

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

- 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.

- 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.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPPELLE, M. D.,

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

Natalité et mortalité des enfants. — Quelques chiffres et quelques vérités.

Le nombre total des enfants, depuis ceux qui viennent de naître jusqu'aux enfants de quinze ans, est à peu près le tiers de l'ensemble de la population. Celui des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans est à peu près le neuvième de la population. Au Canada la proportion des enfants est beaucoup plus élevée.

Sur 1000 individus vivants, on en compte environ 333 de 0 à 15 ans, tandis que sur mille individus morts il y en a environ 425 de cet âge.

La plus grande mortalité des enfants est dans la première année de leur existence; ensuite elle diminue progressivement jusqu'à la fin de la sixième année; elle reste, à partir de cette époque jusqu'à la quinzième année, au niveau qui est le plus faible et en même temps plus constant que celui de n'importe quelle autre période de la vie.

Sur 1000 individus venus au monde vivants, il y en a 188, un cinquième par conséquent, qui meurent dans leur première année.

Comparée à la mortalité générale, la mortalité des nourrissons est à peu près huit fois la mortalité totale.

D'après des chiffres certains, la perte absolument inévitable des enfants dans le cours de leur première année peut être évaluée entre 90 et 100 par mille. Dans la rigoureuse acception des termes, toute mortalité d'enfants supérieure à cette dernière statistique doit être considérée comme excessive et anormale. Nous devons donc travailler pour descendre la mortalité de nos enfants de la première année à ce chiffre médiocre.

De tous les mois de la première année de l'enfance, c'est au premier qu'incombe la plus grande mortalité, puis au second, puis au troisième et au quatrième, puis au douzième, celui dans lequel on sèvre généralement les enfants. Après le 12^e mois

(1) Voir les livraisons précédentes.

vient le 5e, puis le 6e, le 7e, le 8e, le 9e, le 10e et le 11e dans lesquels la mortalité diminue progressivement.

Les quatre dixièmes des enfants qui meurent dans la première année ne dépassent pas un mois.

Dans les premières semaines de la vie, il meurt en moyenne autant d'enfants que dans la seconde et la troisième année réunies, ou que dans les quinze années qui s'écoulent de l'âge de 24 à celui de 40 ans.

Les *chétifs*, naturellement, fournissent la plus grande part dans ce contingent mortuaire, mais même ceux qui sont nés vigoureux présentent moins de résistance pendant cette période. Lorsqu'elle est passée, ils augmentent en force de mois en mois, et le contingent qu'ils fournissent au nombre des individus qui meurent diminue progressivement.

Un dixième de tous les enfants qui viennent au monde meurt dans son premier mois, après être à peine entré dans la vie; un cinquième est mort au bout de la première année; un tiers dans le courant des cinq premières années. Sur dix enfants, il y en a à peine sept qui atteignent leur sixième année.

La mortalité des enfants diminue à la fin de l'hiver, elle remonte en été pour redescendre en automne.

Les mois de juillet et d'août sont ici les plus meurtriers de toute l'année par l'effet de la diarrhée qui se produit à cette époque.

La proportion de la diarrhée est en relation de l'augmentation de la température.

L'élévation d'un degré de température au-dessus de 50° ne produit pas moins de 33.7 décès sur 1.000 naissances.

Pendant les étés pluvieux, la mortalité des enfants est très fréquemment plus faible que pendant les étés secs, peut-être en raison de la fraîcheur, peut-être aussi parce que la pluie lave l'air comme le sol. La diminution de la mortalité a dans ces cas, pour principale cause, la diminution de la fréquence des diarrhées d'été.

Si les enfants juifs meurent moins que les nôtres, cela est dû à ce que dans les maladies les israélites ont recours beaucoup plus tôt et beaucoup plus fréquemment à l'assistance du médecin.

Plus le chiffre des naissances est élevé, plus la mortalité est grande, et inversement. Comment expliquer ce fait? Le plus grand nombre d'enfants se trouvent dans la population la plus pauvre qui ne peuvent leur donner les soins et l'attention dont ils ont besoin, surtout dans les premiers temps de la vie, c'est-à-dire dans la période même où cette vie est le plus menacée. L'insuffisance de la sollicitude maternelle augmente avec le nombre des enfants, et avec elle la mortalité.

La mortalité est plus grande chez les pauvres que chez les riches. Dans les familles princières, sur 1000 décès, il y en a 57 frappant des enfants de 0 à 5 ans; dans les familles pauvres, au con-

traire, sur 1000 décès il y en a 345 frappant des enfants de ce même âge.

Dans la classe aisée de Genève, les enfants fournissent 1.5 par cent à la mortalité générale, tandis que l'ensemble de la population infantile du même âge fournit un contingent d'environ 12 par cent à la mortalité générale.

En Angleterre, sur 700 enfants nés vivants, au bout d'un an il vit 90 appartenant aux classes aristocratiques ;

79 " " commerçantes ;

68 " " ouvrières,

et au bout de dix ans, 81 appartenant aux classes aristocratiques ;

56 " " commerçantes ;

38 " " ouvrières.

Que nous prouvent ces chiffres ? l'influence extraordinaire du bien-être, c'est-à-dire du confort que l'hygiène veut procurer à tous. Il ne faut pas négliger d'étudier tout ce qui peut assurer ce bien-être, ce confort.

Comment administrer les remèdes aux enfants ?

Tous les jours on s'arrête devant le refus net de l'enfant, qui commande dans la maison comme un roi ou une reine, et qui ne veut pas prendre la potion préparée qui va casser la fièvre à son début, ou enrayer d'un seul coup l'inflammation, mortelle sans cela.

L'intervention peu active du médecin dans ce cas et la sensibilité de la mère laissent la maladie faire son chemin. Comme le voyageur elle se repose quelquefois, mais comme le voyageur aussi c'est pour marcher plus vite le lendemain. Il est donc bien important de connaître divers moyens de vaincre la résistance de nos pauvres petits gâtés de malades. Avant tout il faut pouvoir administrer le remède guérisseur.

Je dois dire que tous les moyens de douceur et de persuasion doivent être au premier rang ; que de grincheux j'ai vaincus de la sorte, et pour moi ce sont là des victoires d'autant plus glorieuses qu'elles comportent l'espérance de la guérison. Donc, que la bonté et la patience épuisent leurs trésors.

Mais le temps presse quelquefois. Avant de recourir aux moyens violents que j'indiquerai tout à l'heure, on pourra user de ruse.

Donnez le remède dans un verre de couleur ; plus d'un s'y laissera prendre.

Faites mâcher une pastille au jus de réglisse avant et après l'administration du médicament, la saveur de la réglisse masque l'amertume, quelle qu'elle soit, du remède employé.

Ne donnez jamais un médicament amer à l'état pur, sans mélange modificateur. Nous avons aujourd'hui une foule de moyens, une

fole de recettes avec lesquelles la mère doit être familière, et qui rendent tous les remèdes agréables.

La yerba santa masquera ainsi toutes les préparations qui révoltent le goût par leur amertume trop accentuée; avec ce sirop vous pourrez donner à volonté les préparations de gentiane, colombo, quinquina, quinine, etc.

L'huile de ricin, ce remède si domestique, s'administrera facilement à l'enfant si vous faites un mélange d'huile, de gomme arabique pulvérisée et de sirop de groseille; la gelée que vous faites ainsi est prise volontiers et l'effet purgatif est aussi certain.

Je me permettrai de faire remarquer ici que l'on doit préparer tout loin des regards inquiets du petit malade, et se bien garder de faire aucune réflexion concernant l'odeur ou la saveur d'un médicament sur la vertu duquel on compte pour obtenir une guérison.

Le plus souvent, cependant, il faut avoir recours à des moyens énergiques, à la violence. Il ne faut pas hésiter; souvenons-nous que si la tendresse d'une mère fait le bonheur et la gaieté de son enfant en santé, cette même tendresse, alarmée d'une violence plus apparente que réelle, peut le tuer.

L'habitude est de pincer le nez, de verser le remède sur le milieu de la langue; il se fait un mouvement de déglutition prompt par les efforts d'inspiration buccale, et la potion est avalée.

Sans doute, il y a des mouvements de résistance qui rendent l'opération quelquefois difficile; l'enfant proteste des pieds et des mains, des bras et des jambes; eh bien, pour assurer la victoire, il faut emprisonner tout cela au moyen d'une couverture dans laquelle le petit malade est enveloppé: le maillot, ici, est l'instrument du succès.

1er février 1890.

—Les clients sont comme les aiguilles aimantées; ils s'attirent l'un l'autre, à la condition toutefois que les premiers adhèrent solidement.

—La santé, a-t-on dit, est le zéro qui fait valoir les autres biens de la vie; le malheur est que beaucoup de gens, par leurs folies, le font passer à gauche.

—Les progrès si rapides et les merveilleuses découvertes de la science moderne ne doivent pas nous faire oublier que la médecine est vieille déjà de deux mille ans.

—La médecine est une profession libérale et philanthropique; c'est aussi un métier qui peut être lucratif. Les mêmes qualités ne sauraient suffire à bien exercer l'une et l'autre.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

L'accoucheur ne doit jamais se substituer à la nature, quand cette dernière peut faire son ouvrage seule. (Prof. DAGENAIS.)

L'antisepsie la plus rigoureuse doit dominer la thérapeutique des affections oculaires externes. (Prof. FOUCHER.)

De toutes les manifestations de la diphthérie, c'est l'angine qui est le plus habituellement suivi de paralysie. (Prof. LARAMÉE.)

Comme médicaments antisypilitiques, la salsepareille et le gaïac sont aujourd'hui reconnus être absolument inertes et inutiles. (Prof. DESROSIERS.)

L'intensité des douleurs d'oreilles n'est pas toujours en rapport avec la gravité de la maladie: un furoncle du conduit auditif détermine autant. (Prof. FOUCHER.)

Dans les cas de déplacements utérins avec chute d'un ovaire, avant d'introduire un pessaire, voyez si l'ovaire n'est pas fixé par des adhérences. (Prof. BRENNAN.)

La saignée trouve sa place dans les congestions ou inflammations dans le cours de toute maladie, même des fièvres, de la syphilis, etc. (Prof. LARAMÉE.)

L'hémorrhagie post-partum est souvent causée par une délivrance hâtive et des tractions intempestives sur le cordon ombilical. (Prof. DAGENAIS.)

L'angine tardive, c'est-à-dire celle qui apparaît vers le 10^e jour de la scarlatine, est de nature diphthérique, mais celle-ci envahit le larynx et les voies aériennes plus rarement que la diphthérie vulgaire. (Prof. LARAMÉE.)

On ne peut juger d'avance l'étendue qu'aura une tache indélébile de la cornée par l'étendue de l'ulcère qui doit la causer : il faut faire la part de l'infiltration qui peut disparaître sans laisser de traces. (Prof. FOUCHER.)

La dilatation forcée, rapide, antiseptique, doit toujours être faite dans les cas de dysménorrhée avec flexion ; dans toute dysménorrhée elle apporte généralement du soulagement. (Prof. BRENNAN.)

En traitant une femme enceinte, il est bon de toujours se rappeler que chez elle les globules rouges du sang sont diminués en nombre, et la partie aqueuse augmentée, et que son sang se trouve en tout semblable à celui des chlorotiques. (Prof. DAGENAI.)

Dans les cas de lésions superficielles de la cornée, il faut inspecter avec soin l'implantation des cils ; on trouve souvent là une cause d'irritation qui, négligée, rend la maladie cornéenne rebelle à tout traitement. (Prof. FOUCHER.)

De toutes les médications, la médication diurétique est peut-être la plus incertaine, si l'on en excepte la médication emménagogue. La plupart des infusions diurétiques n'agissent que par l'eau qui sert de véhicule au médicament. (Prof. DESROSIERS.)

Le *faradisme* paraît avoir un bon effet dans beaucoup de désordres vagues abdominaux, caractérisés par des pesanteurs, des douleurs ovariennes, des coliques utérines, etc. Il semble donner du ton et favoriser la circulation. (Prof. BRENNAN.)

L'usage du nitrate d'argent, en cautérisation sur la conjonctive palpébrale, au début de l'ophtalmie purulente, peut être remplacé avantageusement par l'application permanente de glace sur l'œil malade et par l'emploi combiné de liquides antiseptiques. (Prof. FOUCHER.)

De toutes les fièvres éruptives, c'est la scarlatine qui offre les prodromes les plus courts. Ainsi, ordinairement, l'éruption apparaît au deuxième jour de l'invasion, tandis que celle de la variole et de la rougeole survient respectivement le troisième et le quatrième jour. (Prof. LARAMÉE.)

La photophobie et les douleurs ciliaires causées par les kératites ne sont pas toujours en rapport direct avec l'étendue et la profondeur de la lésion : une simple infiltration cornéenne superficielle et limitée d'étendue peut causer plus de trouble qu'un ulcère large et profond. (Prof. FOUCHER.)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION
DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Seance du 30 janvier 1890.

Présidence de M. le docteur A. R. MARSOUS.

Hydronephrose double ; pneumonie descendante.

Le Dr BRENNAN communique la note suivante relative à une autopsie pratiquée la semaine précédente :

Le cadavre est celui d'un homme de 63 ans, amaigri ; rigidité cadavérique peu marquée (autopsie 9 heures après la mort.) Sur le membre inférieur gauche on trouve deux petits abcès du volume d'un petit pois ; sur le droit, trois autres foyers purulents à peu près de même grosseur.

Le sac péricardique contient une once d'un liquide citrin.

Le poumon gauche est légèrement emphysémateux ; bronches hyperhémisées, légères adhérences plourétiques au sommet et à la base.

Au poumon droit, adhérences plourales résistantes dans toute l'étendue de la plèvre ; plaques fibreuses, grisâtres, épaisses sur la plèvre viscérale du lobe supérieur ; le lobe supérieur présente dans toute son étendue une hépatisation grise commençante ; le lobe moyen, une hépatisation rouge avancée et le lobe inférieur une hépatisation rouge plus récente et une congestion intense. On trouve quelques tubercules crétacés au sommet de ce poumon. Cette pneumonie paraît être la cause immédiate de la mort.

Pas de lésions cardiaques.

La plupart des organes sont anémiés. La rate présente des signes de sclérose.

Les intestins sont fortement anémiés, pâles, blouâtres, et le rectum est d'un calibre certainement beaucoup plus petit qu'à l'état normal.

Les deux reins offrent une hydronephrose avancée. Le rein gauche et son contenu pèsent 31 onces ; le rein droit, 22 onces. Le rein gauche forme une tumeur proéminente dans la cavité abdominale ; il mesure 6½ pouces dans son diamètre vertical et 4½ dans ses diamètres antéro-postérieur et transversal.

Il est presque en entier formé d'énormes poches kystiques à parois très minces par endroits, communiquant la plupart les unes avec les autres. Une seulement des poches renferme un grand calcul phosphatique de forme irrégulière. Le centre du rein renferme une quantité considérable de tissu adipeux. La substance propre de l'organe est très rare. Le liquide des kystes est laiteux. L'artère est légèrement dilatée à son origine.

Le rein droit est plus petit que le gauche; les kystes sont plus petits, mais beaucoup plus nombreux; la destruction de la substance rénale est aussi complète que dans le rein gauche. Le liquide est de même nature que dans celui-ci. Le rein renferme trois gros calculs; le plus grand atteignant 1 $\frac{1}{2}$ pouce de longueur; ils sont tous irréguliers, contenus dans les poches kystiques, mais non libres, il faut inciser le traqulement entre deux poches pour les extraire; le plus grand est complètement caché et entouré d'une couche épaisse de tissu graisseux au centre du rein. Comme dans le rein gauche, il n'y a aucun calcul, ni dans le bassinet, ni dans les calices. Les urèthres et la vessie sont libres de toute obstruction: le lobe moyen d'une prostate très peu hypertrophiée fait légèrement valvule sur l'orifice urétral de la vessie. Aucune trace de pyonéphrose. L'urèthre paraît normal. Aucune autre tumeur intra-abdominale. La vésicule biliaire contient une dizaine de petits calculs. L'estomac paraît séparé en deux par une bande et non une cloison fibreuse, large d'environ un pouce et demi. Les deux compartiments ainsi limités présentent, à des degrés différents, des signes de gastrite chronique; dans la partie gauche la paroi est très mince, la muqueuse, enflammée mais peu ou pas épaissie; dans la partie droite, la muqueuse est considérablement épaissie et enflammée. Le pylore est rétréci par une bande fibreuse circulaire d'un demi pouce de largeur.

Le malade se serait surtout plaint de démangeaison à la peau et de douleurs épigastriques, rarement de douleurs lombaires; l'urine aurait été albumineuse; pas de désordres de la miction; pas d'œdème; pas de dyspepsie ni de troubles oculaires; quelques désordres gastriques mais pas de troubles cardiaques; sensation marquée de doigt mort, et amaigrissement considérable. Pneumonie insidieuse.

