelle assistaient tous les membres du Congrès. Le premier cas présenté fut une tumeur de la rate, dont le diagnostic avec tous ses symptômes, ses causes et ses raisons fut fait sur le champ. Le Docteur Hingston expliqua la manière dont il se prenait pour diagnostiquer les cas des tumeurs abdominales, surtout les tumeurs ovariennes. "Je me sers toujours, dit-il, pour ces derniers cas de la voie d'exclusion parce que je la considère comme la plus sûre et la plus rationnelle." Au moyen de la percussion le savant clinicien limite-tous les organes environnant les ovaires, et après les avoir exclus les uns après les autres arrive à la conclusion que c'est la rate qui est en faute. Le Docteur Bryant du "Guy's Hospital" d'Angleterre approuva toutes les remarques du Dr Hingston et confirma son diagnostic: puis nous passâmes au second cas qui était une carie de la tête du fémur.

Un jeune enfant âgé de 9 ans tomba il y a 4 ans du haut d'un escalier : la jambe lui resta fléchie et devint 6 à 7 pouces plus courte que l'autre : depuis deux ans un trajet fistuleux s'est formé, entretenant continuellement la suppuration : le Dr Hingston diagnostiqua la carie de l'os et la résection de la tête du fémur fut décidée. Le Dr Hingston dans deux coups de scalpel ouvrit la capsule articulaire, les ligaments interarticulaire et cotyloïdien : avec les écarteurs de Péan sortit de la cavité cotyloïde la tête du fémur qui était cariée jusqu'au grand trochanter : La résection étant faite on désinfecta la plaie, puis le chirurgien y introduisit de l'étope imbibée du baume du Perou sans y faire aucune suture.

Le 3e cas présenté fut un cas de "lipome" Madame X de Lancaster avait ce lipome depuis plusieurs années et la position (le creux de l'aisselle) qu'occupait cette tumeur la gênait considérablement. Le Docteur Hingston fit une large incision et sortit une tumeur graisseuse assez considérable : elle pouvait peser une livre et six onces. Le pansement et les sutures faites l'opération avait duré 7 minutes.

Cette malade a laissé l'hôpital 6 jours après son opération pour retourner chez elle et il y a tout lieu d'espérer que sa plaie guérira par première intention.

ARMAND HUDON, *Interne.*

MEDECINE

De la Tuberculose

La séance de clôture du Congrès a eu lieu samedi, décidant que la prochaine session aura lieu à Paris, en 1893, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Dans cette dernière séance, le Congrès a voté plusieurs résolutions importantes, résumant les divers *desiderata* qui ont été formulés au cours des discussions. En voici le texte :

10 Il serait nécessaire de voir tous les gouvernements inscrire dans leurs réglemens sanitaires, les mesures les plus efficaces pour empêcher l'extension de la tuberculose bovine.

20 Il y a urgence d'établir un service d'inspection des viandes dans toutes les villes, sans exception, pourvues d'un abattoir public.

30 Il y a lieu également de supprimer tous les abattoirs privés dans les agglomérations de plus de 5,000 habitants et de les remplacer dans

le plus bref délais possible par des abattoirs publics communaux ou cantonaux.

4° Comme en 1888, le Congrès pense qu'il y a lieu de poursuivre par tous les moyens possibles, y compris l'indemnisation des intéressés, l'application générale en principe de la saisie et de la destruction totales, pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées sur ces animaux.

(A ce sujet, M. le professeur Arloing a indiqué les moyens suivants, comme capables de permettre aux pouvoirs publics d'arriver à la solution de la question.

a) La viande des animaux tuberculeux, dans tous les cas indistinctement, ne sera jamais livrée à la consommation à l'état frais ;

b) Lorsque la qualité de cette viande légitimera son utilisation, celle-ci sera précédée de la stérilisation ou d'une transformation par une application suffisante de la chaleur, ou bien salée, suivant les lieux et les circonstances, avant de servir à l'alimentation ;

c) La moins-value résultant de ces transformations ou modifications sera compensée par une indemnité ;

d) L'indemnité proviendra d'une légère taxe prélevée sur toutes les têtes de bétail sacrifiées sur le territoire et soumises à l'inspection ;

e) Les communes surveilleront l'abattage, comme cela a lieu déjà dans plusieurs pays, la Belgique et le grand-duché de Bade entre autres.

5° Comme en 1888, le Congrès a insisté sur la nécessité de soumettre à une surveillance spéciale les vacheries consacrées à la production industrielle du lait destiné à être consommé en nature, pour s'assurer que les vaches ne sont pas atteintes de maladies contagieuses. — la tuberculose entre autres — susceptibles de se communiquer à l'homme.

6° Les locaux dans lesquels ont habité ou sont morts les tuberculeux doivent être désinfectés par mesure administrative.

7° Il y a lieu d'introduire dans les nouvelles *Instructions du Congrès de la tuberculose*, un paragraphe concernant la désinfection des crachats dans toutes les maladies à expectoration.

8° Le Congrès, considérant les excellents résultats donnés par le séjour des tuberculeux au bord de la mer, donne son complet assentiment à l'*Œuvre des hôpitaux marins*.

De l'ingestion de grandes quantités d'eau dans fièvre typhoïde

Le "lavage interne de l'organisme" au moyen d'injections sous cutanées de solution dite physiologique de chlorure de sodium, d'après la méthode de Sahi (Voir *Semaine médicale*, 1890, annexes p. CLPX), étant, malgré ses excellents effets, d'une application pratique assez difficile, MM. les docteurs Michtheim, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Donigsberg, et Valentin, assistant de cette clinique, ont cherché à le remplacer, chez les dothiéntériques, par le procédé plus simple de l'ingestion par la bouche de grandes quantités de boissons aqueuses, procédé déjà préconisé en France, il y a nombre d'années.

Le malades de nos confrères de Konisberg ingéraient dans les vingt-quatre heures deux litres de lait et une solution de 200 grammes de sucre de lait dans 1 ou 2 litres d'eau ; en outre, on les incitait à boire autant que possible d'eau fraîche. Ces grandes quantités de liquide, toujours bien supportées, ont exercé dans tous les cas une action favorable des plus manifestes ; la somnolence disparaissait ; la langue redevenait humide et on notait même un certain abaissement de la température fébrile. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures augmentait jusqu'à 5,000, 6,000 et 6,500 c. c. La coloration de cette urine était normale, jaune paille.

Ajoutons que tous les malades soumis à ce lavage interne de l'organisme étaient, en outre, traités par la balnéation systématique et prenaient de la phénacétine pour combattre l'hyperthermie.

(*La Semaine médicale.*)

Injections rectales d'eau minérale contre la diarrhée chronique.

Polaczek (*Berl. klin. Wochenschrft.*, 1891) se sert dans ce but de l'eau de Carlsbad (à 38-42°C.) qu'il donne en lavements de 200-250 gr., d'abord une fois et ensuite deux fois par jour : la diarrhée chronique cède rapidement à ce traitement.

(*Les Nouveaux Remèdes.*)

THERAPEUTIQUE

Dangers de l'emploi du salol.

Le salol est généralement considéré comme une drogue inoffensive. Mais comme son emploi s'est beaucoup généralisé dans ces derniers temps comme antiseptique interne (affections gastro-intestinales, fièvre typhoïde, blennorrhagie), comme antirhumatismal, antinévralgique, il n'est pas mauvais d'attirer l'attention sur les dangers que peut entraîner son usage. On connaît le cas du Dr Henelbach, qui observa chez une jeune fille rhumatisante un empoisonnement mortel par le salol, l'autopsie montra de graves lésion rénales; celui de Aufrecht et Boehm, dans lequel la mort paraît être résultée de son emploi dans l'endocardite aiguë.

M. Chlabowski rapporte le fait suivant qui semble bien étrange: Une fille publique, âgée de 30 ans, souffrait beaucoup de troubles gastriques. Voulant apprécier le pouvoir moteur de l'estomac suivant la méthode d'Edwald, il lui administra un gramme de salol. La malade ne tarda pas à s'agiter; elle perdit connaissance, les pupilles se dilatèrent; le pouls devint irrégulier, et il survint des vomissements continuels. L'urine noirâtre contenait de l'acide salicylique. Au bout de douze jours, la malade succomba. A l'autopsie on trouva les lésions suivantes: gastrite et entérite hémorragiques, ulcère rond du cardia cicatrisé; endométrite chronique et kyste de l'ovaire.

M. Chlabowski ne met pas en doute que les symptômes toxiques ne soient dus à cette faible dose de salol. Il en conclut qu'il faut tâter la susceptibilité personnelle des malades à l'égard de ce médicament et que l'on ne doit se servir de la méthode d'Edwald qu'après s'être assuré de l'état général du malade et après avoir soigneusement examiné ses urines.

Les accidents paraissent dus à une intoxication par l'acide phénique qui se produit par un dédoublement du salol. Ce dernier renferme 40 pour 100 d'acide phénique, lequel détermine de graves désordres sur les reins, d'où les accidents urémiques observés dans ces cas d'ailleurs rares.

(Formulaire Mensuel.)

Diminution de la puissance virile par l'emploi interne des antiseptiques et surtout de l'acide salicylique.

Le Dr Venden Corput (de Bruxelles) attire l'attention sur la diminution de la puissance virile qu'il a observée chez des malades aux-

quels il avait prescrit des antiseptiques, tels que l'acide salicylique, la quinine, le menthol, l'acide phénique. L'auteur suppose que ces antiseptiques agissent sur les éléments pigmentés du sang et sur les cellules séminales comme sur les organismes inférieurs. Les spermatozoïdes deviennent, en effet, complètement immobiles sous le microscope, tout comme les leucocytes qui perdent leurs mouvements amiboïdes et ne peuvent effectuer leurs migrations.

L'acide salicylique agit de la même manière sur l'ovaire pour allonger la période menstruelle.

Formulaire Mensuel.

Emploi thérapeutique de l'hydrogène sulfuré

Le Dr Berliner (de Hambourg) a traité une vingtaine de cas de pityriasis versicolor et de psoriasis par des applications d'une pommade au bisulfure du calcium préparée avec de la vaseline, l'axonge, et une solution de bisulfure de calcium contenant 5 p. 100 d'hydrogène sulfuré à l'état libre. Il a employé deux sortes de pommade, une forte, comprenant 2 p. 100 d'hydrogène sulfuré libre, et une faible n'en contenant que 1 p. 100. Ce topique s'est comporté comme spécifique dans les cas de pityriasis versicolor ; son emploi a donné d'excellents résultats dans les cas de psoriasis et d'eczéma séborrhéique. Contre ces mêmes dermatoses, les eaux sulfureuses sont réputées être très efficaces.

Bulletin Formulaire Mensuel.

De l'usage interne de la résorcine.