Placenta prævia.

Le Dr MARSOLAIS rapporte un cas de "placenta prævia" observé chez une femme de 38 ans, lors de sa huitième grossesse. Dans les trois ou quatre semaines qui ont précédé l'accouchement, des pertes assez considérables, allant toujours en augmentant, avaient inquiété la malade, mais des astringents et le repos avaient pu maîtriser l'hémorrhagie. Cependant, le 3 janvier dernier, les pertes recommencèrent, accompagnées, cette fois, de douleurs survenant à intervalles assez rapprochés, au point que le mari,

croyant que l'accouchement allait se faire sous peu, vint en toute hâte requérir mes services.

Au premier examen, j'ai constaté en effet que le col était déjà passablement dilaté et surtout dilatable, et qu'une masse charnue que je n'eus pas de difficulté à reconnaître comme étant une partie du placenta, faisait hernie dans l'ouverture du col. L'hémorrhagie allant en augmentant, et attendu que je n'avais pu faire le diagnostic de la présentation, je résolus de faire un second examen quelques minutes après, mais je ne pus sentir ni la tête ni le siège, mais bien que que chose de mal défini qui me faisait croire à une présentation d'un des plans latéraux.

En effet, après avoir fait connaître au mari l'état de la malade, le danger qu'elle encourait ainsi que l'enfant, je crus devoir ne pas perdre de temps, et procéder immédiatement à la version.

Les membranes furent facilement perforées, et après avoir constaté que j'avais affaire réellement à la présentation du plan latéral gauche, je saisis un pied, puis opérai l'évolution de l'enfant et le tirai au dehors. Le tout se fit dans l'espace de quelques secondes. A ma grande surprise, je retirai de l'utérus, en même temps que le pied de l'enfant, un assez gros fragment de placenta qui avait été détaché de l'arrière-faix, soit au moment où ma main pénétra dans la matrice, soit encore en opérant des tractions sur le pied.

L'enfant, quelque peu asphyxié au moment de sa naissance, revint bientôt à la vie après quelques frictions le long de la colonne vertébrale et des ablutions chaudes.

Après la naissance de l'enfant, l'hémorrhagie ne parut pas diminuer beaucoup, et ce n'est qu'à la faveur de manipulations longtemps continuées sur le fond de l'utérus, et à la suite de l'administration de quelques doses d'ergot que des contractions assez énergiques se produisirent qui mirent fin à l'hémorrhagie. La délivrance se fit bien en peu de temps, et bientôt tout rentra dans l'ordre le plus parfait.

L'enfant et la mère, quoiqu'ayant été faibles pendant quelque temps, se portent très bien aujourd'hui.

Le Dr Marsolais appuie, en terminant, sur le fait que le temps est précieux quand on est en présence d'un cas de placenta prævia, et que, dans une grossesse à terme, on doit alors préférer la version au tamponnement et même à l'application du forceps au détroit supérieur en supposant qu'on aurait réussi à amener la tête en position. La version est le moyen le plus sûr, le plus rapide, et se trouve à la portée de tous les médecins.

Rhumatisme articulaire ; péricardite ; hémichorée.

Le Dr L. N. DELORME communique l'observation suivante :
G. R..., jeune fille de 13 ans, ayant été obligée de faire deux milles à pied, à la campagne, à travers champs, dans la neige, fut

prise, la nuit suivante, de fièvre, de frissons, et d'un gonflement douloureux dans les genoux et les cous-de-pied.

Je vois la malade six jours après le début de la maladie ; la face était pâle, souffrante, le pouls battant 100 à la minute ; température 100° F., rien du côté du cœur ni des poumons. L'urine rare, chargée d'urates ; appétit assez bon ; pas de céphalalgie. Je prescrivis le salicylate de soude, à dose de 10 grs. toutes les 4 heures, ainsi que des applications de teinture d'iode morphinée, et des fomentations chaudes sur les parties malades.

Le 8 janvier, 48 heures après le début de ce traitement, la tuméfaction et la douleur des articulations ont disparu ; la fièvre est tombée, le pouls est à peu près le même.

9 janvier.—Urines plus rares, la malade passe la nuit sans dormir, elle ressent une douleur atroce dans la région précordiale, souffre de dyspnée, les lèvres sont cyanosées, la figure est anxieuse, la respiration donne 40 à la minute ; la température est à 102° F. (à 10 hrs a. m.), le pouls à 120. A l'auscultation on entend un bruit de frottement comme si l'on froissait du parchemin.

Je cesse le salicylate de soude, et le remplacee par la digitale et le tartre stibié, à l'intérieur ; vésicatoires et ventouses scarifiées, puis des opiacés pour calmer la douleur.

12 janvier.—Le bruit de frottement est disparu et on entend battre le cœur comme dans un liquide, il y a une légère voussure de la région précordiale et une matité assez bien prononcée entre la 6e et la 3e côte,—applications de teinture d'iode, diurétiques et diaphorétiques.

Les jours suivants, le liquide paraît diminuer en quantité.

20 janvier.—Le liquide paraît diminuer encore, mais les vertèbres cervicales et les trois ou quatre premières dorsales sont prises de tuméfaction et de douleur, désordre qui dure six jours après lesquels la malade est atteinte d'une héli-chorée des mieux conditionnées. J'ordonne le bromure de potassium alternativement avec la liqueur de Fowler. Le soir, au coucher, je fais prendre 15 grs. d'antipyrine, qui paraît calmer les douleurs pendant deux ou trois heures.

La malade est encore sous observation.

Ankylose cardiaque ; lésions valvulaires.—Pneumonie descendante.

Le Dr M. T. BRENNAN rapporte le cas suivant :

E. R., 26 ans, est un ancien cardiaque ; a eu du rhumatisme articulaire aigu à plusieurs reprises. A l'auscultation, souffles variés ; bruit de râpe, bruit de galop ; cœur hypertrophié, choc énergique.

Le malade est pris un jour de dyspnée plus intense que d'habitude, avec crachats sanguinolents, légèrement rouillés, point de côté; le poumon droit s'hépatise rapidement et le malade succombe.

Autopsie.—La cavité péricardique est entièrement oblitérée, les deux feuillettes du péricarde sont en tous points adhérents l'un à l'autre; il y a ankylose cardiaque.

Toutes les valvules cardiaques sont malades depuis longtemps et l'endocarde est altéré. On constate de l'hypertrophie concentrique et excentrique, et l'infiltration graisseuse du myocarde. Le cœur pèse 24½ onces.

Le poumon gauche est fortement congestionné. Au poumon droit, il y a des adhérences pleurales considérables et anciennes.

Tout le lobe supérieur présente manifestement une hépatisation intermédiaire à l'hépatisation rouge et à l'hépatisation grise. Les lobes inférieurs sont hépatisés, mais ils le sont moins à mesure que l'on se rapproche de la base.

Séance du 18 février 1890.

Présidence de M. le docteur BRENNAN.

La Grippe.

Le Dr. H. E. DESROSIERS communique la note suivante:

Ne désirant pas étudier ici la symptomatologie ni le traitement de la grippe, lesquels sont connus de tous, je ne veux que donner les résultats de quelques observations que j'ai été à même de faire durant l'épidémie que nous venons de traverser.

La manière dont la grippe s'est propagée ici, à Montréal, ainsi que dans les autres pays, doit justifier l'idée que cette maladie est de nature infectieuse. Est-elle contagieuse d'individu à individu, c'est ce que l'étude attentive des cas observés par moi ne me permet pas de dire. On a avancé qu'elle tient à quelqu'influence tellurique, hygrométrique ou autre de l'air atmosphérique. Je penche assez vers cette manière de voir si je m'en tiens aux faits que j'ai eus devant les yeux, entre autres au suivant: ce sont les sujets les plus directement exposés aux variations atmosphériques et aux influences telluriques qui ont souffert en plus grand nombre. Dans mon expérience, comparé au nombre d'hommes atteints, celui des femmes a été relativement petit. Remarquons qu'en même temps que la grippe nous visitait, nous avions des variations aussi fréquentes que brusques de la température, et une humidité presque constante de l'atmosphère. Le microbe de la grippe, si microbe il y a, ne trouvait-il pas là un milieu très favorable à sa multiplication? J'ai donc observé que ce sont les hommes, surtout ceux

exposés par leurs travaux et occupations aux influences atmosphériques dont je viens de parler, qui ont été principalement atteints. (1)

Deux systèmes de l'économie ont surtout souffert dans les cas de grippe observés : le système muqueux et le système nerveux. De toutes les muqueuses, la respiratoire a été la plus malmenée, comme c'est assez l'habitude, du reste. Dans plus d'un cas, la muqueuse nasale n'a pas été atteinte. Tous, sans exception, ont souffert de la toux.

Après la muqueuse respiratoire, c'est la muqueuse digestive qui a été affectée le plus souvent, et cela dans la proportion de 25 pour 100. Il est vrai d'ajouter qu'en plusieurs cas où il y a eu des vomissements, ceux-ci ont pu être attribués à l'antipyrine.

Du côté du système nerveux, ce sont le cerveau et la moelle qui ont été principalement affectés : céphalalgie (même sans *co-ryza*), rachialgie, courbature, douleurs, dans les membres inférieurs surtout.

Parmi les suites et complications de la grippe, il a été facile de retrouver cette tendance de la maladie principale à affecter les

(1) Depuis que cette communication a été faite à l'*Association*, j'ai trouvé, dans une note de M. le Dr BERTILLON, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris, au sujet de la mortalité à Paris pendant le mois de décembre 1889 (le mois de la grippe), j'ai trouvé, dis-je, une confirmation de ce que j'avais avancé d'après des observations personnelles. Je cite textuellement :

“ *Mortalité par sexe et par âge.*—L'accroissement de mortalité atteint les deux sexes, mais très inégalement, car tandis qu'ordinairement il meurt à peu près autant de femmes que d'hommes, ceux-ci meurent actuellement en plus grand nombre.

“ L'inégalité des sexes devient plus frappante si on analyse les âges. On voit alors un fait singulier :

“ 1^o Que parmi les enfants, la mortalité des deux sexes reste ce qu'elle est toujours (un peu plus forte pour les garçons que pour les filles) ;

“ 2^o Que parmi les adultes, les hommes sont actuellement DEUX FOIS plus frappés que les femmes ;

“ 3^o Que, parmi les vieillards, au contraire, les femmes sont un peu plus frappées que les hommes.

“ Ces lois se retrouvent pour chacune des deux semaines : c'est ce que montrent les chiffres suivants :

“ DÉCÈS PAR SEXE ET PAR ÂGE.

	3 ^e semaine		4 ^e semaine	
	Chiffres rectifiés			
	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.
De 0 à 19 ans.....	200	179	234	220
De 20 à 59 ans.....	485	260	772	415
De 60 et plus.....	215	287	318	375
	<hr/>		<hr/>	
	900	726	1324	1010
	<hr/>		<hr/>	
	1,621		3,334	

“ Ainsi, l'accroissement de mortalité pèse sur tous les âges et sur les deux sexes, mais il pèse tout spécialement sur les hommes adultes de 20 à 60 ans.” H. E. D.

systèmes nerveux et muqueux. C'est ainsi que nous avons tous observé de la broncho-pneumonie, de la pneumonie franche, de la faiblesse musculaire, des névralgies, des céphalées persistantes.

Dans à peu près la moitié des cas, j'ai rencontré des demi-paralysies, de l'anesthésie cutanée, affectant de préférence les parties du système les plus exercées ou les plus fatiguées : ainsi, chez les marcheurs, ce sont les jambes ; chez les ouvriers, ce sont les bras, etc. Dans un cas, il y a eu anesthésie de la plante des pieds avec faiblesse musculaire considérable siégeant dans les deux jambes.

Un phénomène cérébral qui m'a beaucoup frappé et que je n'ai pas été le seul, du reste, à rencontrer, c'est un affaissement moral presque aussi considérable, dans l'espèce, que l'affaissement physique commun à tous les grippés. Cet affaissement moral m'a paru plus marqué chez les hommes, et cela, non seulement *durant* la maladie, mais aussi *après*. Une des plus curieuses manifestations de cet état moral a été, pendant la convalescence, une tendance marquée aux idées tristes, avec crises de larmes et accès de mélancolie sous les prétextes les plus futiles ou sans raison aucune. J'ai rencontré ces manifestations chez des sujets parfaitement bien équilibrés, d'ailleurs, au point de vue des fonctions cérébrales.

Chez les sujets qui, bien qu'affectés de trachéo-bronchite plus ou moins légère, ont eu le bon esprit de garder la chambre huit ou douze jours après le retour de la température à la normale, je n'ai pas observé un seul cas de complication grave ni de rechute.

Pour moi, les complications auraient été de beaucoup moins fréquentes et de beaucoup moins graves si les malades n'avaient pas commis d'imprudences : *a.* quelques-uns en continuant leurs travaux et leurs sorties, alors qu'ils se sentaient déjà frappés par la maladie ; *b.* d'autres en sortant trop tôt, par ces froids d'hiver, et se mettant au travail trop tôt aussi, malgré les avis et défenses de leur médecin.

Chez qui en effet a-t-on vu des complications inflammatoires (surtout la broncho-pneumonie) survenir, et chez qui ces complications ont-elles été surtout fatales ? chez les hommes : hommes d'affaires ou de professions, etc., tous anxieux de sortir, de se rendre à leur bureau, etc. Je pourrais citer plusieurs cas de médecins qui ont été atteints de la sorte pour avoir voulu sortir trop tôt, sollicités qu'ils étaient par leurs clients. C'est dans ces conditions qu'a été enlevé à la science française le regretté professeur Damaschino.

Il est à peine nécessaire de rappeler que les complications de la grippe se sont montrées de préférence chez les sujets affaiblis, chez les débilités, et ont porté en grande partie sur des organes préalablement malades. Les tuberculeux, les anciens pneumoniques ont été les sujets choisis par la broncho-pneumonie. Chez les

cardiaques nous avons eu la pneumonie franche, et surtout la congestion pulmonaire, souvent généralisée.

Ce qui a fait enfin le danger, et de la maladie, et des complications, ça été l'état antérieur des malades.

Le traitement qui m'a donné, d'une manière générale, de bons résultats, est celui que tout le monde connaît : antipyrine, sulfate de quinine, bromure de potassium, sudorifiques, laxatifs au besoin.

On a dit : " la grippe est une maladie à microbe ; donc, pas de saignée dans les cas de complications pulmonaires : congestion ou inflammation."

Ceci, je crois, a été une erreur déplorable. La pneumonie franche, primitive, est bien, dans l'opinion de la plupart des autorités du jour, une maladie à microbe ; cependant on la combat souvent par la saignée. Pourquoi ne ferait-on pas de même quand elle complique une maladie infectieuse comme la grippe ? Je suis à même de déclarer que plus d'un cas de pneumonie ou de congestion pulmonaire compliquant la grippe auraient grandement bénéficié d'une saignée générale pratiquée en temps opportun, et que même plus d'une vie eut été sauvée. En médecine, quand une théorie a pour effet pratique de nous faire abandonner—au grand préjudice de nos malades—des méthodes de traitement naguère couronnées de succès, je dis que cette théorie, rationnelle dans l'espèce, est condamnable cliniquement. Au reste, selon M. le professeur Peter à qui j'emprunte ce mot de la fin, " dans le traitement de la grippe, ce n'est pas au microbe qu'il faut s'adresser, mais aux phénomènes symptomatiques."

Le Dr J. N. MOUNT a observé un amaigrissement assez marqué chez les personnes ayant souffert de la grippe. Chez un grand nombre de grippés, il y a eu de l'épistaxis, parfois rebelle, persistante et à répétitions.

Le Dr L. N. DELORME a noté deux cas d'avortement à la suite de rechutes de grippe, et un cas d'hémorrhagie dentaire, au 2e jour de la grippe, hémorrhagie survenue cinq jours après l'extraction d'une dent. Il se demande si on ne pourrait pas rapprocher ces cas de ceux d'épistaxis cités par le Dr Mount.

Le Dr BRENNAN croit la maladie infectieuse et contagieuse. Il a constaté, dans un cas, un herpès labial fébrile, étendu à tout un côté de la face. Dans un autre, une éruption érythémateuse généralisée à toute la peau, à l'exception de celle des mains et des pieds ; cette éruption, accompagnée de démangeaison, a persisté pendant toute l'évolution de l'influenza et s'est terminée par une légère desquamation furfuracée.