H. Menck (*Contrib. f. klin. Med.*, 1891, n° 21) prescrit la résorcine (0gr.3-0gr.5 : 100 eau), à la dose d'une cuillerée à café toutes les 2 heures, dans tous les cas de diarrhée infantile : les vomissements cessent rapidement, les selles s'espacent et acquièrent une consistance plus ferme, l'état général s'améliore. Une solution à 1 0/0 fait disparaître les vomissements dans le choléra nostras et imprime à la maladie une marche plus favorable ; aussi l'auteur la croit-il indiquée aussi dans le choléra asiatique. Dans les gastrites de n'importe quelle forme, quelques cuillerées à dessert d'une solution de résorcine à 1 0/0 suffisent pour faire cesser la douleur à la région épigastrique, la gastralgie et les renvois, ce qui fait présumer que son efficacité n'est pas due seulement à son action antiseptique, mais qu'elle exerce en même temps une influence sédative et analgésique. Elle est indiquée dans tous les cas de gastrite, de dyspepsie, de troubles gastriques chroniques s'accompagnant d'hypersécrétion de suc gastrique, et surtout dans les gastrites

chroniques : les renvois cessent, la lourdeur épigastrique disparaît, le sommeil devient meilleur, l'appétit et la digestion normale réapparaissent. Ce qui distingue favorablement la résorcine de tous les autres stomachiques, c'est qu'on peut l'associer aux alcalis aussi bien qu'aux acides. En outre l'auteur se sert de la résorcine contre le vomissement de la grossesse, dans la péritonite et contre le mal de mer. Pour prévenir le mal de mer, on prend, avant de monter sur le vapeur, 3 cachets de résorcine à 0gr,1 ogr,15 (à 2 heures d'intervalle) et on la continue à la même dose et aux mêmes intervalles pendant le premier jour de voyage. Le mal de mer survient-il tout de même pendant le voyage, on prend de nouveau la résorcine à la même dose, à 1 heure d'intervalle. L'auteur s'est aperçu que le sommeil survient même chez des enfants turbulents traités par la résorcine. Ce qu'il importe avant tout, c'est de n'employer que des préparations absolument pures : aussi prescrit-il toujours la résorcine pure blanche bisublimée.

Les Nouveaux Remèdes.

De l'action cardio-tonique de la quinine.

A l'encontre de l'opinion accréditée universellement d'après laquelle la quinine serait un dépressif de l'énergie cardiaque, *F. E. Hare* (*Lancet* 23 avril 1891) la considère comme un des meilleurs stimulants du cœur surtout dans les derniers stades de la fièvre typhoïde, la phtisie avancée la pneumonie fibrineuse, la broncho-pneumonie et dans toutes les affections chirurgicales s'accompagnant de fièvre débilitante. Dosage : 0gr,18-0gr,30-0gr,42 de quinine toutes les 3 heures, chaque fois que le pouls est supérieur à 120 par minute. Le ralentissement des battements cardiaques survient ordinairement assez lentement (après 24 heures dans la fièvre typhoïde), mais se maintient 2-3 jours après la suspension du médicament.

Les Nouveaux Remèdes

Sur l'action hypnotique des poudres effervescentes.

Stefani étudia l'action physiologique et thérapeutique d'un mélange, à parties égales, de carbonate de soude et d'acide tartrique. Dans 23 expériences il administra ce mélange à la dose de 3-6 grammes (exceptionnellement jusqu'à 12 gr.) à 16 sujets bien portants, quelques heures après le repas. Phénomènes observés : lourdeur à l'épigastre, renvois et seulement après des doses très élevées (20 gr.), envies de vomir et gastralgie ; rien du côté des intestins, et seulement beaucoup plus tard des horborygmes et des coliques ; comme phénomènes généraux : quelques troubles vaso-moteurs (rougeur de la face et des oreilles, sen-

sation de chaleur dans tout le corps), légère augmentation de la fréquence de la respiration, qui n'est que passagère, lourdeur de tête, bourdonnement des oreilles et légère somnolence. L'action thérapeutique du mélange effervescent fut essayée, à 124 reprises, sur 40 sujets atteints de maladies mentales et qui souffraient entre autres d'insomnie; le médicament était donné vers le soir. Le sommeil survenait chez eux, dans la plupart des cas, une demi-heure après l'administration du mélange, plus rarement dans la première heure, encore plus rarement dans la deuxième heure et tout à fait exceptionnellement après la deuxième heure. Le sommeil était étranquille, mais non profond; sa durée d'ordinaire de cinq à six heures, n'était pas proportionnelle à la dose administrée. Le sommeil survenait plus facilement chez les jeunes hommes que chez les vieillards. Dosage: 6 grammes dans la majorité des cas. Le sommeil est dû à l'acide carbonique dégagé par le mélange effervescent et à son action anesthésique sur les cellules ganglionnaires du cerveau.

Les Nouveaux Remèdes

Les Naphthols

On distingue le naphthol A et le naphthol B. Bien qu'isomère, ces deux naphthols diffèrent entre eux par leur solubilité dans l'eau bouillante, leur densité, leur point de fusion: le premier cristallise en aiguilles brillantes blanches, d'une odeur de phénol, d'une saveur piquante, d'une densité de 1,224, fusibles à 94°; le second forme des lamelles brillantes, fort peu solubles dans l'eau, même chaude, d'une densité de 1,217, fusibles à 123°.

Il résulte des dernières expériences que le naphthol A est préférable au naphthol B; il est beaucoup moins toxique, et sa valeur antiseptique est supérieure.

En raison de ses propriétés antiseptiques le naphthol a été employé :

A l'extérieur :

Dans le traitement de certaines affections parasitaires de la peau. Sans posséder une supériorité marquée sur les autres agents, il présenterait l'avantage de ne jamais produire d'éruption et de combattre efficacement le prurit qui accompagne la plupart des maladies cutanées. En outre, les solutions dépourvues d'odeur, n'incommode pas les malades, tout en agissant comme un puissant désinfectant: elles préviennent et arrêtent toute fermentation et sont moins douloureuses que les solutions phéniquées.

M. Kaposi, de Vienne, qui a tenté les premiers essais, a démontré que, dissout dans un corps gras, même à la dose de 10 à 20 pour 100,

il ne produisait aucune irritation sur une peau saine, mais qu'en contact avec un eczéma, il déterminait au contraire, une inflammation aigue, même à 1 pour 100.

Il ne colore ni la peau, ni les cheveux; mais, au contact de l'air, le lin et le coton prennent une teinte rose, puis rouge, qui disparaît par le lavage à l'eau chaude et au savon. Il est rapidement absorbé, mais son élimination par les urines a lieu plus lentement. Auesi, vu sa toxicité, doit-on prévenir les phénomènes de résorption qui peuvent résulter de son accumulation dans l'économie et éviter de l'appliquer sur des malades, dont les fonctions renales ne se font pas régulièrement. Pour empêcher les effets cumulatifs, M. Kaposi l'emploie dans le prurigo et l'ichthyose, sous forme de savon à 2 pour 100. Des frictions pratiquées chaque soir, avec ce savon, pendant cinq à six jours, guériraient rapidement l'herpès tonsurant. Dans le traitement du favus, ces frictions seront pratiquées alternativement avec le savon sulfureux et le savon au naphthol. Enfin, deux frictions seulement suffiraient en un jour pour guérir la gale. Dans le psoriasis, on doit d'après M. Kaposi, lui préférer la chrysarobine et l'acide pyrogallique.

M. Rapen, de Vienne, a employé la pommade naphtolée au 10e, suivie d'un pansement occlusif, contre la gale, et a obtenu la guérison en vingt-quatre heures. Au 20e, elle réussirait aussi fort bien contre le prurigo. Enfin pour éviter les inconvénients du naphthol dans le traitement prolongé de l'eczéma, il conseille d'alterner la pommade simple, toutes les trois ou quatre semaines.

On a recommandé la solution aqueuse à 30 centigrammes pour 30 grammes, pour desodoriser et déterger les ulcères indolents, les plaies, et aussi en injections vaginales dans la leucorrhée, le carcinome utérin, les affections blennorrhagiques : de même pour désinfecter les matières fécales des fébricitants et les chambres des malades.

20 Dans l'ophtalmie purulente et les granulations de la conjonctive.

Dans le premier cas, Panas conseil de faire chaque jour des lotions avec la solution suivante :

Naphthol A.....	30 centigrammes.
Alcool.....	25 grammes.
Eau distillée.....	1000 —

Dans le second cas, il applique sur la conjonctive une pommade renfermant, suivant la gravité de l'affection, 10 à 30 centigrammes de naphthol pour 30 grammes de vaseline.

A l'intérieur :

1° Dans la fièvre typhoïde, comme antiseptique intestinal. Sous son influence, les selles perdent complètement leur odeur infecte et leur nombre diminue; la fièvre, la stupeur, le météorisme, disparaissent insensiblement : on ne constate aucun phénomène pénible, ni éruption, ni dysurie. On peut le prescrire chez l'adulte de différentes manières :

Salicylate de bismuth.....	} 10 grammes.
Naphtol.....	
Magnésie.....	

Divisez en 30 cachets ; de 2 à 5 par jour.

a). Sous forme de cachets à la dose fractionnée de 2 ½ à 3 grammes par jour; b). Sous forme de granules que l'on fait prendre par cuillerée à dessert d'heure en heure; c). Simplement en poudre associé au sucre, comme dans la formule suivante :

Naphtol B.....	2 gr. 50
Charbon de Belloc	5 gr.
Salicylate de bismuth.....	2 50
Sucre.....	q. s.

Chez les enfants, on prescrit, soit la poudre, soit les cachets.

Naphtol.....	} 2 gr. 50.
Salicylate.....	

Pour 10 cachets, à prendre de deux en deux heures.

La poudre peut être administrée dans du lait sucré ou dans la potion du Todd.

2° Dans les dyspepsies, les dilatations de l'estomac, les empoisonnements putrides, la typhlité, la dysenterie, les maladies avec insuffisance hépatique ou rénale, l'hyperthermie. M. Bouchard l'associe au salicylate de bismuth.

3° Dans les pleuresies avec ou sans épanchement, dans la pneumonie, dans les kystes hydatiques. On l'utilise, dans ces cas, sous forme d'injections, d'après la formule suivante :

Naphtol B.....	5 grammes.
Alcool à 90°.....	33 —
Eau distillée chaude.....	q. s. pour faire 100 cc.

(Bulletin médical)

CHIRURGIE.

Traitement chirurgical des rétractions musculaires

SUCCÉDANT AUX CONTRACTURES SPASMODIQUES

J'ai déjà publié sur ce sujet en 1888, dans la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, un travail intitulé : *De l'intervention chirurgicale dans certains cas de rétraction musculaire succédant à la contracture spasmodique.*

Dans cette première publication inspirée par M. le professeur Charcot, qui m'avait confié plusieurs malades atteints d'attitudes vicieuses des membres par rétraction musculaire, j'étais arrivé à plusieurs conclusions intéressantes.

La première et la plus importante est la suivante : lorsque, à la contracture spasmodique de certains muscles, succède un état nouveau qui est la rétraction indélébile, le muscle a conservé presque intégralement ses propriétés et ne demande pour entrer en jeu que de pouvoir se contracter. Par conséquent, si on sectionne ce muscle et si on mobilise l'articulation, la fonction se reproduira et bientôt l'organe reprendra sa vigueur normale.

Une seconde remarque, également intéressante, consiste dans ce fait que, dans cette maladie, les mouvements sont gênés non seulement par la rétraction musculaire qui entretient l'attitude vicieuse et contre laquelle il n'y a pas de remède médical, mais aussi par des lésions articulaires ou péri-articulaires.

Ces lésions articulaires paraissent dues principalement à un épaississement des capsules et du tissu fibreux périphérique. Or, il suffit de violenter ces parties indurées, de les tirailler, de les assouplir par des massages ou des mouvements forcés, pour rétablir complètement leur souplesse et par suite la mobilisation de la jointure.

Le traitement chirurgical se résume donc en ces deux formules : section du muscle contracturé, mobilisation de l'articulation.

Les exemples que j'ai déjà rencontrés et dont plusieurs ont été publiés, montrent que, la première de ces deux manœuvres, la section portant sur les tendons du muscle ou sur ses attaches osseuses, suffit pour faire disparaître l'attitude vicieuse et rendre à l'articulation ses mouvements. Par l'exercice méthodique et l'électrisation appliquée avec une grande prudence, les muscles retrouveront leur vigueur normale.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Charcot, j'ai pu étudier deux nouveaux faits qui viennent à l'appui de mon premier travail.

Dans le premier cas il s'agit d'une double rétraction des muscles de la jambe et de la cuisse ayant succédé à une contracture due à une myélite transverse.

La seconde observation concerne une rétraction des muscles de la cuisse gauche survenue à la suite d'une hémiplegie succédant à une hémorragie cérébrale.

Ces deux malades, qui étaient absolument impotentes et gardaient le lit avec une attitude vicieuse et permanente des jambes, sont actuellement guéries et marchent facilement.

OBs. I.—*Contracture des muscles postérieurs de la cuisse succédant à une hémiplegie. — Rétraction secondaire des muscles. — Section des tendons au niveau du creux poplité. — Mobilisation du genou. — Rétablissement de la fonction du membre.*

Mme M..., âgée de trente-trois ans, très nerveuse, est venue une première fois à Paris en 1883. A cette époque, elle présentait des accidents variés d'hystérie : parésie des membres inférieurs, intolérance gastrique ; anémie très prononcée.

Améliorée par un traitement approprié, elle retourne à Lisbonne en 1884, où elle reste assez bien portante pendant quelque temps.

En 1887, surviennent de nouveaux accidents plus graves. Une hémiplegie du côté gauche, probablement causée par une hémorragie cérébrale, apparaît brusquement. Bientôt un goitre exophthalmique se développe, avec saillie considérable des yeux et troubles cardiaques très inquiétants. L'œil gauche, en particulier, était tellement sorti de l'orbite, que la cornée présentait, pendant plusieurs semaines, des ulcérations qui ne guérirent complètement qu'avec une diminution notable de l'exophthalmie et laissèrent d'ailleurs des cicatrices indélébiles.

Dans le courant de l'année 1888, la malade revient à Paris, pour consulter M. le professeur Charcot et se confier aux soins de M. le Dr Rambault.

A cette époque, l'hémiplegie gauche persistait en partie ; le bras gauche était à peu près complètement inerte. Du côté du membre inférieur, on observait les phénomènes suivants : la jambe était entièrement fléchie sur la cuisse, le pied dans l'extension : un amaigrissement considérable.

Quand on cherchait à étendre la jambe, on obtenait un léger résultat aussitôt limité par la tension des muscles postérieurs de la cuisse. Les tendons qui limitent le creux poplité étaient rigides comme des cordes.

La région du genou présentait des altérations appréciables : la rotule

était immobilisée et les tissus périphériques de l'articulation étaient indurés.

M. le professeur Charcot conseilla d'opérer la section des tendons et de redresser la jambe dans un appareil plâtré.

L'opération fut pratiquée le 27 avril 1889, sous l'influence du sommeil anesthésique. Les tendons du côté externe et ceux du côté interne du creux poplité furent sectionnés au moyen d'un petit ténotome mousse. Un redressement modéré de la jambe fut maintenu provisoirement avec de la ouate et une bande de tarlatane un peu serrée.

Au bout de huit jours la cicatrisation étant assez avancée, j'appliquai une gouttière plâtrée ; après avoir exercé quelques violences qui procurèrent une extension intermédiaire entre la flexion à l'angle droit et l'extension complète. Cet appareil fut très bien supporté.

Le 25 juin je posai un appareil, semblable après avoir obtenu, par des pressions assez fortes, l'extension presque complète. Le sommeil chloroformique fut nécessaire pour obtenir ce résultat : la résistance venait en effet, non plus des muscles rétractés, dont on ne sentait plus les tendons saillants sous la peau, mais des tissus péri-articulaires épaissis et indurés. Des lors l'anesthésie était évidemment indiquée.

Enfin le 1^{er} septembre une dernière gouttière fut appliquée ; l'extension complète avait été préalablement obtenue sans anesthésie. Cet appareil resta en place jusqu'au 20 septembre ; à cette époque il fut enlevé et la malade commença à marcher avec des béquilles.

En octobre 1890, M. le Dr Rambault vit la malade et me donna, dans une note manuscrite, les renseignements suivants sur son état actuel : " La jambe pouvait s'étendre complètement ; les muscles du mollet, très atrophiés l'année dernière, avaient doublé de volume sous l'influence du traitement électrique commencé ici et continué à Lisbonne avec persévérance. Enfin la malade marchait seule à l'aide d'une canne, en hésitant un peu, mais je crois qu'avec le temps elle arrivera à marcher très bien." Actuellement, 20 janvier 1891 elle est complètement guérie.

OBS. II.—*Myélite transverse avec contracture des muscles de la cuisse. — Rétraction musculaire consécutive avec flexion des deux cuisses sur le bassin et des deux jambes sur les cuisses, les pieds étant en extension. — Section des tendons des muscles rétractés. — Extension forcée maintenue par des appareils plâtrés. — Redressement complet des deux membres. — Rétablissement de la marche.*

Mme P..., âgée de quarante-sept ans, habite ordinairement le Pérou, dans une région marécageuse où règnent des fièvres paludéennes assez graves et rebelles. Elle a eu trois enfants, dont un est mort à deux

ans, en 1872. Depuis cette époque, elle est atteinte d'une anémie qui a résisté à tous les traitements et même à des voyages prolongés en Europe.

En 1888, pendant le mois de novembre, une douleur névralgique se déclara dans la jambe droite, avec tous les caractères d'une sciatique. On crut d'abord à une sciatique d'origine paludéenne. Le sulfate de quinine administré aussitôt, au bout de quelques mois, procura une amélioration.

Mais les rechutes ne tardèrent pas à revenir, succédant à des accalmies de quelques semaines.

Bientôt la douleur s'étendit à la jambe gauche et gagna la région des reins. En même temps apparaissait une contracture très prononcée des muscles des deux jambes et des deux cuisses. La malade occupait dans le lit une position accroupie qu'elle ne pouvait quitter. Tous les mouvements étaient impossibles.

Les jambes demeuraient fléchies sur les cuisses et celles-ci étaient tellement pliées sur le bassin que les genoux touchaient le menton. Les pieds étaient dans l'extension.

Cet état de douleur et de contracture se prolongea jusqu'en juin 1889.

A cette époque une fièvre pernicieuse assez grave, mais qui guérit après quelques semaines, laissa après elle une amélioration assez notable dans les douleurs. Cependant l'attitude vicieuse persistait, résistant à toutes les tractions, à toutes les tentatives de mouvements, et à tous les traitements.

La malade fut alors transportée à Paris, au mois de mai 1890, et présentée à M. le professeur Charcot.

M. Charcot, après un examen approfondi, pensa que la myélite, cause de ces accidents, était guérie ; il admit aussi que, à cette contracture des muscles avait succédé un certain degré de rétraction accompagnée de quelques lésions des tissus fibreux-articulaires. Aussi conseilla-t-il de recourir aux moyens chirurgicaux et me confia-t-il cette malade.

Quand je l'examinai, je la trouvai accroupie dans son lit, comme il a été dit plus haut. En exerçant quelques tractions légères sur les jambes, on provoquait un léger degré d'extension. Il était facile de constater la tension des muscles formant sous la peau de la région postérieure de la cuisse des cordes très appréciables. Au niveau du genou existait un épaissement notable des tissus sous-cutanés. La rotule était immobile, même dans le sens transversal.

Ces lésions étaient plus manifestes et plus accentuées du côté droit-

Les deux cuisses présentaient aussi une attitude vicieuse, elles étaient à moitié fléchies sur le bassin, mais l'articulation coxo-fémorale était intacte, et l'obstacle venait manifestement des muscles antérieurs de la cuisse qu'on sentait et qui faisaient saillie sous la peau quand on cherchait à produire l'extension.

Quand aux deux pieds ils étaient maintenus dans l'extension moyenne, mais encore mobiles ; il semblait que le raccourcissement des muscles postérieurs de la jambe et du tendon d'Achille ne jouait ici qu'un rôle peu accentué.

Cette malade était d'une maigreur extrême, et les muscles des membres inférieurs étaient très-amincis.

On ne pouvait remédier à ces rétractions musculaires—cause évidente de tous ces accidents—que par des sections tendineuses portant, premièrement sur les tendons des muscles postérieurs de la cuisse au niveau du creux poplité, secondement sur les attaches des muscles antérieurs de la cuisse au niveau du bassin.

La première opération eut lieu le 24 juin 1890 ; la malade étant chloroformée.

Une section totale et sous-cutanée porta sur les quatre tendons qui limitent en dehors et en dedans le creux poplité ; cette section fut répétée pour chaque membre.

Aussitôt la jambe fut faiblement redressée de quinze à vingt degrés, on dut seulement déchirer quelques adhérences articulaires. Je n'insistai pas davantage dans la crainte de produire un écartement trop considérable des tendons sectionnés et d'empêcher ou de retarder la soudure.

Les plaies furent obturées avec du collodion et garnies de ouate.

Au bout de huit jours, il fut possible d'étendre la jambe de 45 degrés environ et de l'emmenner ainsi, avec quelque violence, à la demi-flexion. Elle fut fixée dans cette position à l'aide d'une gouttière plâtrée solide.

Je mentionnerai de suite que le résultat obtenu fut meilleur pour la jambe gauche que pour la jambe droite. Le genou droit semblait présenter des adhérences plus résistantes dont la rupture pouvait provoquer des désordres sérieux et nécessitait l'emploi du chloroforme.

Ces appareils plâtrés restèrent en place pendant quarante jours et furent assez bien supportés.

Le 4 août, la malade étant endormie de nouveau, et il me fut possible, en employant une grande violence, de redresser complètement la jambe gauche. Pour la jambe droite je renonçai à obtenir un résultat aussi complet.

Le 20 septembre, les gouttières étaient de nouveau enlevées. La jambe gauche complètement étendue sur la cuisse resta sans appareil. Je fis un redressement aussi absolu que possible de la jambe droite et la mis pendant quarante-cinq jours dans une nouvelle gouttière.

J'avais constaté, au cours de ces dernières manœuvres, que les mouvements articulaires étaient faciles et s'effectuaient sans craquements ; les muscles fonctionnaient assez bien.

Lorsque les jambes furent suffisamment redressées pour permettre d'essayer la station debout, je pus me convaincre que la flexion des cuisses était bien due à la rétraction des muscles antérieurs s'insérant sur le bassin et, dès lors, que la section de ces muscles était indispensable.

Le 22 novembre la malade fut endormie. A l'aide de ténotomes assez gros, je coupai profondément et largement les tendons musculaires qui s'insèrent à l'épine iliaque antéro-supérieure.

Cette section assez pénible et très étendue donna un résultat immédiat parfait. Un écartement se produisit aussitôt entre les deux bouts de la corde formée par les muscles sectionnés. Les cuisses furent immobilisées par un double spica en tarlatane gommée qui fut laissé en place pendant quarante jours, puis enlevé. A ce moment la malade occupait dans son lit la position horizontale et commençait aussi à se tenir presque complètement debout.

Actuellement, 10 janvier 1891, la malade marche debout et droite, les plantés du pied reposent à plat sur le sol. Grâce aux massages, à l'emploi de l'électricité sur les muscles de la cuisse, l'action musculaire s'est améliorée rapidement. La guérison est donc complète.

TERRILLON,

Chirurgien de la Salpêtrière.

(Revue Iconographique de la Salpêtrière.)