Dans un troisième cas, une éruption semblable à la précédente est aussi venue sur la poitrine et le cou après la chute de la fièvre. Il a rencontré trois cas d'épistaxis rebelles à répétition, du côté gauche ; aussi plusieurs cas de névralgies intenses localisées ; en

général de peu de durée: périorbitaire, auriculaire, dentaire, toutes unilatérales gauches; deux cas d'otite purulente. Une patiente convalescente d'influenza et n'ayant pas laissé sa chambre depuis le début de sa maladie, a été prise d'une *parotidite* gauche qui dura trois semaines et se termina par une névralgie ovarienne gauche avec exaltation de tendances hystériques pré-existantes. Le Dr Brennan a remarqué que la maladie était plus traînante chez les sujets *piqués* aux poumons ou au cœur. Les autopsies faites à l'hôpital sur des sujets morts à la suite de grippe ont révélé la plupart du temps une broncho-pneumonie ou une pneumonie descendante.

La maladie serait une fièvre essentielle avec manifestations muqueuses et névralgiques.

Le Dr. Brennan a constaté que chez les personnes traitées dès l'apparition des premiers symptômes, la maladie était très bénigne.

L'antipyrine a donné les meilleurs résultats contre la douleur et la courbature.

Il signale l'inefficacité des expectorants en général; la térébenthine aurait donné de bons résultats chez les enfants.

Les pulvérisations d'une solution alcoolique de menthol auraient aussi donné la plus grande satisfaction dans le soulagement du coryza, de même que la strychnine, sous forme de sirop d'Easton, comme tonique reconstituant.

Le Dr I. CORMIER a observé, dans un hospice de femmes dont il est le médecin ordinaire, 60 cas de grippe sur 132 sujets, l'âge des malades variant de 5 à 70 ans. La durée moyenne de la fièvre a été de 2 jours, le maximum étant de 7 jours. Dans 6 cas seulement il y a eu rechute, d'aucune conséquence, du reste, et de peu de durée; 22 malades ont présenté des accidents bronchiques; 11 ont eu du coryza, 8 de la diarrhée et 15 du vomissement. Chez 5 malades les douleurs intestinales ont été assez vives. Plusieurs patients, enfin, ont souffert d'otite supprimée dans les quelques jours qui ont suivi la guérison.

Toutes ces malades vivaient dans l'hospice même, ne sortaient pas, et n'ont été, par conséquent, aucunement exposées aux influences atmosphériques ou aux variations de température. Ce fait est important et constitue une preuve évidente en faveur de la contagion de la grippe.

Le traitement ordonné par le Dr Cormier a été le suivant: Pé-diluves; 5 grs. de sulfate de quinine combinés à 20 grains de bromure de potassium, à prendre quatre fois dans les 24 heures, diminuant un peu la dose le lendemain et les jours suivants, jusqu'à cessation de la fièvre; dans les cas de constipation, laxatifs salins. Contre la toux, potion à l'élixir parégorique, sirops de scille et de tolu, huile de lin et teinture de belladone. L'anémie

subséquente a été combattue par le vin de quinine et les stimulants alcooliques : cognac, etc.

Vice de conformation des organes-génitaux chez la femme ; absence complète de vagin, d'uterus et d'ovaires.

Le Dr. BRENNAN présente l'observation qui suit :

Dlle X., 24 ans ; vient de la campagne, et veut savoir si elle peut se marier. N'a jamais eu de menstrues ni hémorrhagies supplémentaires ; aucuns troubles périodiques. Bonne santé ; personne bien constituée physiquement ; voix, rien de particulier, léger embarras de la parole ; surdité légère ; allures de prude ou de gêne. Seins apparemment développés en rapport avec la constitution de la patiente.

Examen : Mont de Vénus et grandes lèvres munis de poils abondants. Organes externes bien conformés apparemment ; nymphes normales de même que le méat urinaire ; pas d'ouverture vaginale, membrane assez lisse, même coloration que le reste de la muqueuse vulvaire ; quelques replis de la muqueuse simulent des caroncules myrtiformes. Au toucher on ne peut pénétrer dans aucun conduit vaginal. Le toucher rectal—le rectum admet facilement deux doigts—combiné au palper abdominal et au sondage vésical, révèle l'absence complète de tout conduit vaginal ou cordon fibreux pouvant simuler un vagin. De plus, malgré une perquisition minutieuse et assez facile, vu la flaccidité des parois abdominales, on ne retrouve aucun vestige ni d'utérus, ni d'annexes.

L'urèthre est légèrement en arrière ; la vessie est d'une grande capacité ; une sonde introduite dans la vessie fait apprécier facilement l'épaisseur de la cloison recto-vésicale et facilite l'examen pelvien.

—Vous causez avec un ami des misères de la profession et celui-ci, homme aimable et compatissant, vous plaint sincèrement des dérangements si souvent inutiles que nous causent certains clients.

Quelques heures après, pendant votre dîner, on sonne à votre porte à tour de bras ; en vingt minutes, on est venu trois fois vous réclamer. Vous accourez enfin, quelque peu effrayé : c'est votre ami qui souffre d'une digestion un peu laborieuse.

—Tel qui eut été professeur émérite, excellent notaire, employé modèle ou bon propriétaire, s'est fait médecin et pâtit de ce choix ... moins pourtant que ses malades.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Cirrhose hypertrophique biliaire.—Leçon de M. CHAUFFARD à la faculté de Médecine de Paris.—Après les premiers travaux de Requin et de Todd, Olliver (de Rouen) met en relief les caractères cliniques de la cirrhose hypertrophique biliaire et confirme les recherches anatomiques de Charcot et de Luyz. Hayem étudie la répartition du tissu scléreux ; Cornil constate la dilatation des canalicules biliaires et la formation de réseau biliaire intra et extra-lobulaire. Hanot fait de la maladie une étude remarquable dans sa thèse inaugurale et l'appelle "cirrhose hypertrophique avec ictère chronique," il localise le point de départ des lésions scléreuses dans les petits canaux biliaires des espaces portes et crée, en un mot, cette affection telle que nous la connaissons aujourd'hui. Charcot et Gombault arrivent aux mêmes conclusions à la suite de leurs recherches expérimentales.

La symptomatologie de la cirrhose hypertrophique présente à étudier une première période très vague caractérisée par un ensemble de phénomènes sans importance ; ce sont des troubles digestifs qui peuvent être rapportés à l'alcoolisme, anorexie, vomissements muqueux et bilieux ; le sujet se plaint de douleur hépatique, il a une teinte subictérique, ses forces diminuent, le foie est tuméfié et quelquefois des épistaxis apparaissent. Ces symptômes disparaissent sans difficulté par les purgatifs et des ventouses à la région hépatique, puis il reparaissent au bout de quelques mois, cette fois l'ictère est plus prononcé, des épistaxis surviennent, le foie reste gros, et la guérison n'est qu'apparente. La seconde période, la période de cirrhose confirmée, se manifeste par ses trois grands symptômes : l'ictère chronique, l'hypertrophie du foie et l'hypertrophie de la rate, on pourrait y ajouter l'absence d'ascite. L'ictère est dû au catarrhe des canalicules biliaires et à la rétention de bile qui en est la conséquence ; il est chronique, il persiste pendant des mois, des années, variable d'intensité à son apparition il acquiert plus tard une teinte olivâtre ; il est accompagné de prurit de la peau et parfois de ralentissement du pouls. Les urines sont rares (pas plus d'un litre par vingt-quatre heures), plus ou moins foncées et riches en urates et en acide urique ; l'urée est un peu diminuée. Le foie est gros, il peut doubler de volume au bout de quelques mois ou de quelques années, il peut simuler un kyste hydatique ; il est dur, lisse au toucher, régulièrement hypertro-

phié, sans rénitence et sans tuméfaction, douloureux spontanément et à la pression avec irradiation quelquefois à l'épaule droite, la douleur peut être très violente s'il y a de la périhépatite. La rate est très hypertrophiée, elle atteint le double ou le triple de son volume. L'absence d'ascite et l'absence de circulation complémentaire abdominale n'ont pas une grande valeur. L'état général est médiocre, le malade peut travailler pendant quelque temps. Souvent le cœur droit est dilaté avec un bruit de galop ou un souffle tricuspïdien (insuffisance tricuspïdienne).

Parfois la marche de la maladie se fait, surtout chez les alcooliques, par crises paroxystiques, chaque crise est constituée par la recrudescence de tous les symptômes avec des hémorrhagies abondantes, des épistaxis surtout, des hémorrhagies des gencives ou des pétéchies, ces hémorrhagies sont des signes précurseurs de l'ictère grave; la fièvre se montre souvent avec des frissons, sensations de chaleur et sueurs. Chaque poussée dure de huit jours à deux mois suivant la gravité. Ces poussées se terminent longtemps par la guérison par une crise urinaire (augmentation d'urée et d'urines), mais elles affaiblissent de plus en plus le malade et l'amélioration devient de moins en moins complète. Les poussées se rapprochent de plus en plus et deviennent de plus en plus intenses, l'ictère grave secondaire survient, le coma et enfin la mort.

L'examen macroscopique du foie nous le montre régulièrement hypertrophié, très lourd, pesant de 2 à 4,000 grammes, à surface légèrement grenu; la capsule de Glisson est souvent épaissie, l'enveloppe péritonéale présente des plaques de péritonite chronique. A la coupe, il offre une coloration vert olive ou vert épinard avec un fond gris rosé (tissu conjonctif avec semis verts lobules hépatiques infiltrés de bile). Au microscope on constate pendant longtemps l'intégrité des cellules hépatiques, la vitalité y est même accru (augmentation du noyau et figures karyokinétiques). Le tissu conjonctif est sclérosé en forme de plaques de tissu fibreux envoyant des prolongements qui pénètrent dans les lobules jusqu'à la veine centrale quelquefois et qui se terminent en extrémités renflées d'où partent des filaments; cette augmentation du tissu conjonctif rend compte de l'hypertrophie du foie. Le tissu de sclérose se développe autour des canaux biliaires de moyen et de petit calibre (Hanot, il est semé de néo-canalicules unicellulaires bifurques, se continuant avec les trabécules hépatiques et formant quelquefois des plexus anastomatiques; on peut voir survenir des abcès biliaires.

L'étiologie est obscure: rare chez les enfants et les vieillards la maladie est plus fréquente chez les femmes: elle se montre quelquefois chez les lithiasiques. L'alcoolisme chez les buveurs de vin principalement est la condition pathogénique la mieux connue, d'après Potain le catarrhe gastro-duodéal pourrait cau-

ser la cirrhose par inflammation des canaux biliaires, ce qui paraît contestable.

Le diagnostic est fort difficile dans la première période; plus tard, à la seconde période, il peut encore présenter quelques difficultés. Le cancer primitif du foie diffère par l'absence d'ictère; le cancer secondaire est souvent accompagné d'ictère, mais la tumeur qu'il forme est inégale et bosselée. Dans les kystes hydatiques du foie, la rate est normale et l'ictère est rare et ne dure pas, de plus la palpation ne révèle pas la dureté scléreuse du foie hypertrophié.

Pour le traitement on doit proscrire d'une façon absolue les préparations alcooliques, défendre tous les exercices et tous les travaux fatigants. Il faut donner des purgatifs (calomel) contre les troubles dyspeptiques, des diurétiques, des toniques, les eaux de Vichy, de Carlsbad, il faut aussi faire appliquer des ventouses à la région hépatique; le régime lacté sera continué pendant toute la durée de la maladie.—*Praticien.*

Néphrite sans albuminurie.—Clinique de M. le prof. RENDU, à l'hôpital Necker.—Un homme, entré dans le service avec les apparences d'un emphysème ancien, présentait cependant certains caractères qui ont montré très rapidement qu'il ne s'agissait pas d'un emphysémateux ordinaire. Sa pâleur n'avait rien d'asphyxique et au lieu d'offrir cet état de somnolence si habituel dans ce dernier cas, il était au contraire en proie à l'agitation et à l'insomnie. Le cœur non plus n'était pas atteint, bien que la distension continuelle de la jugulaire droite pût faire penser à une aortite chronique. A l'auscultation on constatait seulement que le second bruit était éclatant, avec l'ébauche d'un bruit de galop, ce qui indique toujours une tension artérielle exagérée; les artères étaient aussi un peu indurées et tous ces symptômes indiquaient clairement qu'il ne s'agissait pas d'un emphysémateux. Et en effet, en cherchant du côté des reins, on trouvait de grandes irrégularités dans les urines, celles-ci étaient tantôt abondantes, pâles et transparentes, tantôt plus rares, troubles et mélangées de muco-pus, avec besoin très impérieux et très fréquent d'uriner; ces dernières altérations pouvaient tenir à l'existence d'un peu de prostatite.

Dans ces conditions on pouvait s'attendre à trouver de l'albumine dans l'urine; cependant il n'en existait pas, ce qui est une nouvelle preuve de l'existence de la néphrite sans albuminurie, car le diagnostic de néphrite interstitielle était ici à peu près certain.

C'est là le fait intéressant de ce cas, car pendant longtemps on a considéré l'albuminurie comme signe nécessaire de la néphrite. Mais un grand nombre d'observations, et spécialement celles de M. Potain, ont montré qu'il y avait des périodes où l'albuminurie

peuvent manquer ou ne paraître que très tardivement et que ce qui était important à constater surtout, c'était l'exagération de la tension artérielle. M. Potain a même fait voir, au moyen de son manomètre, que toutes les fois que la pression dépassait 18 à 20 millimètres, l'existence de la néphrite pouvait être affirmée.

On admet donc aujourd'hui que la néphrite sans albuminurie existe, et peut être absolument latente; et ce cas est assez classique, car l'état du cœur attire l'attention sur cette éventualité. Mais il y a des cas beaucoup plus obscurs où l'état du cœur ne révèle aucune anomalie et où on n'a pour se guider que l'état de la tension artérielle. Il y a cependant un point important à noter pour le diagnostic. C'est que presque toujours le second bruit est augmenté dans son intensité, sec et élaquant.

Les allures cliniques de ces néphrites latentes sont naturellement très irrégulières. Leur existence peut se révéler brusquement dans le cours d'une affection intercurrente. Un homme bien portant en apparence, par exemple, prend une pneumonie ou une angine paraissant bénigne tout d'abord lorsque éclatent des accidents graves, accompagnés de collapsus et d'autres phénomènes inexplicables.

Dans d'autres cas, on voit survenir des œdèmes dont on ne peut retrouver la cause. Un malade observé dans le service a été un exemple remarquable de cette forme de néphrite. Il présentait un peu d'ascite avec un peu d'œdème de la paroi abdominale et des bourses. Son cœur n'offrait rien d'anormal, mais les urines étaient pâles et peu abondantes, sans albumine et la diminution des urines avait précisément coïncidé avec l'apparition de l'œdème. L'albuminurie était le seul symptôme qui manquait pour compléter le tableau de la néphrite et cependant ce diagnostic n'était pas douteux. Le régime lacté ramena l'abondance des urines et fit disparaître momentanément tous les autres symptômes.

Il est des cas aussi où une néphrite latente se révèle par des accidents urémiques. Ce type peut se montrer dans des conditions fort insidieuses. Un malade entré dans un état grave, avec de la dyspnée, la respiration de Cheyne-Stokes, de l'anurie, du collapsus, présentait en même temps un peu d'albuminurie. Le diagnostic était assez facile; mais le fait intéressant est qu'au bout de quelques jours l'albuminurie avait complètement disparu. Ainsi, la lésion n'avait pas changé, mais la congestion rénale avait probablement modifié momentanément les conditions de la sécrétion urinaire.

Enfin, cette néphrite latente peut être une cause de mort subite, fait fort important au point de vue médico-légal et sur lequel M. Brouardel a insisté. Les exemples de ce genre sont assez nombreux.

Ainsi, il est bien établi qu'un certain nombre de néphrites

restent latentes fort longtemps, et que l'albuminurie ne paraît souvent alors qu'à l'occasion d'une affection intercurrente. Aussi peut-on dire que si l'albuminurie dans ces cas est une preuve décisive de la néphrite, son absence est loin de permettre de conclure à l'intégrité du rein.—*Journal de médecine pratique.*

Dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, le docteur BILLAUX termine ainsi un travail sur ce même sujet :—De ces quelques faits et autres, qu'il serait oiseux de citer, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1o. L'albumine dans les néphrites chroniques n'est qu'un symptôme, et comme tout symptôme, elle peut manquer constamment (faits de Dieulafoy) ou temporairement.

2o. L'inconstance de l'albumine dans le mal de Bright est un fait important pour le diagnostic et doit engager le praticien à ne pas se contenter d'une seule analyse.

3o. L'albuminurie paraît surtout manquer fréquemment pendant les accidents urémiques.

4o. Certains ulcères de l'estomac et du duodénum ne sont que des accidents d'arterio-sclérose due au mal de Bright. Il importe, dans les hémorrhagies du tube digestif, de rechercher la néphrite chronique.

Pneumonies graves exclusivement traitées par des inhalations de chloroforme.—Non seulement les symptômes douloureux disparaissent, mais aussi la durée de la maladie est abrégée par le chloroforme. Dès les premières inhalations la respiration devient plus profonde, c'est le premier pas vers la disparition de l'inflammation. Déjà, au bout de douze heures, la fièvre est abaissée. M. CLEMENS n'a jamais observé d'inconvénients dans l'emploi du chloroforme. Il recommande de n'employer que du chloroforme pur non décomposé par la lumière ; seul, le chloroforme anglais d'une densité de 1,490 n'est pas décomposé par la lumière. S'il est nécessaire de continuer les inhalations la nuit, il recommande de se servir d'un mélange à partie égale de chloroforme et d'esprit-de-vin. Cette méthode a fourni à l'auteur de brillants succès, et dans une pratique de 42 cas, il n'a pas perdu un seul malade de pneumonie. Plus la maladie est grave, plus il faut augmenter la proportion d'alcool.

Les inhalations produisent la défibrination du sang des poumons et préviennent l'hépatisation ; il y a sans doute là une action dynamique sur le cerveau et sur le nerf pneumogastrique.

Pour pratiquer les inhalations, il faut prendre une pelote d'ouate très serrée, l'arroser de 4 à 8 grammes de liquide et l'envelopper d'une couche d'ouate épaisse et lâche ; cette masse ainsi apprêtée est approchée du nez et de la bouche, dont elle reste éloignée de l'épaisseur de la main. On interrompt les inhalations de temps en temps.—*Nice-médical.*

La digestion gastrique chez les phthisiques.—HILDEBRAND a constaté que, chez les phthisiques dont la température vespérale ne dépasse pas $37^{\circ} 8$, le suc gastrique contient son taux normal d'acide chlorhydrique libre; cet acide disparaît complètement de l'estomac des phthisiques ayant une fièvre continue; chez ceux qui sont apyréliques le matin et fébricitants le soir, l'acide chlorhydrique, présent le matin dans la sécrétion gastrique, disparaît dans la période vespérale. Si chez un phthisique fébricitant on abaisse artificiellement la température aux environs de 37° , la sécrétion chlorhydrique reparaît.

Ces faits ne sont pas sans importance pratique. La présence de l'acide chlorhydrique libre, agissant comme parasiticide, s'oppose à l'infection de l'intestin par les bacilles des crachats déglutis et retarde l'apparition de l'entérite tuberculeuse.

D'autre part, même avec un appétit défectueux, le phthisique dont le suc gastrique a son taux normal d'acide chlorhydrique continue à digérer convenablement; chez lui donc on peut conseiller la suralimentation malgré l'anorexie.

Enfin, pour maintenir l'intégrité de la digestion gastrique, il est indiqué d'empêcher la température des phthisiques de dépasser $37^{\circ} 8$. L'antipyrine remplit cette indication. Si on ne réussit pas à abaisser la température et qu'on veuille assurer la digestion, il est indiqué de donner au phthisique une certaine quantité de solution chlorhydrique peu de temps après le repas.

KEMPERER a trouvé que la quantité d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des phthisiques est plutôt augmentée au début de la maladie: souvent elle est normale et rarement diminuée. La diminution est au contraire constante et considérable dans la dernière période.

Les fonctions motrices de l'estomac commencent à faiblir dès le début de la phthisie et vont en diminuant de plus en plus jusqu'à la fin. L'administration de l'acide chlorhydrique ne convient donc qu'à la dyspepsie des phthisies avancées; les troubles dyspeptiques initiaux sont justiciables surtout des médicaments qui excitent la contractilité gastrique (gentiane, rhubarbe, strychnine, de l'électricité, du massage)—*Cronique médicale*.

—Dans la coxalgie, faire l'extension dans le sens du membre et contre-extension latérale appliquée de façon à ce que la *résultante* des deux tractions contrecarre tout spasme musculaire, (cause principale de la propagation de la lésion osseuse) et enlève la pression dans la cavité cotyloïde. (Procédé de Phelps.)

M. le professeur BROUSSEAU modifie un peu ce procédé en substituant à la traction latérale fixe souvent employée, une traction graduée et continuelle au moyen d'un poids.

CHIRURGIE.

Du chancre simple; complications, traitement. (1)—Les complications qui peuvent se produire dans le chancre simple sont de deux sortes: 1o complications sur le chancre lui-même, ou locales; 2o complications sur les ganglions lymphatiques les plus proches, ou complications à distance.

1o. COMPLICATIONS LOCALES.—Elles reconnaissent trois formes: l'inflammation simple, la gangrène et le phagédénisme.

L'*inflammation* a pour causes habituelles les frottements, la malpropreté, le manque de pansements ou certains pansements, la constitution de l'individu, le régime relâché.

La *gangrène* fait ordinairement suite à une inflammation exagérée; elle est surtout fréquente dans les chancres sous-préputiaux qui baignent dans leur pus par suite d'un phimosis inflammatoire. Nous avons déjà vu que la gangrène détruit la virulence du chancre. Elle se manifeste par un écoulement fétide et rougeâtre, succédant à l'écoulement jaunâtre et purulent primitif.

Si l'on n'intervient pas par l'incision du prépuce faite à temps, la gangrène peut se terminer soit par la perforation du prépuce et le passage du gland à travers l'ouverture (ce qui est la terminaison la plus heureuse), soit par la destruction du gland et quelquefois les deux en même temps. Cette gangrène a une marche extrêmement rapide, puisque deux ou trois jours suffisent pour qu'elle soit complète. La cicatrisation se fait avec une égale rapidité.

L'état général influe beaucoup sur la gangrène; ainsi, elle sera fréquente chez les alcooliques, les diabétiques, les cachectiques et les affaiblis de toutes sortes.

Le *phagédénisme*. On entend par phagédénisme la tendance qu'a le chancre simple à prendre une extension en tout sens. Aujourd'hui très rare, le phagédénisme était jadis fréquent et redoutable. On attribuait alors sa fréquence, on pourrait même dire son existence, à un virus particulier. Depuis, on a cru, peut-être à tort, qu'il était dû aux anciens pansements, tels que: onguent napolitain et pommades de tout genre.

De récentes expériences ont prouvé que le phagédénisme n'était pas dû à un pus chancreux spécial, mais bien à l'état général de l'individu qui en est affligé. En effet, du pus phagédénique inoculé à des individus sains n'a produit le plus souvent qu'un chancre simple non phagédénique, tandis que du pus de chancre non

(1) Suite. Voir la livraison de janvier.

phagédénique inoculé à certains autres a donné lieu à des accidents de phagédénisme. Le chancre simple phagédénique, bien que plus rare, existe encore de nos jours. Il ne confère pas l'immunité et peut récidiver.

Le phagédénisme peut aussi atteindre les accidents syphilitiques et les plaies. Il peut revêtir deux aspects : il peut être serpiginieux ou térébrant ; le premier qualificatif désignant les lésions superficielles ; le second, les lésions profondes.

Une bizarrerie s'observe dans la marche envahissante du phagédénisme, c'est qu'il respecte les tissus de nature différente de celui sur lequel il a pris naissance. C'est ainsi que l'on observe sur les vastes surfaces dépouillées par le phagédénisme, des artères, des veines, des masses musculaires, des nerfs mis à nu, mais indemnes.

Les plaies atteintes de phagédénisme occupaient souvent des surfaces considérables. Les points primitivement atteints se cicatrisaient à mesure que les parties voisines étaient envahies. On a observé jadis des individus dont une grande partie du tronc avait été dénudée par suite du phagédénisme qui avait pris naissance sur un chancre simple de la verge.

Ces chancres phagédéniques (qui sont surtout des chancres simples) étaient et sont encore très difficiles à guérir ; ils laissent toujours après eux des cicatrices considérables, proportionnées à la gravité de l'affection.

20. COMPLICATIONS A DISTANCE.—Les complications à distance produites par le chancre simple sont : la lymphangite et l'adéno-lymphite.

La lymphangite est rare, relativement à l'adéno-lymphite qui, elle, est très fréquente. Habituellement, l'adénite est purement inflammatoire, quelquefois cependant on a pu en observer la virulence.

Le nom de *bubon* est réservé à l'adénite inguinale. Le bubon accompagne environ la moitié des chancres simples. Il se montre surtout chez les gens peu soigneux et chez ceux qui sont soumis à des travaux pénibles et fatigants. Les frottements durs exercés à la surface du chancre peuvent être souvent incriminés, comme étant sa cause occasionnelle. Ce qui le prouve, c'est que l'adénite a diminué depuis que l'on a remplacé le dur crayon de nitrate d'argent par des poudres inertes ou antiseptiques, dans le traitement du chancre. Le bubon est ordinairement situé dans l'aîne du même côté que celui où est situé le chancre sur la verge. Il peut cependant être croisé, ce qui est dû, semble-t-il, à l'entrecroisement des lymphatiques sur le dos de la verge. Enfin, pour un seul chancre, il peut y avoir une adénopathie double, c'est-à-dire un bubon dans chaque aîne. Chaque adénopathie peut aussi être polyganglionnaire, et chaque ganglion peut suppurer.

Marche du bubon : on observe d'abord une tuméfaction plus ou-

moins considérable accompagnée de phénomènes douloureux. La douleur irradiée est exaspérée par la marche, la fatigue et la pression. Quand l'adénite n'est pas accompagnée de périadénite, le bubon peut, par un traitement approprié, disparaître par résolution. S'il existe une périadénite, le bubon se transforme en véritable abcès et suppure. Dans les cas de bubon virulent, le pus inoculé donne naissance à des chancres simples.

TRAITEMENT. — Le traitement général comprend : le repos, l'abstention des excès de tout genre et de la fatigue. Une soigneuse propreté est de rigueur.

Le traitement local, qui a plusieurs buts est le suivant :

1o. La destruction des microbes par la chaleur. C'est un traitement peu pratique. Quelques médecins ont proposé des bains prolongés à une température de 50°. Outre que ce traitement affaiblit les malades, il n'est pas praticable quand le chancre siège à la figure, par exemple.

2o. La destruction du chancre par le fer rouge, les caustiques, l'ablation. Le fer rouge est un bon modificateur, mais peu commode à manier. Parmi les caustiques, un seul est vraiment recommandable, c'est le chlorure de zinc. Il donne de bons résultats surtout quand, après inoculation, nécessaire pour la confirmation du diagnostic, l'épreuve ayant été clairement positive, on veut faire avorter le chancre. Quant à l'excision, elle est rarement pratique. On ne doit exciser que les chancres que l'on peut enlever complètement sans crainte d'inoculation secondaire pour la plaie consécutive à l'excision.

3o. Les topiques. Les topiques constituent à eux seuls la majeure partie du traitement rationnel et pratique du chancre simple. Le vin aromatique, le salol, l'iodol, sont les plus employés après l'iodoforme qui est le topique par excellence.

Son odeur indiscrète sera à peu près masquée par quelques gouttes d'essence de bergamote. Tous ces topiques réussissent très bien.

Dans les cas de chancres gangréneux, l'intervention chirurgicale est indiquée, la plus rapide possible. On se contentera tout d'abord de faire une incision dorsale du prépuce qui mette le gland à nu et permette les pansements ordinaires. Après cicatrisation des parties excisées, on régularisera les bords inégaux du prépuce, ainsi divisés. Dans le cas de phimosis consécutif à l'inflammation produite par un chancre simple, on prescrira les injections d'eau alcoolisée au cinquième, entre le gland et le prépuce. Ces injections seront aussi fréquentes que possible, afin de prévenir la gangrène qui ne manquerait pas de se produire par suite de la stagnation du pus. Dans le cas de chancre phagédénique, le fer rouge est le meilleur modificateur ; on devra en même temps administrer à l'intérieur les toniques et les ferrugineux.

Traitement des bubons.—Le traitement préventif du bubon consiste en bains, repos absolu, révulsion (teinture d'iode) et compression douce [ouate.]

Si le bubon devient suppuré et que la fluctuation soit manifeste on peut procéder de deux manières: 1o par incision, 2o par ponction au trocart avec injection consécutive d'éther iodoformé et compression concomittante.

1o. L'incision doit être faite aussitôt qu'on sent du pus dans le bubon. Elle doit être faite perpendiculairement au pli de l'aîne. Après l'excision, on lavera antiseptiquement la plaie, puis on fera un pansement également antiseptique.

2o. Si l'on procède par ponction, on évacuera le pus par le trocart laissé en place. Une injection consécutive sera faite avec un liquide antiseptique quelconque qui détergera bien la poche purulente. Après évacuation de cette injection antiseptique, on injectera, toujours par le trocart, à peu près deux ou trois seringues Pravaz d'éther iodoformé que l'on laissera quelques minutes en contact avec les parois de la cavité. On laissera sortir ensuite l'excès d'éther et d'iodoforme et on appliquera la compression. Le troisième jour, s'il y a encore un peu de pus, comme il arrive ordinairement, nouvelle ponction, sans lavage qui détruirait les adhérences déjà formées; et nouvelle injection d'éther iodoformé, pour laquelle on procédera comme précédemment. La compression sera de nouveau appliquée. Il est rare que l'on ait besoin d'avoir recours à une troisième ponction et injection.

La durée moyenne de la guérison par ce dernier procédé est de huit à dix jours. Après la première ponction, la douleur a cessé.

L'injection d'éther iodoformé se compose de 100 parties d'éther pour 10 d'iodoforme.

Chez les strumeux, tout traitement peut échouer. On est alors obligé d'avoir recours au grattage et même à l'ablation des ganglions.—*Praticien.*

Traitement des nævi vasculaires.—HOLGATE a plusieurs fois obtenu une guérison rapide des nævi vasculaires par des injections interstitielles d'alcool. On isole la tumeur avec une pince ou en comprimant tout le pourtour avec un anneau de métal, suivant la région, afin d'arrêter la circulation et d'empêcher l'entraînement des caillots et la diffusion de l'alcool. Puis on injecte avec une aiguille de Pravaz quelques gouttes d'alcool à 95°. La tumeur devient de suite tout à fait dure et se rétracte graduellement. Quelquefois une seule opération suffit; d'autres fois, il faut la renouveler deux à quatre semaines plus tard.—*Archives of Pediatrics.*

Asepsie et antisepsie. par M. CERNÉ, de Rouen.—On a paru parfois, dans ces derniers temps, opposer ces deux mots l'un à

l'autre ; comme s'ils représentaient deux méthodes opposées, l'une déclarant qu'il fallait pourchasser le microbe et le tuer, l'autre se contentant de faire de son mieux pour ne pas l'apporter sur les plaies.

Il n'y a là qu'un véritable malentendu, facile à dissiper, et qui vient peut être surtout de ce que les deux termes n'ayant pas été créés simultanément, l'un a paru vouloir se substituer à l'autre. Il n'en est rien. Si la science, au lieu de partir de l'observation, comme elle le fait nécessairement, fût jaillie toute entière et toute armée d'un cerveau de génie (qui ne peut pas exister), on aurait commencé par déclarer que l'idéal de la chirurgie était de réaliser l'asepsie, et l'on eût nommé antiseptie certain procédé qui y conduit dans certains cas. Au contraire, on a d'abord vu que des substances qui empêchaient la putréfaction (antiseptique) amenaient de bons résultats, et l'on n'en a conclu que plus tard que c'était en créant l'asepsie. Ensuite, on a été conduit à se demander si les antiseptiques étaient toujours indispensables, et c'est ainsi qu'on a créé, à tort ; une *méthode* aseptique. L'asepsie n'est pas une méthode, c'est un état ou un but auquel on peut arriver avec ou sans antiseptie.

Je voudrais, en me plaçant dans les différentes conditions de la pratique, examiner rapidement comment on doit agir pour réaliser l'asepsie, toujours désirable, et quand il faut pour cela se servir de la méthode antiseptique.

I.—*A la campagne.*—On rencontre souvent encore des médecins qui, de la meilleure foi du monde, sourient lorsque l'on parle microbes devant eux et qu'on leur détaille les minutieuses pratiques de l'antiseptie. Ils n'ont pas raison contre nous ; mais leur propre observation ne s'accorde pas avec la nôtre. N'ayant pas le même point de départ, nous n'avons pas les mêmes conclusions, ni besoin de la même pratique.

On voit à la campagne les lésions les plus considérables, les plus dangereuses, guérir merveilleusement toutes seules ou avec un pansement insignifiant, ou malgré un pansement sale, tel que ceux que l'aveugle confiance aux rebouteurs fait trop souvent employer. La raison en est maintenant élucidée. Les germes pathogènes sont beaucoup moins nombreux à la campagne, dans l'air largement balayé où ils meurent par la bienfaisante action du soleil et la rareté relative des milieux favorables à leur pullulation.