Traitement de l'orteil en marteau

Communication de M. POLAILLON, à la Société clinique.

L'orteil en marteau a des causes nombreuses : contracture des extenseurs, paralysie des fléchisseurs, malformation congénitale de l'orteil, causes sur lesquelles je ne veux pas insister. Mais, le plus souvent, l'orteil en marteau est produit par une chaussure trop serrée qui, en rapprochant violemment les orteils les uns des autres, chasse l'un d'eux hors du rang, le fléchit et l'incurve.

Beaucoup de personnes portent des orteils en marteau, presque sans s'en douter, si elles n'en souffrent pas. Mais, dans certains cas,

la déformation se complique d'un durillon si douloureux, qu'il faut y porter remède par une opération.

Ce qui caractérise l'orteil en marteau, c'est une incurvation de l'orteil, la première phalange étant relevée en extension, la deuxième et la troisième phalanges s'étant fléchies, de telle sorte que l'extrémité unguéale de l'orteil appuie sur le sol. Il en résulte un angle saillant au niveau de l'articulation de la première avec la seconde phalange. En ce point, la pression de la chaussure développe ordinairement un durillon ou cor. Et ce durillon devient parfois le siège de douleurs excessives qui gênent ou empêchent la marche. A l'extrémité de l'orteil, qui appuie sur le sol, on voit aussi se produire un durillon, dont la douleur vient encore augmenter l'impotence du patient.

Ce dernier emploie toutes espèces de topiques pour guérir ces durillons. Il les abrase ou les fait enlever. Mais le soulagement n'est que momentané. La déformation de l'orteil persiste, et sur la saillie que je viens de signaler un cor se développe perpétuellement. Un nouveau cor se développe aussi à l'extrémité de l'orteil. Mais le cor de la saillie dorsale est toujours celui qui est de beaucoup le plus douloureux.

Pour guérir l'orteil en marteau et les cors qui l'accompagnent, il faut redonner à l'orteil une attitude rectiligne, de manière à faire disparaître la saillie dorsale.

On a pu croire qu'on atteindrait le but par la section du tendon extenseur ou du tendon fléchisseur et par le redressement orthopédique de l'orteil. Mais ce traitement est fort long et ordinairement illusoire.

Le moyen le plus simple et le plus efficace est de réséquer les extrémités articulaires de la première et de la deuxième phalange, dans une étendue suffisante pour bien redresser l'orteil. Pendant cette résection, on emporte complètement le durillon. Puis on fait la suture de l'incision cutanée.

Cette opération est d'origine récente. Je l'ai pratiquée plusieurs fois avec un plein succès.

Permettez-moi de vous en citer deux exemples :

1^o Un garçon de 19 ans avait, sur le petit orteil droit, un durillon assez douloureux pour empêcher la marche et l'obliger à entrer dans mon service de la Pitié. En l'examinant, il était facile de voir que cet orteil présentait la déformation en marteau. La pression de la chaussure avait produit sur la saillie dorsale, au niveau de l'articulation, entre la première et la deuxième phalanges, le cor habituel.

Après avoir circonscrit le cor par deux incisions curvilignes allant

jusqu'aux os, l'articulation est ouverte. L'extrémité des deux premières phalanges est ensuite réséquée, en ayant soin de ne pas couper le tendon fléchisseur. Cela fait, trois points de suture avec crins de Florence réunissent transversalement la peau. Il faut avoir la précaution de passer les crins profondément en rasant les os, de manière à comprendre dans la suture, le tendon extenseur et les tissus fibreux.

Au bout de trois semaines, la guérison était complète.

20 Un autre malade, ayant voulu porter des chaussures trop étroites, se donna, à chaque pied, une déformation en marteau du deuxième orteil, avec un cor très douloureux.

Je lui fit subir dans la même séance, à chaque orteil, l'opération que je viens de décrire, et le résultat fut aussi satisfaisant.

Le traitement de l'orteil en marteau par la résection articulaire et l'ablation du cor donne une guérison complète et définitive. En effet, l'orteil garde sa direction rectiligne, soit qu'il ait y soudure osseuse au niveau de la résection, soit qu'il se forme une pseudarthrose en ce point. La saillie dorsale n'existant plus, le cor n'a plus de tendance à se reformer. L'orteil est, en outre, raccourci, et son extrémité ne vient plus buter contre l'extrémité de la chaussure. Tous les opérés, que j'ai observés, marchaient facilement et étaient à l'abri de nouveaux accidents, pourvu qu'ils voulussent porter des chaussures bien conformées et hygiéniques.

(*Le Courrier Médical*).

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

La rétroversion utérine.

Messieurs,

La rétroversion utérine est une question toujours d'actualité, sur laquelle ont vu le jour bien des travaux, bien des théories inutiles, de telle sorte qu'il serait bon de simplifier certains points de son étude.

Une rétroversion est rarement simple, et trois faits sont à distinguer : la rétroversion elle-même, les complications utérines, les complications pelviennes.

Dans la *rétroversion*, l'utérus se renverse en arrière en gardant à peu près sa forme.

Dans la *rétroflexion*, il y a une courbure, un coude qui se forme au niveau de l'isthme.

On a dit que, dans les versions, il fallait distinguer l'inclinaison simple, la position oblique et la version complète. De même, dans les flexions, on a décrit trois degrés, suivant que l'utérus forme avec le col un angle obtus, un angle droit ou un angle aigu. Ces degrés n'ont qu'une faible importance ; on sent, par le toucher, une déviation plus ou moins prononcée, mais l'intérêt clinique dépend bien plus des complications que de l'attitude du viscère déplacé.

Les complications utérines sont très ordinaires. C'est la métrite sous ses diverses formes, catarrhale, fongueuse, hémorrhagique. Les modifications nutritives du tissu entraînent le ramollissement de l'isthme utérin, qui forme une sorte de charnière au niveau de laquelle se produit la flexion ; si le tissu n'est pas ramolli, la coudure ne se fait pas et la version est simple.

Les complications pelviennes sont variées. Ce sont des salpingo-ovarites avec ou sans suppurations, des adhérences péritonéales obliquant le cul-de-sac de Douglas. Il peut y avoir aussi, beaucoup moins souvent, une phlegmasie du tissu cellulaire du petit bassin ; presque toujours les suppurations sont intra-péritonéales.

Au point de vue thérapeutique, il faut diviser les rétroversions en deux grandes classes, les *mobiles* et les *adhérentes*. Quand l'utérus est franchement mobile, c'est qu'il n'y a pas de complications pelviennes ; s'il est enclavé, difficile à soulever avec le doigt, c'est qu'il est adhérent par son corps ou indirectement par les annexes, et alors, comme nous le verrons bientôt, les indications sont absolument différentes.

Comparez entre elles les diverses déviations, et réfléchissez un instant : à part certains faits exceptionnels, peut-être certaines dispositions congénitales, la rétroversion est la seule des déviations utérines que vous puissiez concevoir à l'état de mobilité, sans adhérences. En effet, un utérus mobile, n'ayant plus ses moyens de fixité, ne peut que tomber en arrière sous l'influence du décubitus. Et, de fait, on ne trouve pas, en clinique, une antéversion sans adhérence ; un utérus qui reste fléchi en avant est maintenu par une adhérence de son corps ou par les annexes. Je vous défie également de me montrer une latéversion qui ne résulte de ce que l'utérus est attiré ou repoussé par une lésion permanente. Si bien que vous pouvez toujours, d'une déviation antérieure ou latérale durable, conclure hardiment aux adhérences pelviennes.

Comment vous expliquer la *pathogénie* des rétroversions ? C'est ici qu'il faut tâcher de simplifier et d'oublier tant de recherches prétentieuses sur la statique des organes pelviens.

L'utérus est, à l'état normal, en antéversion légère, et pourvu,

comme moyens de fixité, des ligaments ronds, larges et utéro-sacrés. Ces ligaments ont une valeur secondaire ; cependant on ne peut nier leur influence, quand aucune cause de relâchement n'est intervenu. Il m'est arrivé de faire la laparotomie exploratrice chez des jeunes filles : en introduisant le doigt dans l'abdomen, on sent le fond de l'utérus dressé et comme rigide, les ailerons du ligament large tendus et servant à maintenir l'organe. Mais le plus important des éléments de fixité est le *plancher pelvien* avec ses trois couches : péritoine, aponévrose pelvienne supérieure, releveur de l'anus. Ces deux derniers, chez l'homme, vont s'attacher au rectum et à l'aponévrose latérale de la prostate ; chez la femme, au rectum et à la partie supérieure du vagin. Le segment inférieur de l'utérus est doublé en avant par le tissu cellulaire sous-vésical, en arrière par le prérectal, et soutenu latéralement par son union avec le plancher pelvien fibreux et musculaire. Cette union est le point fixe de l'utérus, et les connexions de la "voûte vaginale" forment une sorte d'anneau dans lequel pénètre le segment inférieur comme le col d'une bouteille renversée. Supposez que cet anneau soit relâché, l'utérus est entraîné par le poids de son corps, en arrière naturellement ; le col se porte en avant, si les ligaments utéro-sacrés s'y prêtent, il y a version simple ; si l'isthme est ramolli, il y a flexion.

Combinez ces divers éléments, vous aurez tous les cas qui se présentent ; mais surtout ne cherchez pas "midi à quatorze heures" et ne croyez pas qu'il y ait là des théories transcendantes à poursuivre.

Étudions maintenant les *manifestations cliniques* de la *rétroversion*.

Elle est, disent les auteurs, congénitale ou acquise. Les déviations congénitales, dont j'ignore absolument le degré de fréquence, peuvent rester indéfiniment inaperçues ; on les trouve quelquefois, par hasard, chez des femmes déjà âgées, qui n'en ont jamais souffert, ou bien elles donnent des symptômes quand la métrite vient s'y ajouter. Les déviations acquises peuvent succéder à des métrites prolongées, avec lésions consécutives des annexes, ou provenir de l'accouchement et du relâchement des tissus qui en résulte : *grandes différences* au point de vue du pronostic et du traitement. Dans le premier cas, le périnée a conservé sa résistance ; dans le second, il est souvent effondré et l'utérus s'abaisse. L'état du périnée est de la dernière importance ; quand l'utérus rétroversé est mobile, sans adhérence et le périnée normal, le redressement et la fixation présentent beaucoup moins de difficultés. S'il y a, au contraire, des déchirures périnéales, le prolapsus des parois vaginales peut dominer la scène et réclamer des opérations toutes différentes.

La douleur est un des grands symptômes de la rétroversion ; elle est

causée par l'attitude vicieuse, les compressions, et occupe l'hypogastre, la région sacrée, la partie supérieure des cuisses. Dans certains cas invétérés, les jambes sont faibles et les malades ressemblent à des paraplégiques. S'il n'y a pas d'adhérences, il y a moins de douleurs et celles-ci peuvent disparaître comme par enchantement quand on redresse l'utérus avec un simple pessaire.

Les troubles de la menstruation sont habituels : on observe de la dysménorrhée, des ménorrhagies. La stérilité est fréquente, et quand la grossesse se produit, elle peut être suivie d'avortement ou donner lieu à des accidents spéciaux connus des accoucheurs.

Phénomènes de compression du côté de l'intestin, constipation habituelle, dysurie. Le prolapsus des annexes accompagne celui de l'utérus ; les trompes et les ovaires sont douloureux, même s'ils ne sont pas très malades. Enfin, l'état neurasthénique et ses troubles variés s'observent couramment.

Le *diagnostic* de la rétroversion n'est pas toujours facile. Le procédé le plus simple pour trouver l'utérus est naturellement le toucher vaginal ; mais il faut y associer la palpation hypogastrique et faire l'exploration bimanuelle : on cherche vainement le corps utérin à sa place, derrière le pubis. Il faut, pour cette exploration, que la paroi abdominale ne soit pas trop grasse et que la femme ne souffre pas trop. Dans le cas contraire, et de toutes façons, il est bon de recourir au toucher rectal, qui permet d'arriver plus facilement sur le corps utérin et sur les annexes.

Tout n'est pas dit quand on a trouvé une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas ; il faut étudier sa forme et sa consistance. L'utérus est rénitent, le fibrome est dur. Il y a des utérus durs, mais ils sont arrondis et réguliers, tandis que la tumeur fibreuse est souvent bosselée, lobulée. Les tentatives de redressement de l'utérus s'accompagnent de douleurs, à cause de la sensibilité propre de l'organe ou par le tiraillement des adhérences ; le corps fibreux est moins sensible.

L'examen au spéculum permet de faire le cathétérisme de la cavité utérine : si l'utérus est dévié, il faut tourner le bec de l'instrument en arrière et en bas. Dans la rétroflexion, un instrument rigide ne pénètre pas, il faut un cathéter flexible. On doit s'attendre à trouver le col profondément caché derrière le pubis et d'un accès difficile.

Enfin, le diagnostic sera complète, et cela de toute nécessité, par l'examen des annexes, par la recherche de leurs lésions et de leurs adhérences, dont la gravité et l'ancienneté variables avaient inspiré à Trélat une classification qui répond bien aux faits cliniques. Il admettait trois variétés de rétroversions : *mobiles, résistantes et adhérentes*.

Il y a, en effet, des degrés dans l'adhérence : certaines déviations peuvent être mobilisées par un traitement préalable et guérir par des moyens de douceur ; d'autres, au contraire, doivent être attaquées franchement par des opérations hardies. (*L'Union Médicale.*)

Sécrétion lactée anormale.

On considère trop généralement, au point de vue médico-légal, l'existence d'une sécrétion mammaire comme étant la conséquence inévitable d'un état de grossesse ou d'un accouchement récent. Si telle est la règle générale, il n'en existe pas moins des observations, nombreuses déjà, qui tendent à prouver que cette sécrétion peut parfaitement s'établir en dehors de tout état grévide ou puerpéral, aussi bien chez la jeune fille que chez la femme mariée. Dans ce cas, elle produit un liquide plus ou moins abondant et présentant seulement un aspect laiteux. Généralement on a constaté la concomitance de certains troubles des fonctions utérines ou ovariennes, mais pas assez souvent cependant, pour que l'on puisse établir une relation de cause à effet.

Le *Medical Record* rapporte que le Dr Otto Engstrom vient d'observer cinq cas de sécrétion lactée anormale, qu'il résume comme suit :

Chez une femme mariée, âgée de trente-six ans, la sécrétion lactée durait depuis plus de trois ans. Cette femme fut opérée d'un volumineux kyste dermoïde de l'ovaire, mais l'opération ne fut pas suivie de la suppression de ce trouble de sécrétion.

Une femme, chez laquelle on ne découvrit qu'une légère endométrite présentait une sécrétion anormale consistant en quelques gouttes d'un liquide ressemblant au colostrum, et qui apparaissait par une légère pression sur les seins.

Chez une femme, non mariée, âgée de trente-quatre ans, atteinte d'endométrite et d'antéflexion de l'utérus, les seins sécrétaient un liquide jaunâtre. Cet écoulement disparut après la guérison des troubles utérins.

Une autre femme, aussi atteinte d'endométrite et de rétroflexion de l'utérus, vit aussi disparaître la sécrétion d'un liquide laiteux, après redressement de l'utérus.

Enfin, une femme mariée, âgée de vingt-six ans, souffrant de troubles utérins, fut aussi délivrée d'une sécrétion lactée anormale, qui s'était établie au sein droit, et qui disparut en même temps que la guérison des troubles utérins s'obtenait.

Ces faits sont propres à raffermir l'opinion de ceux qui considèrent les fonctions mammaires comme réglées ou tout au moins établies par des influences réflexes d'origine utérine.

(*Revue Médico-chirurg. des Maladies des femmes.*)

Traitement des crampes des mollets chez les femmes enceintes.

Donner, le soir en se couchant, dans un verre d'eau, cinq milligrammes de sulfate de cuivre. On peut l'administrer sans inconvénients tous les soirs.

PÆDIATRIE.

De la Médecine Infantile

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC

Par M. le docteur Descroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants.

Dans un intéressant article, récemment publié par la *Revue de clinique et de thérapeutique*, M. le docteur Eloy insistait sur les difficultés qui se présentent souvent dans le diagnostic de la fièvre typhoïde. Ces difficultés sont encore plus nombreuses, quand il est question de la médecine des enfants, que dans celle des adultes, non seulement si l'on se trouve en face d'une dothiëntérie, mais aussi en présence d'un grand nombre d'autres états. L'enfant est presque toujours, on ne doit pas l'oublier, incapable de donner au médecin des renseignements précis sur ce qu'il éprouve et sur ce qu'il a éprouvé, quand il a cessé d'être bien portant. Son entourage n'en sait pas beaucoup plus long que lui, quand il s'agit surtout des malades de l'hôpital. Nous sommes donc fréquemment dans l'impossibilité de déduire un diagnostic exact d'un premier examen. Je me trouve, dans le moment actuel, en face de trois jeunes malades qui viennent à l'appui de cette assertion, et dont je vais parler brièvement.

I.—Le 25 mai, je voyais pour la première fois, au No 1 de la salle Dechaumont, une fille de 8 à 9 ans, pâle et un peu maigre, mais sans fièvre. Elle ne toussait pas et, à l'examen du thorax, on ne trouvait rien d'anormal. Il en était de même les jours suivants, relativement à la percussion et à l'auscultation de la poitrine, mais on constatait, à partir du 30, une légère élévation thermométrique. On s'apercevait, à la même époque, que les régions palmaire et plantaire étaient le siège d'une légère desquamation, comme si la malade avait passé récemment par une éruption de scarlatine. A cet égard, nous étions dans une ignorance absolue et nous n'avons rien pu savoir, par la suite, sur la réalité d'une fièvre éruptive antérieure. La fièvre a cessé au bout de trois jours; l'état squameux a persisté plus longtemps, sans se généra-

liser et sans devenir plus marqué. Puis, il a disparu, après quelques onctions avec de la vaseline; enfin, la petite fille a quitté le service, bien portante, mais après y être restée près d'un mois et après avoir gardé le lit pendant plus de quinze jours, bien qu'il n'y eut chez elle que des signes de chloro-anémie peu prononcée.

On trouvera peut-être que nous l'avons trop longtemps maintenue dans le décubitus dorsal et privée de l'air extérieur; mais nous nous trouvions peut-être ici en face des reliquats d'un exanthème scarlatineux, et, en pareille circonstance, il faut agir, à mon sens, en face de simples probabilités, comme on agirait si l'on se trouvait en présence d'une certitude, et penser à l'albuminurie qui succède trop souvent à la scarlatine, même quand on ne laisse commettre aucune espèce d'imprudence, et qui peut se manifester non seulement huit, dix ou quinze jours, mais même trois, quatre ou six semaines après le début de l'éruption. J'ai donc fait examiner l'urine à diverses reprises et, quoique cet examen soit toujours resté négatif, je n'aurais pas laissé la malade commencer à se lever quinze jours après son admission, si nous avions été en hiver. Mais le commencement de l'été approchait et, dans les saisons chaudes, le séjour prolongé au lit expose les très jeunes malades, surtout quand elles sont lymphatiques comme celle-ci, à contracter une vulvite ou une leucorrhée, et souvent l'une et l'autre. C'est une éventualité dont il faut savoir les préserver, en n'exagérant pas les précautions qu'impose la crainte de la néphrite albumineuse.

II.—A côté de cette malade, au No 7 de la même salle, nous soignons, à la même époque, une enfant de 7 ans entrée dans les premiers jours du mois de juin. Ici, encore, les renseignements sur les antécédents restaient fort obscurs et nous ne constatons qu'un appareil fébrile très modéré, sans diarrhée, et sans inappétence complète, et qui durait depuis la veille ou l'avant-veille de l'admission à l'hôpital, et cessa de lui-même trois ou quatre jours plus tard. Je considérais cet état caractérisé par la bénignité de ses symptômes, par l'absence de taches lenticulaires, de prostration, de céphalée prononcée, d'hyperémie bronchique comme un exemple de ce qu'on appelait autrefois et de ce qu'on peut appeler une fièvre éphémère, bien que le terme soit tombé en désuétude, et qu'on lui substitue assez volontiers aujourd'hui l'expression de fièvre abortive dans le langage de la médecine. Nous avons appris un peu plus tard que, dans les derniers jours de mai, l'enfant avait été atteinte d'une éruption d'un rouge intense qui recouvrait presque tout le corps et était restée visible pendant dix huit heures. D'après sa description, cette poussée éruptive faisait songer à la scarlatine, et j'ai jugé prudent de me comporter comme si j'étais

certain de la réalité d'un exanthème scarlatineux. Cet exanthème eût expliqué, à la rigueur, ce mouvement fébrile de courte durée, dans lequel nous aurions cru voir une maladie indépendante et qui n'eût été qu'une conséquence de la fièvre éruptive.

Si nous supposons qu'il s'agissait d'une scarlatine, il devenait nécessaire de prévoir la néphrite, et, par conséquent, de maintenir la malade au lit, de faire plusieurs fois de suite l'examen de l'urine, et d'être très circonspects sur le chapitre de l'alimentation, tant que nous ne serions pas complètement tranquilisés sur l'apparition possible de l'albuminurie. Nous avons suivi rigoureusement cette ligne de conduite, et, bien qu'aucune desquamation bien nette ne soit survenue, nous n'avons laissé la petite fille se lever qu'au bout de deux semaines et quitter l'hôpital qu'un mois après son entrée. Peut-être avait-elle eu, non la scarlatine, mais un simple eczéma, ou une roséole circonscrite, peut-être même les détails qu'on nous a donnés tardivement sur cette éruption rutilante, étaient-ils absolument faux. De toute façon, je ne me repens pas d'avoir pris de grandes précautions, et, en pareille occasion, je ne procéderai pas autrement.

III.—Le No 32 de la salle Dechaumont est actuellement occupé par une fille de 12 ans $1/2$, qu'on nous a amenée au commencement du mois de juin et qui n'est entrée dans le service qu'avec répugnance. Cette jeune malade est maigre, sa figure est pâle, bien qu'assez vivement colorée au niveau des os malaires. Elle raconte qu'elle a mené une vie pénible, qu'elle a été habituellement mal nourrie ; de plus, elle tousse depuis longtemps, mais il est impossible de savoir exactement si la toux a débuté il y a plusieurs années, ou seulement il y a quelques mois ; ses antécédents de famille sont obscurs ; elle crache et les matières expectorées sont abondantes, épaisses, d'un blanc sale et déchiquetées sur leurs bords. En outre, l'enfant transpire la nuit, bien que l'élévation thermométrique reste à peu près normale ; enfin la poitrine est émaciée, aplatie, les espaces intercostaux sont nettement dessinés sous la peau ; la percussion indique une légère obscurité du son un peu partout, et pas de matité circonscrite ; l'auscultation révèle un mélange de respiration rude et de gros râles humides, mais ces bruits sont diffus, et on ne découvre, du côté des sommets, aucun foyer d'hépatisation, aucun signe cavitaires.