Mais entendons-nous cependant : ils existent, bien que rares, et c'est un tort de les mépriser complètement. Il paraît démontré, d'une part, que la question de nombre est très-importante dans l'infection, en sorte que quelques rares microbes peuvent être détruits à la surface même de la plaie qui les reçoit, sans pouvoir se reproduire (phagocytes ?) ; d'autre part, que la question de terrain est tout aussi importante, c'est à-dire que tel organisme débilisé par une affection antérieure ou par une intoxication, alcoolique

par exemple, ne pourra résister à une absorption microbienne, innocente pour d'autres.

Toute la pathogénie des complications des plaies est éclairée merveilleusement par ces données nouvelles, qui confirment d'ailleurs tous les faits de l'observation. On voit que presque toujours la propreté peut suffire à la campagne, et c'est ainsi qu'avant l'antisepsie, on a pu y réussir les opérations les plus graves. Kœberlé, Péan faisaient leurs laparotomies à la campagne; on sait que pas une opération césarienne n'a guéri à Paris pendant cent ans.

On comprend aussi que les plus beaux résultats soient obtenus lorsque la plaie, qui a pu cependant recevoir quelques germes, est promptement formée par une suture complète.

Ce que je dis des soins à donner à la plaie peut s'appliquer aux matériaux de pansément. Du linge bien propre vaut autant que la gaze la plus scrupuleusement préparée; c'est là encore que la cicatrisation sous-cutanée est fréquente.

Mais les médecins devront apporter plus de soins et prendre plus de précautions dans le cas de mauvais terrains dont je parlais plus haut. Les antiseptiques deviennent très-utiles toujours et souvent nécessaires. Faute d'employer alors une substance excitante et désinfectante, on s'exposera tout aussi bien qu'ailleurs à des complications redoutables.

Mais il est surtout des cas où les précautions, sans se compliquer encore, deviennent nécessaires, c'est lorsque se présentent des dangers de contagion. Une plaie infectée peut produire de l'infection autour d'elle. Toute maladie infectieuse peut occasionner des complications si ses produits sont transportés de quelque manière.

L'état d'asepsie est alors détruit. Les antiseptiques deviennent nécessaires pour le rétablir et sur l'individu infecté et sur les objets qui l'ont approché. Le médecin, ses instruments, les linges, les personnes qui donnent les soins habituels, deviennent dangereux s'ils ne se désinfectent pas. Inutile d'insister sur les épidémies de cocher de village, où l'on a pu suivre la piste de la maladie, trop souvent, hélas! derrière la voiture du médecin. Il n'est plus permis de mépriser aujourd'hui ces faits, et tous les médecins doivent se rendre compte de l'énorme responsabilité qu'ils peuvent encourir. Si le médecin de campagne ne doit pas nécessairement tremper ses mains dans l'acide phénique ou le sublimé, il faut qu'au moins il ait foi dans la vertu souveraine de l'eau, du savon et de la brosse. Il faut aussi qu'il sache manier les antiseptiques pour guérir les infections déclarées, malgré tout l'appui que lui donnera là encore cependant le milieu dans lequel il exerce.

II.—*À la ville.*—À mesure que les agglomérations se forment, que l'on passe de la ferme au hameau, au village, à la ville, à la

aité, décroissent les immunités que nous avons constatées dans le précédent chapitre, et augmentent les chances d'infection. Air moins pur, voisinage de malades : la plaie est de plus en plus menacée et réclame de plus en plus de précautions. L'asepsie naturelle devenant plus rare, plus utile graduellement, puis plus nécessaire, devient l'asepsie artificielle à créer par le médecin. Sans nous arrêter à des degrés d'ailleurs impossibles à fixer, nous n'avons qu'à en arriver de suite au plus mauvais milieu.

III.—*A l'hôpital.*—Ici est le royaume des microbes pathogènes. Bâti pour la plupart à une époque où l'hygiène était une science oubliée et non encore retrouvée, les hôpitaux des grandes villes sont merveilleusement disposés pour réunir les pires conditions d'insalubrité. Formés de grands bâtiments ramassés sur eux-mêmes et entourant de toutes parts des cours où ne circulent pas l'air et où certains coins ne voient jamais le soleil, ayant des salles de hauteur souvent insuffisante, sans égouts, ou ce qui est pire, avec des égouts mal faits et infects, ces établissements collectionnent depuis plusieurs siècles tous les échantillons de la faune microscopique. L'activité des colonies microbiennes y est incessamment renouvelée par les nouveaux ensemencements qui s'y opèrent sur les bouillons de cultures humaines. On sait même que certaines places sont leur habitat préféré; les anciens chirurgiens avaient bien noté la fréquence de la pyohémie et de l'érysipèle dans tel coin de telle salle. Ici l'asepsie n'existe plus : il faut la créer. Il ne s'agit plus de ne rien faire pour infecter les plaies : il faut tout faire pour ne pas les infecter ; car tout se réunit pour favoriser l'infection. Sauf des isolements encore très rares, à côté de l'opéré de demain vient s'échouer un érysipèle pris en ville, un immense ulcère couvert de pus, etc..... L'infirmier, le chirurgien passent immédiatement d'un malade à l'autre pour leur donner des soins médicaux ou autres. Les objets de pansement recueillent la poussière soulevée dans les salles et qui est chargée, comme le démontre l'analyse de l'air, d'une multitude de germes.

On voit à combien de dangers est exposée cette plaie que va faire le chirurgien. Eh bien, je demande un peu si l'on peut opposer dans ces conditions l'asepsie à l'antisepsie. Mais il est évident que l'antisepsie s'impose et que la seule chose qui puisse différer, c'est la manière de réaliser ou de penser qu'elle doit être réalisée.

Faisons abstraction des plaies déjà infectées, et qui réclament nécessairement pour leur désinfection des agents antiseptiques. Considérons la plaie chirurgicale qu'il s'agit de faire à l'abri de l'infection qui la menace.

L'air est chargé de poussières suspectes. L'opération doit se pratiquer dans une pièce bien close, où l'on puisse, ou ne pas amener de malades infectés, ou faire tomber les poussières par le lavage, par la pulvérisation qui les imprègue et les précipite sur le sol. De là l'utilité pressante des salles d'opérations faciles à

nettoyer, à débarrasser de toutes leurs poussières par l'emploi de tous matériaux se lavant à grande eau, sans angles pour l'accumulation de ces poussières.

Le chirurgien et ses aides sont imprégnés de germes. Il leur faut avoir des vêtements propres, procéder à un nettoyage soigneux, minutieux de leurs mains.

Les objets de pansement doivent être soustraits à toute contamination. Pour cela il faut qu'ils soient ou trempés dans les solutions antiseptiques, ou aseptisés à l'avance, principalement pour les pansements secs et durables qui donnent actuellement de si merveilleux résultats, pouvant n'être renouvelés que peu ou point pendant la guérison des plus graves opérations.

De même pour les instruments, aseptisés ou par la chaleur dans des stérilisateurs, ou par un repassage à neuf, ou par les solutions antiseptiques.

Est-ce que tout cela n'est pas l'antisepsie ? et n'est-ce pas accepté par tous ? Où donc peut siéger un motif à querelle si bruyante ? Tout simplement en ceci : la plaie fraîche, pratiquée avec toutes ces précautions, *doit-elle* ou non subir le contact des substances antiseptiques, acide phénique ou sublimé en particulier, que l'on peut regarder comme trop irritantes ?

Vraiment c'est affaire aux statistiques. Il semble prouvé que mieux vaut ne pas mettre trop d'acide phénique dans le péritoine. Mais prétendre qu'il s'agit d'une méthode différente de l'antisepsie et partir de là pour crier que le listérisme a été un désastre, comme l'a fait certain chirurgien anglais, c'est se moquer... ou se faire moquer.

Résumons-nous. La chirurgie actuelle peut et doit réaliser l'asepsie des plaies. Cette asepsie est naturelle à la campagne et n'y réclame les pratiques antiseptiques que dans des cas déterminés. A la ville et surtout à l'hôpital, l'antisepsie est indispensable pour créer l'asepsie, et elle demande les précautions les plus minutieuses qui, depuis le merveilleux pansement de Lister ont continué de se perfectionner. C'est grâce à elles que l'on peut obtenir dans les hôpitaux les plus insalubres les plus merveilleux résultats.—*Normandie médicale.*

Les raideurs articulaires. (1)—En tête du chapitre sur le traitement des raideurs articulaires, on doit écrire un aphorisme : le mouvement ne se rétablit que par le mouvement. A condition, toutefois, qu'on sache comment administrer le mouvement, et à quelle dose. On peut en effet agir avec les mains ou avec des machines ; et quant à la dose, on peut pousser d'un coup les mouvements à l'extrême ou, au contraire, les restituer graduellement ; procéder par conséquent, à dose entière ou à dose fractionnée.

C'est toujours, ou à peu près, à la dose entière, brutale, qu'ont recours les rebouteurs. Ils obtiennent parfois ainsi des guérisons

(1) Suite. Voir la livraison de décembre.

miraculeuses, et leur triomphe est d'autant plus grand que souvent il avait été précédé d'un échec du médecin. N'avait-on pas épuisé, sans succès, les liniments, les frictions, les bains? Mais cette mobilisation immédiate et totale devient aisément dangereuse et le tort des rebouteurs est de ne pas savoir quand elle est nuisible, de ne pas être capable de l'apprendre.

Le mouvement à dose entière est bon pour les petites raideurs, lorsque le mal n'est pas très ancien, lorsqu'il n'y a pas eu d'arthrite initiale. Ainsi, il donnera des succès remarquables sur les jointures qu'une simple immobilisation, relativement récente, a rendues impotentes. Mais en dehors de ces conditions, une trop grande précipitation est susceptible de réveiller l'arthrite. Là est en effet, l'écueil dans le traitement des raideurs. Dans les cas un peu accentués, c'est donc au mouvement à dose fractionnée que l'on s'adressera.

À chaque essai de mobilisation, la douleur sera vive. On serait donc tenté d'opérer sous le sommeil chloroformique. Cette pratique doit être absolument repoussée, car la douleur est notre seul critérium. Elle sera violente, sans doute, mais elle ne doit pas persister. Si pendant une séance on provoque une souffrance qui se prolonge, on peut être sûr que l'arthrite va venir entraver le traitement. Or le malade éveillé est seul juge et de l'intensité et de la durée.

La séance durera environ dix minutes, un quart d'heure. Presque toute entière elle sera consacrée à des assouplissements par les mouvements restés indolents. Puis, à la fin, on dépassera ce degré et, en provoquant la douleur, on gagnera un peu de terrain. On aura soin, si la souffrance s'évanouit en quelques minutes, de fixer pendant quelque temps l'articulation dans cette nouvelle position : pour avoir gagné la victoire, il faut coucher sur le terrain conquis. Et l'on conçoit, vu la fugacité de la douleur, que l'on puisse faire des séances fréquentes, au moins une par jour, et quelquefois deux.

Dans l'intervalle des manipulations chirurgicales, on permettra au malade des mouvements spontanés, mais seulement dans la zone indolente. On y ajoutera même quelques exercices spéciaux. Prenons l'épaule, pour type. Le patient posera sur le vertex la main du côté du malade, puis de la main saine il en saisira les doigts et la tirera vers l'oreille. Il agira de même après avoir placé la main derrière l'occiput et, pour aller plus loin, il fera un mouvement d'extension de la tête. Puis la main sera placée derrière le dos, dans l'attitude dite "napoléonienne," et là encore sera tirée avec l'autre main, tandis que, contre un meuble, le patient communiquera au coude une pression modérée de dehors en dedans.

Pour tous ces mouvements, communiqués par le malade ou par le chirurgien, l'action des mains suffit s'il s'agit d'une petite raideur. Au début, et dans les cas intenses, on s'aidera de la balnéation. Il est reconnu, en effet, que dans le bain les tissus s'as-

souplissent, et la mobilité devient plus grande. C'est sans doute ce qui a fait croire à la grande efficacité des cures hydrothérapiques et balnéaires, efficacité dont Malgaigne a eu raison de contester la réalité absolue. Les bains ont une influence favorable, mais essentiellement passagère, et on ne peut les employer qu'à titre de moyens adjuvants.

Dans les grandes raideurs il faut, en principe, appliquer le même traitement, mais les manœuvres manuelles seront la plupart du temps impuissantes et l'on aura besoin d'utiliser les machines. Les premières scientifiques construites sont celles de Bonnet. Celle qui sert pour le coude est le type le plus simple. Deux manchons, articulés à charnière au niveau du coude entourent l'un le bras et l'autre l'avant-bras. Ce dernier se prolonge en une poignée à l'aide de laquelle on fait varier l'angle de la charnière. Une vis à pression située au niveau de cette charnière permet de fixer l'appareil dans la position voulue, à la fin de chaque séance.

Malgaigne a reproché à ces appareils, de nos jours trop délaissés, d'agir avec une force mal déterminée, et il a proposé de les remplacer par des machines à crémaillère. Il est incontestable que l'on a de la sorte une graduation plus précise du mouvement, mais aux dépens d'une complication dont on peut fort bien se passer dans la pratique courante.

Voilà donc une différence au désavantage des grandes raideurs : le secours des machines y est fréquemment indispensable. Ce n'est malheureusement pas la seule, et le résultat, si brillant pour les petites raideurs devient ici un peu plus aléatoire. Sans doute, on réussira dans la majorité des cas à restituer sinon la totalité, au moins la majeure partie des mouvements. Mais les échecs ne sont pas rares lorsque l'arthrite initiale a été intense, et surtout si elle était l'indice d'une tare diathésique. Alors il faudra se rabattre sur le traitement de l'ankylose incomplète serrée et intra-articulaire. On se contentera du redressement brusque, sous le chloroforme, de façon à mettre la jointure ankylosée dans une position favorable au fonctionnement ultérieure du membre. Après le redressement, auquel on fera dépasser quelque peu le degré définitivement désiré, on immobilisera avec soin l'articulation dans laquelle l'arthrite sévira à peu près à coup sûr.

Ainsi, dans le degré le plus grave, les plus grandes raideurs deviennent identiques aux ankyloses intra-articulaires incomplètes et, comme elles, entraînent la suppression physiologique définitive de l'article malade. Mais sauf ces cas, d'une rareté relative, de l'étude qui précède, il résulte que dans les raideurs articulaires les lésions sont péri-articulaires et ne s'opposent pas au rétablissement d'une articulation mobile. Pour les ankyloses intra-articulaires, au contraire, la chirurgie a fait fausse route tant qu'elle a cherché à rétablir l'articulation primitive autrement que par la résection.—*Gazette hebdomadaire.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Les présentations du siège.—Le professeur GAULARD (de Lille) ne se montre guère partisan de la version par manœuvres externes dans les présentations du siège.

Il croit qu'assez souvent cette présentation du siège peut se transformer spontanément en présentation du sommet; il rapporte comme exemple, le fait d'une femme chez laquelle il put transformer le siège en sommet et ramener la tête au détroit supérieur; le lendemain la présentation du siège s'était reproduite. M. Gaulard n'insista pas; néanmoins la femme accoucha quelques jours après d'un fœtus en présentation du sommet: l'opération s'était refaite une seconde fois toute seule sans l'intervention de qui que ce fût. Il est vrai que, pour maintenir le fœtus dans sa nouvelle attitude, M. Gaulard, n'ayant pas de ceinture eutocique à sa disposition, s'était contenté d'appliquer sur les côtés de l'utérus deux tampons d'ouate longs de 20 à 25 centimètres et de fixer le tout à l'aide d'un bandage suffisamment serré. M. Gaulard ajoute malicieusement: "L'administration hospitalière de Lille n'est pas bien généreuse. Elle ne consentirait jamais à pourvoir la clinique obstétricale de ceintures eutociques. Elle nous fournit des antiseptiques, mais nous refuse les appareils nécessaires pour les employer. Si nous n'achetons pas nous-mêmes ces derniers, nous serions dans l'impossibilité absolue de nous servir des premiers. Singulier, n'est-ce pas? Et quand nous réclamons, on prétend que nous sommes des gens exigeants, avec qui l'on ne peut entretenir de rapports convenables." Pas comode, l'administration hospitalière de Lille!