L'interprétation de ce fait est embarrassante ; quand on constate une expectoration abondante chez un jeune sujet, on doit songer à la coqueluche, et il paraît démontré ici qu'il n'y en a pas et qu'il n'y en a jamais eu. En présence d'une petite fille émaciée, très débilitée, qui expulse des crachats d'un gris blanchâtre et transpire la nuit, qui pré-

sente de nombreuses granulations du pharynx, on peut chercher dans une tuberculose pulmonaire l'explication de tout ce qui se produit. Toutefois, cette explication ne peut être admise sans objection, car les sommets de deux poumons ne semblent pas plus particulièrement affectés que le reste du parenchyme pulmonaire, les phénomènes stéthoscopiques constatés peuvent, en somme, appartenir à une simple bronchite chronique, et la détérioration générale que nous observons peut provenir de fatigues exagérées, d'alimentation défectueuse, ou d'autres conditions mauvaises d'hygiène.

Malgré toutes ces incertitudes, nous devons conserver de grandes appréhensions, relativement aux probabilités d'une tuberculose. Quant à ce qui concerne le traitement, nous chercherons à relever les forces de cette jeune fille par une nourriture réparatrice, ce qui ne sera pas, je l'espère, très difficile, car elle ne manque pas d'appétit. Pour diminuer l'abondance des crachats, nous ne lui offrirons pas d'huile de foie de morue, qui, dans la saison d'été, est habituellement mal tolérée, mais nous essayerons de lui faire prendre de la terpine, dont l'utilité, en pareil cas, me semble incontestable ; les granulations, dont le pharynx est tapissé, permettent d'espérer aussi que l'eau sulfureuse aura ici de l'efficacité. Enfin, si la persistance des signes stéthoscopiques, de l'expectoration, du dépérissement, si la découverte d'éléments bacillaires dans les matières expectorées nous confirment dans nos soupçons, au point de vue de la nature tuberculeuse de la bronchite, j'aurai recours à la créosote soit par la voie buccale, soit par la voie hypodermique. Les injections sous-cutanées de ce médicament m'ont donné, depuis quelques mois, dans huit ou dix cas semblables, de très bons résultats ; il est fort possible qu'il en soit de même chez cette petite malade.

Dans la relation succincte des trois faits dont je viens de m'occuper, je me suis attaché, ainsi que je l'annonçais en commençant ces considérations, à ne mettre en relief que les obscurités du diagnostic ; pour les deux premiers cas, il s'agissait d'un état fébrile simulant une dothiènerie au début ; nos hésitations, sur la manière dont il fallait interpréter les symptômes observés, n'ont cessé que quinze jours au moins après l'entrée des malades à l'hôpital ; pour le troisième, nous sommes vraisemblablement en présence d'une phtisie pulmonaire, mais l'avenir seul peut nous dire si la tuberculose est apparente ou réelle. Je n'ajouterai à ce que je viens de dire qu'une courte réflexion : c'est que nous n'avons pas eu à nous débattre contre des cas exceptionnels ; nous rencontrons à chaque instant, pendant la période infantile, des états morbides à physionomie indécise. Il vaut beaucoup mieux, dans l'intérêt

du malade, suspendre son jugement définitif, vis-à-vis de situations pathologiques de ce genre, que de vouloir donner trop vite une appréciation irrévocable, qui servirait de prétexte à une thévapeutique prématurée, bien souvent plus nuisible qu'utile.

(*Union Médicale.*)

Traitement de la broncho-pneumonie des enfants.

SAINT-PHILIPPE

Au point de vue du traitement de la broncho-pneumonie des enfants il y a deux indications, une légitimée par un élément fixe, la bronchite ; l'autre par un élément mobile, la lésion pulmonaire ; mais cette dernière prime de beaucoup la première, car la poussée congestive peut être subite, étendue et entraver l'hématose au point d'amener la mort en peu d'heures.

C'est contre l'élément congestif qu'agit la quinine, administrée par la bouche, le rectum ou sous peau. Le sulfate de quinine se donne dans du café noir ou avec l'extrait de réglisse. Chez les enfants petits et indociles, on a recours au lavement ou à la pommade ; mais ces préparations sont lentes à agir et peu fidèles. Il vaut mieux faire pénétrer le médicament par injections sous-cutanées d'après la formule suivante :

Quinine (Chlorhydrate de).....	2 à 4 grammes
Glycérine.....	} à 10 —
Eau.....	

On peut introduire ainsi de 0,20 à 0,40 centigrammes de médicament en injectant deux seringues de la solution, qu'on tiédit, si elle se trouble par le froid.

La quinine forme le fond du traitement, mais on lui adjoint les mouches de Milan, au niveau des divers foyers de râles, ou le vésicatoire. L'auteur les fait même suppurer quelque temps.

Dans le catarrhe suffocant on a recours aux sinapismes, aux vésicatoires larges, aux ventouses scarifiées, aux sangsues, en mesurant l'intervention à l'âge de l'enfant.

Comme médicament supplémentaire on peut se servir de l'alcoolature de racine d'aconit (V à XV gouttes en vingt-quatre heures ; 1 à 2 gouttes toutes les heures) dans le sirop d'ipéca composé, dans la bronchite intense ; dans le sirop de quinquina ou de punch si l'état général est mauvais.

Contre l'excitation, pas d'opium, mais des bains tempérés et un peu d'antipyrine ; si la toux est quinteuse, des fumigations.

Dans les cas très intenses, la quinine et l'aconit le cèdent à la caféine en injections sous-cutanées, puis à la digitale et à l'alcool. L'oxygène en inhalations fait bien mieux que les injections d'éther.

(*Journ. de méd. de Bordeaux.*)

OPHTHALMOLOGIE, LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE

Les amblyopies toxiques

M. Chaltin, dans un travail intéressant publié par les *Archives médicales belges*, a résumé nos connaissances sur les *amblyopies toxiques* dont la plus fréquente est l'*amblyopie alcoolique*.

I. Dans cette amblyopie, l'affaiblissement de la vue se produit brusquement et progresse rapidement ; quelquefois la maladie reste stationnaire et même retrecède. Une vive lumière éblouit le malade et accentue le trouble visuel. Dès que le jour baisse, la vue s'améliore ; les lunettes fumées sont un bon palliatif. L'acuité visuelle est diminuée par l'existence d'un scotome central et la vision périphérique conserve son intégrité. La vision des couleurs est également troublée dans la région du scotome, de telle sorte que la rétine est devenue daltonienne dans sa partie centrale (Noël). Le malade est généralement averti de cette dyschromatopsie par la confusion qu'il fait de la monnaie d'or et d'argent.

Ordinairement le sens chromatique est atteint en premier lieu. Le rouge et le vert paraissent gris, le violet paraît bleu, le jaune et le bleu persistent et ne disparaissent que très tardivement. Galezowski a découvert une autre forme de dyschromatopsie qu'il appelle "contraste morbide et simultané des couleurs". Elle consiste en une persistance trop longue de l'impression colorée sur la rétine. Le malade distingue bien la première couleur qu'on lui présente, mais si on la retire brusquement pour la remplacer par une autre, la première impression colorée persistera, et, pendant quelques secondes, le malade continuera à voir la première couleur. L'amblyopie alcoolique présente encore des troubles visuels bizarres ; c'est ainsi que les malades voient brusquement un objet, qu'ils fixent, changer de forme, de place, s'approcher ou s'éloigner d'eux ; quelquefois il y a diplopie. Les hallucinations, pendant l'insomnie, sont fréquentes, et la mydriase la règle ; l'accommodation est également en souffrance. L'affection est toujours binoculaire.

Le pronostic de l'amblyopie alcoolique est favorable si l'on peut

soustraire le malade à sa funeste habitude. Les récidives sont toujours suivies d'aggravation.

L'affection consiste, anatomiquement, en une névrite interstitielle chronique rétrobulbaire. Cette névrite attaque un faisceau de fibres optiques dont elle amène l'atrophie jusque dans les bandelettes optiques.

La suppression des boissons alcooliques est nécessaire pour la guérison, et cette suppression doit être brusque. Localement, on emploiera les instillations d'ésérine ou de pilocarpine pour combattre la mydriase. Pour relever l'action nerveuse affaiblie, on aura recours aux injections de strychnine, aux courants continus, à l'hydrothérapie, notamment aux douches oculaires.

II. *L'amblyopie nicotinique* est beaucoup plus rare que l'amblyopie alcoolique. Quelquefois les deux existent ensemble.

Le début de la maladie est lent et insidieux, la marche en est progressive et il n'y a pas de périodes d'amélioration ou d'aggravation. Les malades voient moins bien le soir ou quand le temps est couvert. Le trouble de la vision est dû à un scotome central qui débute à la tache aveugle pour s'étendre au delà de la macula. L'acuité visuelle est ordinairement réduite à 1/10⁰. Le scotome est tantôt monoculaire tantôt binoculaire ; dans ce dernier cas, un des yeux est plus gravement atteint que l'autre. Il y a, dans la zone du scotome, la même perversion chromatique que dans l'amblyopie alcoolique.

La pupille est très rétrécie et sa mobilité diminuée.

Le pronostic est favorable si l'on peut obtenir la suppression de l'usage du tabac ; les récidives sont plus graves et peuvent finalement aboutir à l'atrophie. La lésion est la même que dans l'amblyopie alcoolique.

Comme traitement prophylactique, on doit recommander au fumeur de se restreindre le plus possible. D'après Sichel et Mackenzie, 15 à 20 grammes de tabac, fumés par jour, constituent une dose toxique ; on doit recommander, pour ceux qui fument la pipe, l'usage d'un réservoir d'eau, comme dans les pipes turques. Quand l'amblyopie existe, naturellement le tabac sera interdit, puis on aura recours aux inhalations de nitrite d'amyle, aux injections sous-cutanées de strychnine, aux douches oculaires.

III. *Amblyopie saturnine*.—Le saturnisme peut déterminer une altération de la vue par la présence soit d'une névrite optique, soit d'une rétinite albuminurique ; mais parfois l'ophtalmoscope ne décèle rien, et l'on doit admettre l'existence d'une amblyopie saturnine.

Le début en est souvent tout à fait brusque et la marche tellement

rapide que, du jour au lendemain, il peut survenir une cécité complète. La rétrogradation peut se faire de même et la vision redevenir normale en quelques jours ou quelques heures. Quelquefois, cependant, la durée de la maladie est longue et le malade ne recouvre pas la vue dans toute son intégrité. Parfois, enfin, la vue ne baisse que peu à peu, et il se développe un scotome central sans rétrécissement du champ visuel. Cette amblyopie s'accompagne de mydriase et est toujours binoculaire.

Les artères rétiniennes sont filiformes ; aussi on a attribué la maladie à un spasme artériel, spasme qui expliquerait bien l'invasion et la disparition brusque du trouble visuel.

Le traitement est celui du saturnisme.

IV. *Amblyopie quinique*.—L'abus de la médication quinique amène rapidement l'amblyopie. Le médicament semble exalter d'abord la sensibilité rétinienne et le malade se plaint au contact d'une vive lumière. Mais que l'intoxication augmente, la vision centrale baisse considérablement, le champ visuel se restreint et le sens chromatique est aboli ; si l'on continue à administrer le médicament, on aboutit à l'amaurose absolue.

Cette amblyopie survient au bout de deux à quatre jours, si l'on use de doses massives, telles que 3 à 4 grammes de sulfate en vingt-quatre heures ; mais elle peut aussi se développer graduellement par un traitement prolongé à doses moindres. Cependant, il ne se rencontre guère d'amblyopie quinique quand on n'a pas dépassé la dose de deux grammes par jour.

L'amblyopie est binoculaire et s'accompagne de mydriase.

Le pronostic est en général favorable ; la guérison se fait lentement parfois les troubles de la vision persistent et l'on a pu constater une cécité complète avec atrophie papillaire.

A l'ophtalmoscope, on trouve simplement des signes d'ischémie rétinienne.

V. M. Chaltin pense avoir rencontré deux cas d'amblyopie causée par l'*antipyrine*.

Le *salicylate de soude* pris à la dose de 10 à 12 grammes en vingt-quatre heures, a, chez des personnes sensibles à la médication salicylée, amené une cécité complète, mais passagère ; quelques heures d'arrêt dans la médication suffisaient pour faire disparaître complètement l'amblyopie. Cette amaurose s'accompagnait de mydriase, de surdité et d'une grande somnolence. A l'ophtalmoscope, on constatait l'existence d'un spasme artériel.

Le *sulfure de carbone* produit aussi l'amblyopie. La vision centrale présente une lacune ; à son niveau, la faculté visuelle est émoussée.

sinon abolie ; on y observe également de la dyschromatopsie. La vision périphérique est normale. Il y a souvent des périodes d'amélioration et d'aggravation. L'affection est toujours binoculaire, la mydriase modérée, et, dans les cas invétérés, on constate une anesthésie de la cornée. Naturellement il y a coïncidence des symptômes généraux de l'intoxication. Le pronostic est relativement bon ; la guérison survient généralement quand la cause cesse d'agir, mais les recrudescences aggravent le pronostic.

VI. Enfin, on peut légitimement ranger parmi les amblyopies toxiques, l'*amblyopie glycosurique*. Le diabète peut produire des lésions de divers ordres dans l'appareil visuel : kératites, cataractes, hémorragies rétiniennes, épanchements sanguins dans le corps vitré, paralysie des muscles extrinsèques ou intrinsèques ; mais il amène aussi une amblyopie sans lésions. Cette amblyopie ressemble en tous points à l'amblyopie alcoolique. Le début est brusque, la vision centrale présente un scotome, la perception des couleurs est également trouble à ce niveau. L'affection est souvent monoculaire, quelquefois binoculaire ; la mydriase est à son maximum.

L'Union Médicale.

Contribution à l'étude de la toux auriculaire. — Bouchon cérumineux ayant donné lieu au faux diagnostic de tuberculose pulmonaire,

par le Dr TH. GOUREAU.

La toux est un phénomène convulsif qu'on rapporte exclusivement dans la pratique à une affection des voies respiratoires. Dès qu'un individu tousse, le médecin recherche immédiatement les lésions pulmonaires, pleurétiques ou bronchiques. Si la plupart du temps son soupçon est fondé, il est certains cas où malgré la plus minutieuse observation, il lui est impossible de trouver dans la poitrine l'explication de la toux ; le diagnostic de *toux nerveuse* vient alors le tirer d'embarras.

D'après les données de la physiologie, la toux est due à une irritation du pneumo-gastrique, soit que cette irritation porte sur les branches terminales, soit qu'elle siège sur le tronc ou même sur le noyau d'origine du nerf. La toux peut donc être produite par un certain nombre de causes extra thoraciques, toux pharyngienne, gastrique, etc. Je laisse de côté les toux sympathiques, comme la toux utérine, la toux hystérique, qui n'ont aucune connexion avec la pneumo gastrique, pour ne m'occuper que des toux véritablement symptomatiques.

Parmi les causes d'irritation du nerf vague, il en est quelques-unes.

qui échappent facilement à l'observateur le plus scrupuleux : telles sont les lésions du conduit externe. Pour en bien comprendre le mécanisme, il est nécessaire de rappeler un point d'anatomie.

Le nerf d'*Arnold*, qui joue ici un si grand rôle, provient du ganglion supérieur du pneumo-gastrique. C'est un simple filet sensitif qui se porte transversalement en dehors à travers l'aqueduc de Fallope et croise le tronc de la 7^e paire au niveau de l'origine de la corde du tympan. Après avoir fourni au facial un ramuscule anastomotique, il chemine dans l'épaisseur de l'apophyse mastoïde et là se partage en 3 filets dont deux vont se terminer dans les téguments de la paroi supérieure du conduit externe et le troisième va se rendre sur la membrane du tympan. C'est l'irritation de ces filets terminaux qui provoque dans certains cas une toux opiniâtre dite *toux auriculaire*, qui a pu mettre en défaut le diagnostic. On devra donc penser, dans les cas où la lésion thoracique n'est pas reconnue, à la possibilité d'une lésion irritative du tympan ou du conduit externe. Ce fait n'est pas absolument nouveau. Les médecins auristes ont tous été à même de remarquer que le contact du *speculum auris* détermine parfois de la toux, et Triquet rapporte qu'*Arnold* guérit une jeune fille de vomissements et d'une toux incoercible dus à la présence depuis 2 semaines d'une fève dans le conduit auditif.

Néanmoins les observations sont rares jusqu'à présent et nous avons cru faire œuvre utile en rapportant un cas dont l'intérêt spécial consiste dans l'erreur de diagnostic à laquelle il a donné lieu.

"M. X..., américain du Sud, vient à ma consultation pour une surdité unilatérale. Grêle, émacié, toussant continuellement, il me frappe dès son entrée dans mon cabinet par son aspect général qui paraît être celui d'un phthisique à une période avancée. Il me raconte au surplus qu'il est traité depuis trois mois par un médecin des hôpitaux pour une tuberculose pulmonaire. Avant de procéder à l'examen de l'oreille, et dans le but unique de juger de l'étendue des lésions, je percuté et ausculte les sommets; mais à ma grande surprise, je ne constate aucun des phénomènes caractéristiques d'une infection tuberculeuse. Les fosses sus et sous-épineuses sont sonores, on n'y perçoit aucun craquement, pas même d'expiration prolongée. Cependant le malade avait de la fièvre; depuis quelque temps, il avait perdu l'appétit et avait beaucoup maigri.

A l'examen de l'oreille, je trouve un bouchon de cérumen volumineux, affleurant le méat. Ce bouchon dur, noir, remplit hermétiquement le conduit. La surdité est absolument due à l'obstruction du conduit externe, toutes réserves faites sur l'état des parties profondes.

En touchant le bouchon cérumineux avec un stylet, à l'effet de juger de sa consistance, je provoque une quinte de toux ; un second contact est suivi du même effet, et la quinte se reproduit à chaque nouvelle expérience. Ce fut là pour moi un trait de lumière, et je pensai immédiatement à la possibilité d'une toux persistante produite par l'irritation du filet d'Arnold et donnant lieu à cette pseudo-tuberculose : l'événement me donna raison.

Le malade fut soumis à des instillations de glycérine et à de larges irrigations avec de l'eau légèrement alcoolisée. La consistance du bouchon était telle qu'il fallut quinze jours pour nettoyer complètement le conduit. Sitôt l'expulsion du cérumen la toux disparut complètement et avec elle la fièvre. L'appétit revint et le soi-disant phthisique guérit rapidement."

On voit par cette observation sommaire combien peut s'égarer le diagnostic si l'on fait de la toux un symptôme exclusif d'affection thoracique. D'autre part, s'il est exagéré de dire, en l'état actuel de la science, que la toux nerveuse n'existe pas, je ne crois pas trop m'avancer en disant qu'un certain nombre de cas classés sous cette rubrique reconnaissent pour cause l'irritation du filet d'Arnold soit par un bouchon de cérumen, soit par un corps étranger. Les maladies de l'oreille sont assez peu connues du plus grand nombre des praticiens et les affections du conduit externe assez fréquentes pour rendre plausible cette hypothèse.

(L'actualité Médicale.)

Sur une modification nouvelle du traitement bori- qué des suppurations chroniques de l'oreille moyenne

Par A. SCHEIBE

L'auteur n'a en vue que des suppurations chroniques des cavités accessoires de l'oreille moyenne, notamment de la cavité qui se trouve en haut et en arrière de la casse, et qui est accessible par une perforation de la membrane de Shrapnell.

Dans les cas de suppuration de cette cavité, l'auteur recommande d'après Bezold l'insufflation directe de poudre boriquée au moyen d'une canule tympanique.

Voici son procédé : Après avoir nettoyé le conduit auditif et avoir enlevé des granulations s'il y en a, il fait des injections dans la cavité accessoire à l'aide de la canule tympanique qu'il introduit, en s'éclairant par le miroir frontal, à travers la perforation de la membrane de Shrapnell. Puis il sèche avec une petite sonde munie d'ouate (toujours en s'éclairant) la petite cavité autant que c'est possible, et enfin, à l'ai-

de d'une canule tympanique sèche il insuffle l'acide borique finement pulvérisé dans la cavité.

Par ce traitement l'auteur a vu guérir les cas les plus anciens qui avaient résisté aux injections répétées pratiquées avec la canule tympanique et des lesquels, malgré l'ablation du marteau et l'ouverture de l'apophyse mastoïde, la suppuration n'avait pas tari.

Pour démontrer l'influence de l'insufflation directe de la poudre boriquée Scheibe rapporte trois observations de la clinique du professeur Bezold.

LICHTWITZ.

Annales des maladies du larynx.

Deux cas de guérison de tuberculose laryngée.

Par LAUENBURG.

Le traitement des deux cas qui ont été observés à la clinique du Dr Seifert, de Wurzburg, consistait en badigeonnages à l'acide lactique de 15 à 50 0/0 suivis suivis d'insufflation d'iodyol. Les badigeonnages se faisaient au commencement, tous les deux jours, plus tard deux ou une fois par semaine seulement.

Dans le premier cas la guérison se maintient depuis un an. Dans le second cas l'ulcération de l'épiglotte se cicatrisait bien que l'affection pulmonaire progressât.

LICHTWITZ.

Tumeur anévrysmale du rebord alvéolaire de la voûte palatine traitée par des injections.

par le Dr JOHN S. MARSHALL.

M. C., vingt-six ans. Dix-huit ou vingt mois auparavant a subi, après une anesthésie au protoxyde d'azote, l'extraction de toutes les dents du maxillaire supérieur à l'exception des deux incisives centrales. A la suite du traumatisme opératoire consécutif à cette extraction, qui fut très laborieuse, le malade vit se développer sur le côté interne du rebord alvéolaire droit un gonflement qui ne fit que s'accroître et empêcha l'application de dents artificielles. Cette tumeur n'était point douloureuse et n'incommodait le malade qu'à la suite d'exercices violents ; elle était alors le siège de mouvements pulsatiles très marqués et fort désagréables. A l'examen pratiqué le 26 décembre 1888, on constata la présence d'une tumeur pulsative d'un pouce à un pouce et demi de longueur et d'un pouce de largeur, ayant la forme d'un œuf, avec la petite extrémité dirigée en avant et occupant le côté droit de la voûte palatine. Une ponction faite avec une aiguille exploratrice amena un jet de sang artériel qui s'écoula pendant

une demi-minute. Diagnostic : tumeur anévrysmale de l'artère palatine postérieure avec anastomose possible avec quelque branche de la maxillaire supérieure, déterminée par le traumatisme consécutif à l'extraction des dents. Le 10 octobre 1887, l'auteur reçoit de nouveau le malade et apprend que celui-ci a subi une tentative d'ablation de la tumeur pendant laquelle il a failli mourir d'hémorragie et qui l'a tenu deux mois au lit. Pas d'amélioration de la tumeur. L'auteur se décide alors à traiter le malade par des injections de perchlorure de fer en solution au 1/4. La coagulation se produit instantanément et la tumeur prit la consistance dure d'un fibrome.—Guérison. (*The Journal of the Amer. med. Assoc.*, 14 février 1891.) Dr J. CHARAZAC.