Mais revenons à notre sujet: M. Gaulard ne nie point que les statistiques d'accouchements en présentation du siège n'offrent une mortalité infantile bien supérieure à la mortalité dans les présentations du sommet; mais, si ce pronostic des présentations pelviennes en général est assez grave, ce n'est point tant à raison du genre de présentation considéré en lui-même, que par suite de la conduite tenue par le médecin ou par la sage-femme qui interviennent trop tôt (extraction totale ou partielle) ou maladroitement (administration du seigle ergoté). Aussi faut-il s'armer de patience et n'intervenir que lorsqu'il y a intérêt pour le fœtus; si l'on intervient trop tôt, on risque d'aggraver la situation du fœtus. M. Gaulard estime que dans l'immense majorité des cas la mort du fœtus peut s'expliquer par quelque faute commise dans son extraction. "Aussi, dit-il, quand vous trouvez un ou deux pieds dans le vagin, si l'état de la mère est satisfaisant, l'auscul-

tation bonne, mettez vos mains dans vos poches et éloignez vous du lit. Allez même faire une petite promenade ; vous ne risquez pas ainsi de succomber à la tentation. Le même précepte sera bon s'il s'agit de la présentation beaucoup plus rare des genoux.

En cas de siège décompleté, mode des fesses, si les conditions sont favorables, c'est-à-dire la dilatation complète, et les membranes intactes ou rompues depuis peu, introduisez une main dans l'utérus, déléchissez un membre inférieur, amenez-le dans le vagin et n'allez pas plus loin.

En résumé, adoptez pour les présentations pelviennes une conduite rationnelle, intervenez quand il y a nécessité, mais pour les cas normaux évitez toute précipitation. Le pronostic s'améliorera dans ces conditions et vous n'aurez plus alors à redouter autant l'accouchement par le siège.

Ces préceptes sont excellents ; ils ont d'ailleurs pour eux la consécration du temps. Il n'en va pas de même, à notre avis, du conseil que donne le professeur Gaulard de n'avoir pas recours à la version par manœuvres externes. Nous ne voulons pas revenir sur cette question que nous avons assez complètement traitée déjà ici même ; nous nous contenterons de rappeler que lorsqu'un fœtus se présente par le siège, quelle que soit l'habileté de l'accoucheur, il a toujours plus de chance de succomber que s'il venait par le sommet, et il est en tout cas plus exposé aux traumatismes (fractures des bras, etc.) D'autre part, en raison même de la plus longue durée du travail et de l'intervention souvent nécessaire de l'accoucheur, la morbidité maternelle est plus élevée dans les présentations du siège.

La version par manœuvres externes doit toujours être tentée avec prudence ; elle est sans inconvénients et il faut toujours y avoir recours lorsqu'il n'y a pas de contre indication (présentations franches du siège, grossesse gémellaire, défaut de mobilité du fœtus).—*Concours médical.*

Sortie de l'accouchée et de l'enfant.—1o En ce plaçant au point de vue de la santé et de la fécondité ultérieure de la femme combien de jours faut-il la tenir au lit après l'accouchement ? et combien de jours à la chambre avant toute sortie ?

MM. Budin, Maygrier, Pinard et Porak, ont répondu :

La femme ne doit se lever que lorsque l'utérus est redevenu un organe pelvien, c'est-à-dire après 18 à 25 jours ; elle ne doit pas sortir avant la fin de la 4e ou même de la 5e semaine.

2o Combien de jours après sa naissance faut-il laisser l'enfant au grand air ?

L'enfant ne doit être sorti qu'après 8 ou 10 jours en été, quand la cicatrisation de la plaie ombilicale est parfaite. Il faut le garder à la chambre, en hiver, 15 à 30 jours, suivant les cas et ne le sortir que si la température est un peu douce (environ 80).—*Concours médical.*

Sur le diagnostic de la grossesse gémellaire.—Le diagnostic de la grossesse gémellaire qui évolue normalement et sans complications est le plus souvent facile à établir, grâce aux signes de certitude que l'on peut constater (existence de deux foyers d'auscultation non isochrones et surtout perception par le palper et le toucher combinés de trois ou quatre pôles fœtaux ou de deux pôles du même nom) : mais lorsque la grossesse gémellaire, ce qui est fréquent, se complique d'hydramnios et que l'utérus est surdistendu par la grande quantité du liquide amniotique, le diagnostic est particulièrement délicat et la grossesse gémellaire est alors souvent méconnue.

Le Dr TRACHET, chef de clinique obstétricale à la faculté de Lille, attire l'attention des praticiens sur un signe, qui, dans certains cas, peut être utilisé pour le diagnostic si difficile de la grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios : ce signe est fourni par le toucher qui constate un état particulier du segment inférieur. Lorsque, par les signes ordinaires, on reconnaît une grossesse compliquée d'hydramnios, si on constate nettement l'absence de tension du segment inférieur et des membranes à son contact en même temps que la tension considérable du reste de l'utérus, alors que les signes de certitude de la grossesse gémellaire font défaut, et c'est ordinairement le cas, on peut, d'après M. Trachet, non seulement soupçonner la grossesse gémellaire, mais la diagnostiquer. La flaccidité du segment inférieur et des membranes en rapport avec lui d'une part, la tension énorme des autres segments de l'utérus d'autre part, sont deux signes contradictoires avec l'hypothèse d'une hydramnios simple ; cette inégalité de tension des diverses parties de l'organe indique évidemment que l'œuf hydro-pique ne touche pas le segment inférieur, puisqu'il ne le distend pas, et qu'il en est séparé par quelque chose qui ne peut être qu'un second œuf. Le diagnostic de grossesse gémellaire peut, dans ces conditions, être logiquement posé.

M. Trachet aurait pu ajouter que le toucher intra-utérin est utile, dans ces cas-là, pour se rendre compte de la tension des membranes ; c'est un point que nous avons signalé dans un mémoire sur la ponction de l'utérus gravide, mémoire qui était justement basé sur l'une des deux observations qui ont servi à M. Trachet pour établir ses conclusions.—*Concours médical.*

Faux polypes de l'utérus.—Indépendamment des vrais polypes, muqueux ou fibreux, il peut exister dans l'utérus des productions pathologiques donnant lieu aux mêmes symptômes et reconnaissant comme origine l'accouchement ou l'avortement. On ne peut compter, pour les reconnaître, ni sur le siège ni sur la consistance de ces productions ; le col, lorsqu'il reste ouvert et mou, fournit, d'après Schröder, un élément sûr de diagnostic, malheureusement il n'en est pas toujours ainsi. Dans beaucoup de cas, c'est l'examen microscopique qui décide.

Les faux polypes comprennent les polypes fibrineux, les polypes placentaires, les formations dépendant de la caduque et du chorion.

Le polype fibrineux peut être dû à l'exagération de la saillie, sur la surface placentaire des thrombus normaux auxquels s'ajoute un coagulum sanguin, le tout persistant au lieu d'être résorbé ou éliminé.

Schröder admet que dans ce cas la paralysie de la zone placentaire peut jouer le rôle de cause prédisposante à la formation du faux polype. Le polype fibrineux peut aussi avoir comme centre de stratification une villosité choriale, un débris de placenta, un lambeau de caduque. Le polype fibrineux peut faire à peine saillie sur le fond de l'utérus, arriver jusqu'à l'orifice interne du col ou même descendre dans le vagin.

Sous le nom de polypes placentaires, l'auteur comprend les cas de rétention, sans écoulement fétide, du placenta, ou d'un fragment de placenta au-delà de la limite suffisante pour la production de la fétidité. Dans ces cas, il faut admettre que le placenta s'est greffé sur l'utérus après la délivrance, qu'il avait déjà auparavant des adhérences anormales.

Comme cause de la rétention des débris placentaires il faut surtout tenir compte, dans le cas d'avortement, de l'âge de la grossesse; dans les trois premiers mois, l'œuf sort ordinairement en entier; après le troisième mois l'adhérence du placenta devient beaucoup plus solide, tandis que la contractilité de l'utérus, l'étendue de l'œuf sur laquelle elle prend appui, la dilatabilité du col, sont loin de croître en proportion.

Dans le cas d'accouchement à terme, la rétention placentaire doit être rapportée à l'inertie utérine, à l'enclavement, plus rarement à l'adhérence du placenta, ordinairement due à l'endométrite.

L'endométrite agit en sclérosant le tissu conjonctif interglandulaire, ce qui s'oppose au processus de séparation (Laughan). Elle peut encore amener la dégénérescence graisseuse du placenta, d'où friabilité plus grande de son tissu, facilité de sa déchirure (Schröder). Parfois il faut faire entrer en ligne de compte la forme vicieuse du placenta (placenta membraniforme succenturée). En tous cas la délivrance artificielle ne peut pas toujours être incriminée: Stadfeld a trouvé des restes de placenta dans l'utérus sur 10 p. 100 des cadavres de femmes en couches qu'il a examinés; or dans 60 p. 100 de ces cas, la délivrance avait été naturelle.

La caduque vraie peut être retenue dans l'utérus totalement ou en partie, tout en conservant sa vitalité. Le premier cas est spécial à l'avortement des premiers temps de la grossesse, à la grossesse extra-utérine. La description de la caduque ainsi expulsée en bloc a été donnée avec beaucoup de soin par Robin, qui cite

des faits dans lesquels l'expulsion de la caduque entière a ou lieu de quelques mois à deux ans après l'avortement. Dans la grossesse extra-utérine, l'expulsion de la caduque a ou lieu à une époque variable de la gestation. Les lambeaux de caduque retenus peuvent être l'origine de tumeurs auxquelles Küstner a donné le nom de déciduomes. La cause de la rétention d'après Hégar, Bénicke, Kultrubach, serait l'endomérite qui modifierait le processus de séparation de la caduque. " Pour démontrer qu'on a affaire à une caduque, Wyer s'appuie sur la présence constante des cellules déciduales ; mais Ruge a retrouvé ces cellules dans des cas d'endomérite et de myomes. Mœricke en a trouvé également dans la muqueuse utérine d'une femme non enceinte."

Les causes de la rétention simultanée des débris de chorion et de caduque seraient, d'après Luzorowitch, le développement exagéré par place des villosités choriales ; des soudures fibrineuses, suites d'hémorragies ; l'endomérite ou la chorrite.

La membrane la moins souvent retenue est l'amnios. Il n'est pas, à la connaissance de l'auteur, de faits dans lesquels la rétention totale ou partielle de l'amnios ait jamais donné lieu à des formations polypeuses, sources d'hémorragies. On sait toutefois qu'au point de vue des accidents septiques, la rétention de l'amnios a une gravité spéciale par suite de la résistance qu'il présente à la résorption.

" Ce rapide coup d'œil résumant la littérature sur les faux polypes utérins " est suivi de deux observations : l'une est relative à un polype placentaire ; l'autre, beaucoup plus intéressante, comprend à la fois un polype formé par une caduque et une autre tumeur constituée par un œuf d'un mois, dont les enveloppes ont continué à s'accroître après la mort de l'embryon. L'auteur se demande s'il s'agit d'un avortement gémellaire ou de deux avortements successifs. Le phénomène le plus frappant qu'offre l'œuf en question c'est le siège des hémorragies entre le chorion et l'amnios, alors que les auteurs (Charpentier, Jacquemier et les autres) les placent dans la caduque et le placenta. Il est donc probable dans le cas actuel que l'avortement a reconnu comme cause une hémorragie choriale.—*Annales de gynécologie.*

Pronostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine.—

Nous résumons une revue très complète du Dr OZENNE sur cette question : l'hématocèle péri-utérine doit être divisée en intra-péritonéale et en extra ou sous-péritonéale, suivant que le sang s'est accumulé en dedans ou en dehors de la cavité péritonéale. Cette division est importante à conserver au point de vue du pronostic et du traitement, inhérent à chacune d'elles.

A. *Hématocèle intra-péritonéale.*—Si dans un certain nombre de cas de cette maladie, la guérison peut survenir assez rapidement et sans laisser aucun reliquat, il n'est pas rare de voir le pronostic

assombri par des accidents variés qui peuvent apparaître soit dès le début de la maladie, soit pendant son évolution, soit plus tardivement. Aussi est-il facile de comprendre la divergence des opinions des auteurs relativement à l'opportunité de la meilleure conduite thérapeutique à tenir, les uns préconisant le traitement médical, les autres voulant recourir de bonne heure au traitement chirurgical.

Traitement médical : Au début, immobilité absolue ; vessie de glace sur le ventre ; serviettes imbibées d'eau froide appliquées sur les cuisses et renouvelées fréquemment, morceaux de glace dans le vagin, ergotine ; boissons acidulées, etc. Lorsqu'on suppose l'hémorrhagie arrêtée, traitement antiphlogistique (15 à 30 sangsues sur le ventre). Contre les douleurs, opiacés, cataplasmes, injections de chlorhydrate de morphine. Pour amener la résorption de l'épanchement sanguin, onctions d'onguent napolitain belladonné sur le bas-ventre et plus tard larges, vésicatoires. Il faut en outre veiller à la régularité des fonctions urinaire et intestinale et soutenir les forces par un régime tonique et une alimentation réparative.

Le *traitement chirurgical* comprend plusieurs procédés opératoires : la ponction à travers la paroi abdominale ou par le vagin — l'incision vaginale et le drainage avec deux gros tubes de caoutchouc — la laparotomie sous-péritonéale (Hegar, Pozzi) — et la laparotomie transpéritonéale, qui est adoptée par nombre de chirurgiens.

B. *Hématocèle extra-péritonéale ou sous-péritonéale pelvienne*. — Cette variété d'hématome, plus rare que la précédente, est en général d'un pronostic peu sérieux ; dans la majorité des cas, elle guérit assez rapidement. Le traitement médical est alors suffisant.

Mais lorsque l'hémorrhagie est très abondante, la rupture de la poche dans la cavité péritonéale ou son inflammation, suivie d'accidents septiques sont des complications qui peuvent survenir et mettre en danger les malades. L'incision vaginale ou la laparotomie sont alors les seules ressources dont on puisse disposer.

En résumé, il ne peut y avoir de règles absolues pour la thérapeutique de l'hématocèle péri-utérine : bien que le traitement chirurgical ne soit pas exempt de dangers, il faut le faire venir au secours des moyens médicaux quand ceux-ci sont devenus impuissants à obtenir la guérison. — *Concours médical*.

— Si vous croyez faire bénéficier votre malade d'un examen sous le chloroforme ; endormez-la. Pour affermir un diagnostic, résoudre une probabilité et exempter de la douleur, l'anesthésique trouve son emploi ; mais que pendant l'anesthésie l'examen soit conduit avec autant de précaution et de délicatesse que pendant l'éveil. (Prof. BRENNAN.)

PÆDIATRIE.

Les bains hygiéniques et thérapeutiques dans l'enfance.— Les bains doivent être envisagés au double point de vue de la thérapeutique et de l'hygiène. Les *bains hygiéniques* n'ont guère d'adversaires, parmi les médecins du moins; ils ont seulement des partisans plus ou moins ardents. Les *bains thérapeutiques* sont assez négligés; c'est-à-dire que beaucoup de médecins ne songent pas à tout le parti qu'on en peut tirer.

Le traitement des nouveau-nés en état de mort apparente, comporte l'emploi de *bains très chauds employés pour ranimer la vitalité*. En 1872, G. Le Bon les préconisait. En 1881, Goyard citait un succès obtenu par le bain chaud après deux heures d'autres tentatives inutiles et alors que les battements du cœur n'étaient plus le moins du monde perceptibles. Campardon, en 1882, ranimait, après deux minutes d'immersion, un nouveau-né pour lequel tous les autres procédés avaient échoué. Gamrokeloff (de Tiflis,) en 1885, déposait aussi en faveur de ce moyen: après deux courtes immersions, une petite fille, pour laquelle on avait employé sans résultat tous les autres moyens, ouvre les yeux et agite ses membres; après la troisième elle fait une inspiration et un cri; on continue les immersions un certain nombre de fois, la respiration se régularise de plus en plus.—J'ai deux fois employé ce moyen moi-même avec succès, quand je remplissais les fonctions d'interne chez M. Siredey, qui dirigeait, à cette époque, la salle d'accouchements à Lariboisière.

On peut, soit mettre l'enfant dans un bain à 38°, et l'y maintenir en élevant progressivement la température à 43°: le résultat en peut être alors le reflux progressif du sang de la périphérie vers les centres encéphaliques; ou bien on peut plonger l'enfant dans un bain aussi chaud que la main peut le supporter, par exemple à 43° environ; mais il s'agit d'une simple immersion, l'enfant est plongé jusqu'au cou et aussitôt retiré. Le mode d'action est différent, il consiste en une vaste et intense révulsion, appel désespéré aux derniers réflexes excito-moteurs qui peuvent subsister dans l'axe nerveux.

Les *bains chauds prolongés* ont été employés, par Créde, Denucé, Winkel pour lutter contre l'*hypothermie des nouveau-nés prématurés ou débiles*. Winkel a formulé ainsi les indications des bains chauds permanents: 1° faiblesse extrême (enfants prématurés, de 28 à 36 semaines); 2° état d'asphyxie profonde par suite d'hémorragies par le cordon après l'accouchement; 3° cas d'affections cutanées telles qu'intertrigo, pemphigus étendu d'origine

non syphilitique, 4^e sclérome, maladies du cordon, opérations, telles que celle de l'atrésie anale. Winckel a maintenu "plusieurs jours de suite" des enfants dans un bain de 36° à 38°, avec des interruptions de quelques minutes, on ajoutant de l'eau chaude toutes les heures ou demi-heures pour conserver la température voulue, les enfants pouvaient boire et dormir dans ces bains.