Revue de Larynx.

Un cas d'aphonie hystérique guéri par l'application de l'électricité sur les branches musculaires de l'accessoire de Willis.

Par TH. CLEMENS

Il s'agit d'un cas d'aphonie nerveuse qui a été vainement traité par toutes sortes de moyens thérapeutiques, entre autres par le courant faradique antérieurement appliqué sur le larynx.

L'auteur, se rappelant que l'accessoire de Willis est le seul nerf cérébral qui, par ses grandes branches musculaires (sterno-cleido-mastoïdien, trapèze et omo-hyoïdien) soit facilement accessible aux courants électriques, pensait que les applications de l'électricité par ces branches pouvaient facilement provoquer des phénomènes réflexes.

Il électrisait donc les branches musculaires de l'accessoire de Willis en se servant alternativement de l'électricité statique et de sa batterie en spirale. Au bout de six jours, le malade commençait à parler, et après quinze jours l'aphonie avait complètement disparu.

Annales des maladies du larynx.

FORMULAIRE.

Formulaire des angines.

(Capart)

1^o *Angine catarrhale simple.*—Se gargariser toutes les heures avec :

Borax.....	3 gr.
Salicylate de soude.....	2 —
Décoction d'althéa.....	200 —
Miel rosat ou sirop diacode.	30 —

Si l'affection traîne en langueur, prescrire un gargarisme légèrement astringent, tel que :

Alun calciné.....	4 gr.
Alcool.....	{ ââ 10 —
Glycérine pure.....	
Eau distillée.....	300 —

2^o *Angine pultacte ou lacunaire ou herbes du pharynx.*—Repos au lit, fragments de glace à l'intérieur, cataplasmes de farine de lin sur le devant du cou, limonade fortement citronnée, et la potion suivante :

Chlorate de potasse 3 à 10 gr. suiv, l'âge.	
Eau distillée.....	200 gr.
Sirop de mûres.....	30 —

à prendre une cuillerée à soupe toutes les heures.

3^o *Angine phlegmoneuse.*—Si la douleur est considérable, appliquer 5 ou 6 sangsues à l'angle de la mâchoire. Faire sucer de la glace et donner d'heure en heure trois des paquets suivants :

Salol pur.....	{ ââ 2 gr.
Sucre de lait.....	

En outre se gargariser toutes les heures avec :

Acide salicylique.....	1 gr.
Acétate de soude.....	0 50 cent.
Eau distillée.....	270 gr.
Sirop de rose.....	30 —

Lorsque cette angine est sujette à récidive, on peut en prévenir le retour par l'usage quotidien prolongé pendant des mois de l'un des gargarismes suivants :

Acide phénique cristallisé....	4 gr.
Alcool rectifié.....	20 —
Essence de menthe.....	1 —

dix gouttes dans un demi-verre d'eau matin et soir ; ou bien :

Salol pur.....	4 gr.
Alcool rectifié.....	20 —

une cuillerée à café pour un quart de litre d'eau trois ou quatre fois par jour.

La Pratique Médicale.

VARIÉTÉS.

Le traitement des morphinomanes a New-York

On vient d'établir à Brooklyn, une maison de santé pour les morphinomanes. On y dispose de douze lits pour ces malades et ceux qui font abus du chloral. Le traitement consiste dans une médication pulmonaire par la bromure de sodium et dans la restriction rapide de l'usage du marcotique. Cette période de restriction dure de dix à douze jours (*Rev. gen. de Clin. et de Thér.*)

Un cas d'ectogardie

Un curieux phénomène vient d'être signalé à Bruxelles : Une dame C..., femme d'un musicien des grenadiers, demeurant rue de la Poste, à Schaerbeek (faubourg de Bruxelles), a donné le jour à une petite fille qui présente une particularité extraordinaire : elle a le cœur à nu et placé à l'extérieur de la poitrine. Le thorax de la pauvre petite est concave et semble dépourvu de côtes dans sa partie antérieure. En haut et un peu à droite apparaît, tout rouge, une protubérance presque grosse comme le poing. C'est le cœur, que l'on voit distinctement battre. L'organe est à peine revêtu d'une légère membrane, à tel point qu'il a fallu le recouvrir d'une gaze phéniquée par dessus laquelle une feuille d'ouate maintient la chaleur nécessaire. Lorsqu'on essaie de soulever légèrement la gaze, on sent qu'elle adhère au cœur, dont la surface doit être visqueuse ou tout au moins humide. La respiration est haletante et secoue tout le corps du pauvre petit être comme en un spasme continuel.

(*Petit Parisien.*)

— La ville de New-York possède une institution unique dans le monde et d'une utilité incontestable : c'est un cabinet anatomique à l'instar de ceux de lecture, qui, au lieu de livres, possède des collections d'os humains qui sont loués, pour leurs études, aux étudiants en médecine et même aux médecins. Il y a là des milliers de pièces soigneusement étiquetées et conservées, que consulte incessamment une très nombreuse clientèle, et ce qui est curieux, c'est d'y voir aller et venir des étudiants portant de funèbres paquets ou les poches bourrées d'ossements de tous genres.

Le Scalpel.

Empoisonnement à bon marché

On nous signale depuis longtemps l'existence d'une industrie des plus dangereuses pour la santé publique. A Paris et en province, des camelots vendent sous les portes cochères ou dans les coins de rue, de la poudre ou du liquide destiné à réargenter les couverts. Sur la table d'occasion dressée devant eux s'étalent des manches de couteaux, des cuillers, des fourchettes brillant du plus vif éclat. Pour quelques sous, ces industriels offrent cette poudre ou ce liquide destiné à restaurer tous les objets de table et à les mettre à neuf. Naturellement, les bonnes, les petites ménagères, les ouvrières s'arrachent le produit et s'empressent de l'appliquer chez elles sur les couverts plus ou moins désargentés. Sans méfiance aucune, elles s'en servent, ainsi que leur entourage, loin de se douter que l'argentifère si brillamment prôné par le camelot n'est autre que du nitrate de cyanure de mercure ! Nous demandons maintenant au Conseil d'hygiène de Paris et au Comité consultatif d'hygiène de France de rappeler qu'il faut poursuivre avec la dernière énergie ces commerçants que l'ordonnance du 29 octobre 1846 et la loi du 19 juillet 1845 permettent de traduire en police correctionnelle.

(Lyon médicale.)

—LES SUICIDES A BERLIN.—Ils se produisent dans des proportions si considérables, que le ministre de la justice s'en inquiète. Les hommes compétents affirment que la progression de cette calamité est due à l'abus toujours croissant de l'usage du *schmups* ou mauvaise eau-de-vie de pommes de terre, qu'ils boivent avec la bière. *(Le Scalpel.)*

—BROWN-SEQUARD.—Fuerbringer a expérimenté sa méthode sur 18 hommes qui n'en ont retiré aucun bon effet, pas même de désirs sexuels. Généralement douloureuses, les injections ont parfois produit des accidents inflammatoires violents. On a voulu substituer au sperme la piperazine, mais celle-ci n'a aucune action stimulante. *(Le Scalpel.)*

BULLETIN

L'Hygiène dans la Province de Québec.

Nous venons de recevoir "Les Règlements du Conseil d'Hygiène de la Province de Québec"—ainsi que "Les Statistiques vitales et mortuaires de la population catholique de cette province pour les années 1889 1890."

Nous constatons que pendant ces deux dernières années, le taux moyen de la mortalité a été de 26 par 1000, tandis que dans les pays où l'hygiène est en honneur comme aux États Unis ou en Angleterre, ce taux n'a pas dépassé 18 pour 1000.

Bien que notre climat soit aussi salubre que celui de ces derniers pays, notre mortalité est cependant plus considérable de 8 pour 1000 âmes.

A quoi tient cette différence? Nous n'avons aucun doute que cette exagération du taux mortuaire de notre population ne dépende en grande partie des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles nous vivons; hygiène publique, hygiène privée: tout est mal observé.

Croirait-on par exemple que dans une grande ville comme Montréal surtout dans les endroits où la population est la plus dense, l'on rencontre à chaque maison, le plus souvent à quelques pas des chambres à coucher, des fosses d'aisances fixes, mal entretenues, sans ventilation.

Croirait-on qu'à Montréal et dans la plupart de nos paroisses de campagne, nous avons des salles d'écoles où l'on entasse pendant des heures, quatre et cinq fois plus d'enfants qu'elles n'en peuvent contenir.

Croirait-on que dans nos rues l'on rencontre des cadavres d'animaux en putréfaction.

Quant à l'hygiène privée c'est encore pis, nous avons des maisons qui passent des hivers entiers sans être ventilées.

Contre cet état de chose, que faut-il faire? Notre conseil d'hygiène provincial, et plusieurs bureaux locaux, ont déjà rédigé un certain nombre de règlements sanitaires.

Mais malheureusement ils ne sont pas encore suffisants et ne peuvent pas toujours être mis à exécution.

Toutefois nous avons confiance que des jours viendront où plus de succès couronnera de si louables efforts.

Quant à l'hygiène privée si l'on veut qu'elle soit pratiquée dans les familles, il faut commencer par l'enseigner à l'enfance, dans les écoles,

dans les couvents, dans les collèges. Il y a sous ce rapport un grand progrès à faire :

Et nous croyons que lorsque les familles comprendront l'importance des lois de l'hygiène privée et les mettront en pratique nos bureaux sanitaires auront moins de difficultés à faire accepter leur réglemens pour faire observer l'hygiène publique.

Incidentement nous avons parlé de l'entassement que l'on remarque dans la plupart de nos écoles de campagne et dans un certain nombre de nos écoles de la ville.

Il n'y a pas à le nier, c'est là une cause efficace de la mortalité des enfants. Et cependant le progrès ne vient pas vite.

Nous avons des inspecteurs chargés de surveiller l'avancement des élèves dans les différentes branches qu'ils étudient, pourquoi n'aurions nous pas un inspecteur d'hygiène pour les écoles. Il aurait à voir la manière dont on enseigne et aussi la manière dont on pratique l'hygiène dans les écoles.

Nécrologie.

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs la mort de M. le Dr. A. G. A. Ricard, autrefois professeur de matière médicale à l'Université Laval de cette ville.—M. le Dr. Ricard a succombé à une maladie qui le minait depuis longtemps.

BIBLIOGRAPHIE

L'AIDE-MÉMOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, qui vient de paraître, ne rendra pas moins de services que ses aînés.

Les descriptions, en style télégraphique, sont réduites au strict nécessaire : elles sont pourtant très exactes, très au courant et très complètes.

Comme précédemment, on retrouve consignées dans cet AIDE-MÉMOIRE les idées professées par les maîtres de nos écoles, et l'on retrouvera à chaque page les noms de Cornil, Charcot, Bouchard, Debove, Laboulbène, Grancher, Hayem, Fournier, Guyon, Verneuil, Straus, Ranvier, Lancereaux, Hallopeau, Brissaud, Letulle, Dejerme, Jeffroy, Hanot, Hutinel, etc. ;—Renaut, Bard, Bouveret (de Lyon) ;—Coyne, Pitre (de Bordeaux) ;—Kiener, Grasset (de Montpellier) ;—Leloir (de Lille), etc.