A l'exception de quelques cas spéciaux de dermatologie, il nous semble que la couveuse l'arnier, suffit à réchauffer les hypothermiques et à préserver les débiles contre le refroidissement.

BAINS HYGIÉNIQUES—Premier bain.—Le premier des bains hygiéniques, est donné à l'enfant aussitôt après la section et la ligature du cordon.

C'est un bain de nettoyage, qui a pour but de commencer à enlever le dossier épidermique et sébacé de la peau; je dis commencer, car il n'y a pas lieu de laisser macérer l'enfant dans l'eau pendant un quart d'heure, comme le font certaines sages-femmes, dans l'intention de mieux nettoyer l'enfant. Il suffit de "cinq minutes" pour laver la peau avec une éponge propre, molle et fine, pendant qu'une seconde personne tient l'enfant avec une main sous le siège, l'autre, les doigts écartés, embrassant la région dorsale, l'index sous l'une des aisselles et le pouce sous l'autre.

La température du bain doit avoir été mesurée "avec un thermomètre." Pour le premier bain 35° est une température convenable. Biedert nous semble un peu imprudent de conseiller 32° dès la naissance; il est vrai que cet auteur vise l'endurcissement des enfants, puisqu'il abaisse progressivement la température des bains à 30° à six mois et à 28° à la fin de la première année. Mais, avant de penser à endurcir les nouveau-nés, il n'est pas mauvais de les laisser vivre en ne les exposant pas à contracter dès le début de leur vie quelque refroidissement préjudiciable. Un bain à 35° produit déjà un petit abaissement de température de 0°,5 en moyenne.

Pendant que l'enfant est frotté dans le bain, des serviettes fines, une flanelle chauffée, devant le feu et servent à l'essuyer très minutieusement dès qu'on le retire de l'eau. Toutes les parties du corps doivent être "essuyées;" c'est l'évaporation de l'eau sur certains points de la surface cutanée qui peut être une des causes du coryza que prennent quelques enfants dès le premier bain, et j'ai insisté déjà sur les inconvénients très notables du coryza au début de la vie.

Après ce premier bain, quelques auteurs conseillent de laisser passer 3 ou 4 semaines avant de soumettre l'enfant à l'usage régulier des bains généraux. Pendant ce laps de temps, on se contenterait des "lavages à l'éponge" exécutés lestement une heure et demie après la précédente tétée et, autant que possible, un certain temps après le réveil, pour ne pas procurer à ce système ner-

veux impressionnable une trop désagréable surprise on le faisant passer brusquement de la tiédeur du berceau aux caresses toujours un peu brutales de l'éponge.

En faisant les lotions, il faut que la nourrice ait bien soin de ne pas se contenter de mouiller les larges surfaces accessibles du tronc et de la continuité des membres, en négligeant les plis inguinaux, axillaires et périnéaux; l'intertrigo et l'eczéma, surtout chez les enfants prédisposés, sont provoqués presque toujours par un insuffisant enlèvement de la sécrétion sudorale et sébacée et de la desquamation épidermique, auxquelles se joignent les déjections.

On peut employer l'eau simple déglacée, additionnée de quelques gouttes d'un alcoolat ou d'un vinaigre aromatique. La décoction de feuilles de noyer est recommandée par M. J. Simon, à cause de ses propriétés astringentes, quand la peau est particulièrement délicate. Je crois l'usage de l'eau boriquée à 3 pour 100 très utile à la moindre excoriation, comme aussi l'eau naphtolée à 0 gr. 20 pour 1000. L'eau amidonnée trouve son indication dans certains érythèmes. Je ne vois pas grand avantage à l'eau de son recommandée par beaucoup de sages-femmes.

Le lavage terminé, on saupoudre avec soin tous les plis de flexion avec la poudre de lycopode, d'amidon, de bismuth, de talc. Se méfier des poudres de riz parfumées et surtout colorées qui peuvent contenir quelques ingrédients irritants.

Les bains pendant la première année ne doivent être ni trop fréquents, ni trop prolongés, ni trop chauds.

Fréquence.—La coutume anglaise du bain quotidien (ou même bi-quotidien), qui est adoptée dans beaucoup de familles françaises, n'est sans inconvénients qu'à la condition de réduire le bain à une immersion suivie aussitôt d'un essuyage aussi minutieux que celui dont nous avons parlé à propos des lotions. Le bain est alors une ablation totale faite d'un seul coup et peut-être plus commode pour la toilette; mais, si on le prolonge plusieurs minutes, le bain quotidien peut ne pas convenir à tous les enfants. Depaul était partisan du bain quotidien, la majorité des maîtres actuels s'accorde à dire que chez les tout jeunes enfants deux ou trois bains par semaine suffisent. Fixons en général 3 par semaine en été, deux en hiver.

Il y a, dit Uffelmann, des nourrissons qui s'affaiblissent et s'étiolent quand on les baigne tous les jours, même avec toutes les précautions imaginables et à la température convenable. Souvent cet effet tient à la délicatesse primordiale de leur constitution; souvent on n'en peut pas trouver la cause, mais le fait lui-même est indubitable; car, après la cessation des bains quotidiens, ces enfants recommencent à devenir vigoureux et florissants."

Température et durée.—Il faut se garder aussi bien des températures élevées que des basses. On a dit que les bains trop chauds

pouvaient produire le trismus, le pemphigus (Sohn); il est certain qu'ils peuvent congestionner l'encéphale et que leur usage rend les enfants mous, apathiques, les expose par la macération de l'épiderme à des manifestations dermatopathiques plus faciles, s'ils y sont prédisposés, et favorise les transpirations, par suite le refroidissement.

Le professeur Tarnier conseille le bain frais à 25°; en été, à la température de l'eau non chauffée; comme durée, 2 ou 3 minutes au plus.

Ces règles générales sont susceptibles de modifications suivant les cas particuliers. Je conseille en général d'accoutumer progressivement les nouveau-nés à l'eau fraîche. L'eau des premiers bains sera d'abord à 32° en hiver et à 27° en été; puis on diminuera graduellement de façon à les donner à 25° seulement du 3e au 4e mois. Il faut insister pour que la température du bain soit toujours prise au thermomètre.

Heure.—La plupart des médecins conseillent neuf heures du matin, en toute saison. Donné, Tarnier disent qu'il est plus commode de donner le bain le soir, et que cette pratique a pour avantage de calmer l'enfant, de le préparer à goûter un meilleur sommeil;—ce qui n'est pas à dédaigner pour beaucoup d'enfants des villes, et notamment de Paris où, névropathes par hérédité, et subissant, dès les premiers temps de leur vie, le contre-coup de l'excitation générale, ces petits êtres, qui servent trop souvent de jouet à leur entourage, arrivent à la fin de la journée mal disposés à dormir. Ces bains du soir seront, dans la pratique, rejetés par beaucoup de familles, parce qu'ils concordent peu avec nos habitudes sociales et le train ordinaire de la vie urbaine; on les réservera donc comme bains thérapeutiques calmants, pour les cas où les enfants seront particulièrement excités et portés à l'insomnie. On en élèvera la température à 32°, et on les prolongera cinq minutes.

Après le bain, sauf par les temps chauds, il est préférable de ne pas sortir l'enfant immédiatement.

Dans la seconde année, les bains fréquents ont moins d'inconvénients, et on peut les conseiller tous les deux jours. Plus tard, ils seront toujours nécessaires une fois par semaine.

La plupart des enfants qui ont été habitués aux bains tièdes ou frais dès les premiers temps de la vie, s'y soumettent parfaitement et y trouvent même plaisir; c'est un jeu, c'est un des moments de la journée où l'épanouissement de leur visage est le plus complet. Mais il est certains enfants qui ont vraiment une répugnance extrême pour l'immersion totale dans l'eau. Cette hydrophobie est souvent la conséquence de précautions insuffisantes prises pour rendre les premiers bains aussi agréables que possible, l'enfant ayant conservé un souvenir pénible de ses premières baignades. Le moyen de réconcilier ces enfants avec l'eau n'est

pas de les plonger brusquement et d'autorité dans la baignoire, mais de les soumettre à des ablutions partielles de plus en plus étendues au voisinage de la baignoire, dans laquelle on finit par les plonger au bout de quelques jours quand ils se sont familiarisés avec sa présence.

On voit d'autres enfants qui, après avoir pris sans répugnance et avec plaisir les bains pendant plusieurs mois, manifestent tout d'un coup l'horreur pour l'immersion totale, quand une maladie intercurrente a obligé de la supprimer pendant un certain temps. Il faut alors refaire l'accoutumance progressive; on peut user au-si du moyen connu, mais vraiment efficace, qui consiste à recouvrir la baignoire d'un drap, sur lequel l'enfant est placé et qu'on laisse lentement s'enfoncer sous son poids, tout en jouant avec le bébé qui s'aperçoit à peine de l'entrée dans l'eau et ne proteste plus quand elle est faite.—(A suivre.)

De l'hystérie chez les jeunes enfants.—Mademoiselle GOLD-SPiegel publie dans sa thèse une série de nouvelles observations venant démontrer de nouveau que l'hystérie est loin d'être rare chez les enfants, quel que soit d'ailleurs leur sexe puisque la statistique prouve que la cinquième partie des hystériques le devient avant l'âge de la puberté. Tous les symptômes de l'hystérie des adultes peuvent être observés dans l'âge infantile; toutefois nous relevons dans le travail très intéressant de mademoiselle Gold-spiegel deux observations dans lesquelles la symptomatologie a présenté des particularités curieuses.

Dans l'une, il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans et demi, qui a été amenée dans le service de M. Legroux parce qu'elle mangeait du poivre depuis quatre ans. Elle en prenait des pin-cées dans la salière et en consommait à peu près pour deux sous par jour. Aussitôt qu'elle en apercevait, elle ne pouvait s'empêcher d'en manger et depuis quatre ans, elle n'est pas restée un jour sans satisfaire ce désir. La première semaine, le poivre lui piquait la langue et la gorge, mais au bout de peu de temps elle n'a plus rien senti. Dès le début, elle a eu de très fortes douleurs d'estomac et des vomissements, mais il n'a bientôt subsisté que de l'anorexie. Elle présentait d'ailleurs de l'anesthésie du pharynx et de la langue. Soumise à un régime approprié et à l'usage des douches froides, cette malade a été bientôt entièrement guérie.

Une seconde observation a trait à un garçon de treize ans chez lequel l'hystérie se manifeste par deux symptômes principaux, des crises douloureuses et des vertiges. Il y a quatre ans environ, l'enfant ressentit une douleur dans le bout des orteils, comparant cette douleur à celle que produit l'ongiée. Elle revint dès lors tous les soirs et pendant la nuit de préférence; au bout d'un mois elle avait progressivement atteint la jambe, la cuisse, les reins.

Pendant un an environ, les douleurs revenaient toutes les nuits, parfois même pendant la journée. Elles duraient un quart d'heure ou une demi-heure; depuis un an environ, les crises ont diminué d'intensité et se sont un peu espacées, mais jamais l'enfant n'a eu plus de trois jours de calme. Depuis sept ou huit mois sont survenus de nouveaux phénomènes : ce sont des sortes d'absences qui revenaient au début d'une façon intermittente, trois ou quatre ou cinq fois par semaine, puis ne se reproduisaient plus pendant plusieurs mois. Ces absences, ces sortes de vertiges, ne se sont guère produits que 20 ou 25 fois depuis le début. Ces vertiges peuvent durer jusqu'à une demi-heure à une heure, mais il peut se produire aussi des vertiges atténués qui ne durent que quelques minutes. Après être tombé à terre et être resté quelque temps dans cette situation, le malade se livre ensuite à quelque acte plus ou moins extravagant dont il ne garde pas le souvenir.

Mademoiselle Goldspiegel conclut que le pronostic de l'hystérie infantile est en thèse générale favorable et meilleur que chez les adultes surtout si on soigne la maladie dès le début; mais bien souvent pour arriver à un résultat, il est absolument nécessaire, ainsi que le recommande M. Charcot de séparer complètement ces enfants de leurs parents.—*Journal de médecine pratique.*

Syncope et convulsions provoquées par l'abaissement forcé de la langue.—Un enfant de dix-huit mois était atteint de laryngite striduleuse légère. Pour bien l'examiner, M. VERGELY le fait rouler dans une couverture qui maintient le tronc et les membres et il abaisse la langue sans violence, à l'aide d'une cuillère, L'enfant se débat : M. Vergely veut renouveler l'exploration et pendant qu'il crie, il porte de nouveau la cuillère sur la base de la langue qu'il cherche à déprimer. Il devient aussitôt immobile, les yeux fixes, ses bras retombent inertes, le cœur et la respiration s'arrêtent et, pendant quarante secondes, il reste en état de mort apparente. La titillation de la bouche et du voile, les frictions énergiques, tous les moyens habituels sont mis en usage; enfin, une première respiration a lieu et le jeu du thorax se rétablit. Mais, au bout d'une minute, une convulsion survient, se prolonge, puis s'accompagne de refroidissement et de cyanose des extrémités. L'enfant est resté deux heures dans une torpeur absolue. Il en est revenu peu à peu et le lendemain tout était dissipé. M. Vergely n'a jamais vu d'accident semblable et pense que si la syncope s'était prolongée de quelques secondes, la mort survenait. De pareils faits doivent engager à mettre la plus extrême prudence dans nos explorations de la gorge, à solliciter progressivement la base de la langue, à tâtonner un peu avant de se décider à l'abaisser.

Cet accident dépend surtout de l'ouverture forcée de la bouche qui arrête les mouvements d'ascension et de descente du larynx

accompagnant la déglutition de la salive. Cette immobilité du larynx, lorsqu'elle se prolonge, amène la cyanose et très rapidement l'asphyxie. C'est ce que j'ai observé à la suite de l'application d'un écarteur des mâchoires tenant la bouche très ouverte. Si l'on attendait trop longtemps on déterminerait rapidement la mort, bien que l'air ait toute facilité apparente pour pénétrer dans les poumons. Il ne serait pas impossible que le défaut de déglutition de la salive amenant son accumulation à l'ouverture supérieure du larynx, ne fasse obstacle mécanique à la respiration et ne produise l'asphyxie.

Il est probable que M. Vergely, en abaissant la langue de cet enfant de 18 mois, aura maintenu la bouche trop longtemps ouverte, immobilisé le larynx et produit l'asphyxie.—*Paris médical.*

Traitement de la néphrite scarlatineuse.—La *néphrite scarlatineuse* comporte un traitement dont les indications sont assez précises.

Il faut tout d'abord bien considérer qu'un organe enflammé ne doit pas être violemment excité dans sa fonction. Le trouble sécrétoire étant une conséquence de l'inflammation, il ne faut jamais perdre de vue que les glandes, aussi longtemps qu'elles sont enflammées, et que, par conséquent, les troubles sécrétoires sont considérables, doivent être le moins possible excités dans leurs fonctions. Mais à côté des reins, nous pouvons faire fonctionner énergiquement la peau, comme organe vicariant. En excitant sa sécrétion, nous pouvons éliminer non seulement l'eau, mais les matières excrémentielles de l'urine.

De toutes les méthodes diaphorétiques, celle qui est le plus recommandable dans les cas de néphrites graves est le *bain chaud* suivi d'enveloppement dans des couvertures de laine.

Ziemssen déclare qu'une longue expérience lui a permis de recommander chaleureusement l'emploi des bains chauds ou des bains chauffés d'une façon régulière et progressive.

L'échauffement du bain se fait d'après la méthode de Liebermeister, laquelle consiste à échauffer l'eau du bain en y versant de l'eau chaude pendant que le malade y est plongé, de façon à atteindre 38° et même 41° et 42° c. On fait suivre le bain d'un enveloppement dans une couverture de laine. La durée du bain doit être d'une demi-heure à une heure; l'enveloppement dans la couverture de laine, doit être prolongé pendant une ou deux heures, car c'est seulement alors que la transpiration devient profuse.

Une expérience de vingt années, dit Ziemssen, me permet de considérer la méthode de Liebermeister comme la meilleure dans les diverses formes d'hydropisie rénale. Elle s'applique surtout aux personnes qui ne peuvent s'asseoir et qui ne peuvent prendre, pour un temps assez prolongé, que la position *horizontale*.

Il faut noter que le bain chaud administré tous les jours ne produit souvent qu'une sudation insignifiante le premier et le deuxième jour, tandis que, le troisième jour, la transpiration devient très abondante.

Les cas graves de néphrite, ceux qui s'accompagnent d'anurie et font craindre l'apparition d'accidents urémiques, comportent l'emploi de la *pilocarpine* en sus des bains chauds. On administrait également du vin de Champagne et des eaux gazeuses, dans du lait, dans la proportion de 1 : 2, comme boisson. Dans tout le cours de la néphrite scarlatineuse, le lait est d'ailleurs très excellent, tant comme aliment que comme médicament.

Comme médicament interne, la *digitale* occupe le premier rang; on peut y ajouter l'*acétate de potasse ou d'ammoniaque*.

S'il n'existe pas un état urémique, on fera bien de s'abstenir de toute médication.

Il va de soi que, pendant la convalescence, alors que les troubles de la sécrétion urinaire et spécialement l'albuminurie ont cessé, il faut éviter avec le plus grand soin tout ce qui peut amener une excitation du rein: l'alcool, les vésicatoires et le refroidissement. Si les circonstances le permettent, il faut conseiller de porter de la laine à la peau, et le séjour d'un climat chaud, pendant les saisons rigoureuses.—*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*.

Traitement de l'eczéma de la dentition.—Pour M. E. BESNIER, l'eczéma de la dentition est un eczéma réflexe du visage, parfois du dos de la main et du poignet avec sensibilité gingivale et salivation.

De là trois indications: 1o calmer le prurit gingival; 2o combattre l'insomnie; 3o guérir l'état local.

1o Pour calmer le prurit gingival, attouchement et frictions fréquentes des gencives avec le doigt trempé dans une solution ainsi formulée.

Hydrochlorate de cocaïne.....	0.05 cent.
Bromure de potassium.....	0, 0 —
Eau distillée.....	10 gr.
Glycérine	10 —

2o Pour combattre l'insomnie, faire ingérer par cuillerées à soupe d'heure en heure la potion suivante:

Bromure de sodium.....	0.30 à 0,50 cent.
Sirop de fleurs d'oranger.....	60 grammes.

3o Contre l'état local, prescrire des onctions avec une pommade contenant:

Oxyde de zinc.....	10 gr.
Vaseline.....	30 —

M. E. Besnier recommande en outre de recouvrir les régions malades d'un masque en toile de caoutchouc ou en mousseline; suivant les parties atteintes, on peut le remplacer par une feuille de makintosh.—*Gazette hebdomadaire*.

MÉDECINE LÉGALE.

Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale.—Telle a été la première question discutée par le Congrès international de médecine légale qui a commencé ses séances le 19 août sous la présidence de M. Brouardel.

M. VIBERT a exposé la question dans un rapport fort bien fait dont voici l'analyse, d'après le *Progrès médical*.

L'étude des traumatismes cérébraux offre des applications médico-légales fort importantes. Les troubles consécutifs du système nerveux sont très fréquents, d'importance considérable. Il faut les rattacher à leur véritable cause, évitant la simulation intéressée. Les traumatismes cérébraux comprennent toutes les blessures de l'encéphale, depuis les plus graves jusqu'aux plus légères commotions, celles même qui résultent d'un simple ébranlement. On comprend que leur étude, même limitée aux conséquences tardives, comprenne une grande partie de l'histoire des maladies des centres nerveux, et précisément de celles si difficiles à interpréter, qui sont encore groupées dans les névroses. On peut voir, même à la suite d'un ébranlement général, des manifestations psychiques partielles, obnubilation, aphasie transitoire, et surtout cet état d'automatisme dans lequel le blessé accomplit les actes nécessaires pour assurer son salut sans même en avoir conscience. Les méningo-encéphalites localisées ou à marche rapide sont bien connues, et leur histoire est faite dans les traités classiques.

Il n'en est pas de même de l'épilepsie, de la paralysie générale, de l'aliénation mentale, qui peuvent suivre les traumatismes. Sur ce point, presque tous les auteurs pensent que le trauma n'est qu'une cause occasionnelle et qu'il faut une prédisposition individuelle. Cette opinion est exagérée, car dans bon nombre de cas il est impossible de trouver dans les antécédents personnels ou héréditaires du blessé la moindre tare du système nerveux. Quand on veut faire la part du traumatisme dans l'éclosion, après de longues années, d'une maladie mentale, on se heurte à cette difficulté qu'il n'y a point de forme spéciale de paralysie générale traumatique; sa clinique est semblable à celle des cas spontanés. De même pour l'aliénation mentale.

L'épilepsie est mieux connue, car le trauma détermine une lésion anatomique, esquille, exostose, épanchement sanguin, etc. On peut aussi rencontrer la paralysie agitante, la chorée et surtout l'hystérie.

D'autres conséquences morbides forment des types encore mal définis, difficiles à classer, à tableau incomplet. Dans ce groupe, il faut distinguer surtout les *cérébraux* de Lasègue. Étourdissements, vertiges, obtusion intellectuelle, hyperexcitabilité sous l'influence de la colère ou de l'alcool, et surtout changement très-marqué du caractère, tels sont les principaux traits de ce tableau. Des accidents plus aigus constituent le *délire par accès*. Ces sujets, quelque sains qu'ils puissent être avant l'accident, et c'est là ce qui les distingue des dégénérés, sont éminemment prédisposés à la démence et à toutes les affections cérébrales chroniques. Enfin, une dernière complication, c'est la *glycosurie* transitoire ou permanente, dont la genèse est loin d'être élucidée; car, de même que les accidents nerveux surviennent chez des hommes antérieurement bien portants, elle apparaît chez des sujets ne présentant pas, en général, les signes de ralentissement de la nutrition fixés par le professeur Bouchard.

M. GILLES DE LA TOURETTE a répondu au nom de l'École de la Salpêtrière. Il est, en dehors des états morbides esquissés par M. Vibert, tout un ensemble de phénomènes nerveux dont la réalité n'est pas douteuse, mais dont la nature est diversement interprétée. Il s'agit des désordres consécutifs au choc nerveux, Railway-spine des Anglais, qui constituent pour beaucoup d'auteurs une affection nerveuse spéciale, tandis que le professeur Charcot la rattache à l'hystérie, en raison des stigmates somatiques, anesthésies sensitivo-sensorielles, paralysies, qui seraient constants chez les sujets atteints. C'est Erichsen qui, en 1886, créa pour ainsi dire cette question avec quatorze observations d'accidents survenus pour la plupart en chemin de fer. Il attribua les symptômes qu'il avait remarqués du côté de l'encéphale, de la moëlle et des membres à une méningite plus ou moins grave; la méningomyélite d'Abercrombie et d'Ollivier (d'Angers). En 1852, Page publie un travail basé sur 250 cas, rattachant au cerveau les symptômes observés et faisant du Railway-Brain un état comparable à la neurasthénie et à l'hystérie. Le vertige, les douleurs de tête, les hallucinations, les troubles de l'ouïe, de l'odorat, de la vue et surtout les stigmates, tels que le rétrécissement du champ visuel, suffisent au point de vue nosographique, en dehors des autopsies qui n'ont pas donné de résultats, pour ranger la maladie dans l'hystérie mâle. C'est elle qui domine dans cet état spécial, c'est l'auto-suggestion créée par la terreur, le choc local, etc, qui suffisent pour perpétuer l'état pathologique. La ténacité des anesthésies et des paralysies est encore un caractère commun aux deux affections. Quant à l'objection tirée de la rareté relative de l'hystérie chez l'homme, elle tombe devant les récentes recherches du professeur Charcot et de ses élèves, qui ont montré l'extrême fréquence de cet état chez les malades des services courants de médecine et de la consultation du Bureau central.—à suivre.

FORMULAIRE.

Odontalgie.

P.—Muriate de cocaïne.....	1	partie
Opium	4	parties
Menthol	1	partie
Guimauve	3	parties

Mélez en une masse homogène avec de la glycérine et de la gomme arabique et divisez en pilules pesant environ un demi grain chacune. En placer une dans la cavité de la dent cariée.—*Weekly Medical Review.*

Hémoptysie.—Chauvin.

10. P.

Iodoforme	6	grains.
Acide tannique.....	8	“

M.—Faire six pilules. *Dose*: Une toutes les deux ou trois heures.—*Leonard's Medical Journal.*

20. P.—*Bartlett.*

Teinture de digitale... ..	1½	drachme
Huile de térébenthine.....	3	“
Huile de menthe poivrée	10	minimes
Acide sulfurique aromatique	3	drachmes
Alcool.....	q. s.	pour 2 onces

M.—*Dose*: 40 à 60 gouttes mêlées à du sucre et additionnées d'une ou deux cuillerées à soupe d'eau; à prendre toutes les 3 ou 4 heures.—*Leonard's Medical Journal.*

Catarrhe vésical chronique.—Frey.

P.—Iodoforme.....	50	parties
Glycérine	40	“
Eau distillée	10	“
Gomme adraganthe.....	¼	“

M.—Pour un lavage intravésical on met un demi-once de la préparation dans une chopine d'eau tiède. On répète ces lavages tous les trois jours. La vessie doit être préalablement nettoyée par une injection d'eau tiède.—*Medical Age.*

Spermatorrhée.—J. K. Mitchell.

P.—Sulfate de strychnine.....	1	grain
Acide phosphorique dilué.....	2	onces

M.—*Dose*: 25 gouttes dans de l'eau après chaque repas. Appliquez un vésicatoire sur le sacrum.—*Leonard's Medical Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, FÉVRIER 1890.

BULLETIN.

L'albuminurie et les assurances sur la vie.

Dans une communication au *Journal de médecine de Paris*, M. PAVY a attiré l'attention sur le fait que les compagnies d'assurances sur la vie attachent souvent beaucoup trop d'importance à la présence de l'albumine dans l'urine; que l'albuminurie est souvent transitoire, comme la cause qui l'a produite (exercice trop actif, refroidissement, etc.), et que cela ne devrait pas justifier le rejet d'un risque parfaitement acceptable, du reste. En outre, pour les cas chroniques, il établit une distinction entre ceux où l'albumine est peu abondante et ceux où elle se retrouve à flots dans l'urine. "Les cas confirmés de maladie de Bright seuls devraient être exclus des compagnies d'assurance."

Nous tenons à nous inscrire en faux contre une assertion qui, si elle est admise comme vraie théoriquement, n'est pas toujours justifiée par la clinique. Nous préfererions nous ranger à l'avis de Johnson, et considérer comme suspect tout albuminurique.

Un fait personnel nous revient en mémoire qui confirme ce que nous venons de dire. En juillet 1886, nous avons examiné, pour une compagnie d'assurance, un jeune négociant qui, à part une légère albuminurie, présentait toutes les apparences d'une santé parfaite. Le cas étant douteux, pour le moins, le médecin ordinaire du malade fut mis au courant de l'incident, et, ayant revu son client, se fit fort d'avoir raison de cette albuminurie qui, disait-il, tenait à un surmenage physique nécessairement passager. De fait, deux semaines après ce premier examen, une nouvelle analyse de l'urine révélait une absence complète d'albumine. Le sujet fut admis. Deux ans après nous apprenions qu'il venait de succomber au mal de Bright.

Les amendements à la "Loi de Pharmacie de Québec."

L'Association pharmaceutique de la province de Québec a présenté à la législature un *bill* amendant la loi actuelle de pharmacie de façon à obliger les médecins désirant devenir pharmaciens d'abandonner la pratique de la médecine. L'amendement se lit comme suit :

" Tout médecin dûment inscrit comme membre du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, peut ouvrir un magasin de drogues, s'il abandonne la pratique de la médecine et de la chirurgie, s'il se fait inscrire comme " licencié en pharmacie " d'après les dispositions de la présente loi, et paie l'honoraire requis par l'article 4029."

Nous ne voyons pas la moindre objection à ce que cet amendement soit adopté. La profession médicale et le corps pharmaceutique n'ont qu'à y gagner. En effet, si un médecin désire ouvrir un magasin de drogues, et s'il veut le faire d'une façon aussi digne que compétente, il doit s'y consacrer tout entier, et, pour ce faire, abandonner tout ce qui serait de nature à l'en détourner. N'est pas bon et compétent pharmacien qui veut, et nous estimons que la très grande majorité pour ne pas dire la totalité des praticiens sont aussi impropres à devenir, du jour au lendemain, pharmaciens compétents, qu'à se constituer mécaniciens ou architectes. L'exercice de la pharmacie exige aujourd'hui, de la part de ceux qui s'y livrent, une somme de connaissances théoriques et pratiques dont nos cours de médecine n'enseignent pas le premier mot et qui restent longtemps lettre morte pour la foule des médecins.

Il y a plus encore. Souvent les médecins ont sujet de se plaindre de certains pharmaciens qui, personnellement ou par leurs employés, empiètent sur les droits des médecins et, d'un bout de l'année à l'autre, donnent à qui les leur demande des avis médicaux, consultations, etc. Les abus de ce *counter-prescribing* atteignent en ce moment, dit-on, des proportions considérables. Or, nous est avis que, du moment que les médecins n'empièteront plus sur ce que les pharmaciens appellent leurs privilèges, la profession médicale sera en droit d'exiger une juste réciprocité et de courir sus à tout pharmacien qui, au mépris d'une loi dont nous aurions pu, bien avant aujourd'hui, réclamer l'application, se mêlera de faire de la médecine en même temps que de la pharmacie. S'il est juste d'accorder à son voisin une légitime demande, il ne l'est pas moins de veiller à son intérêt personnel et de sauvegarder ses privilèges.

Si l'amendement précité est adopté par le parlement, cela aura pour effet d'augmenter d'une manière notable le nombre des pharmaciens canadiens-français et de donner par conséquent à cet élément, au sein de l'Association pharmaceutique, une prépondé-

rance à laquelle il a droit. Ce serait là, à notre sens, un avantage qu'on ne saurait méconnaître et qui, à lui seul, suffirait, à défaut d'autre argument, à nous faire agréer les amendements à la "Loi de Pharmacie."

Intérêts professionnels.

Le *Bureau provincial de médecine*, tel que constitué aux élections de juillet dernier, ne semble guère, en dépit de toutes promesses à l'encontre, avoir, plus que son prédécesseur, souci des intérêts et des besoins de la profession. Le premier acte de son administration aurait dû être la nomination d'un *agent chargé de percevoir* la contribution annuelle et surtout d'avoir l'œil aux charlatans et autres intrus qui envahissent comme à plaisir le champ professionnel en exerçant la médecine sans licence aucune, et par le fait même, ce qui semble paradoxal, avec la plus grande liberté. Depuis la résignation de M. Lamirande, *i. e.*, depuis juillet, cet état de choses se continue et personne n'en a cure. Cependant tout le monde se plaint des charlatans. Tous les jours nous recevons des lettres de médecins déplorant l'apathie et l'inaction du Bureau à protéger la profession contre les empiètements du charlatanisme. En vérité nous n'y pouvons absolument rien, ayant déjà, à plusieurs reprises, dit notre façon de penser à ce sujet et n'ayant, pratiquement, obtenu aucun résultat.

Un de nos lecteurs nous demande s'il ne serait pas possible que les rapports des délibérations du Bureau fussent publiés dans nos journaux de médecine aussitôt après chaque assemblée bi-annuelle, afin que la profession sache comment ceux qu'elle a élus gouverneurs entendent sauvegarder ses intérêts et ses privilèges. A cela nous répondrons que si ces rapports ne sont pas publiés, il n'y a pas de notre faute. Nous les publions chaque fois que l'on veut bien nous les communiquer, et à ce propos nous n'avons que des remerciements à adresser à M. le secrétaire pour Québec, le Dr Beileau, qui nous expédie chaque année le procès verbal de la réunion de septembre (tenue à Québec). En septembre dernier, M. le Dr Beileau, étant malade, n'a pas assisté aux délibérations, et c'est pour cela que nous avons été privés du rapport de cette assemblée. Nous regrettons que M. le secrétaire pour Montréal ne juge pas toujours à propos d'imiter en cela son collègue.

Queques uns de nos abonnés nous demandent quand nous aurons un tarif légal. Nous les référons à M. le président du Bureau ou à tout autre membre de ce digne conseil, espérant qu'il leur sera donné une réponse que nous avons, pour notre part, depuis longtemps renoncé à attendre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HUCHARD — *Leçons de thérapeutique et de clinique médicale de l'hôpital Bichat. Maladies du cœur et des vaisseaux : artério-sclérose, aortites, cardiopathies artérielles, angines de poitrine, etc.*, par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. Un vol. in-8° avec figures dans le texte et 4 planches chromo-lithographiées hors texte. — Paris, O. Doin, éditeur, 1889.

C'est avec un réel bonheur que nous saluons la publication des intéressantes leçons faites par M. Henri Huchard, à l'hôpital Bichat, sur les cardiopathies artérielles et les maladies organiques du cœur. Ce n'est pas que la littérature médicale soit pauvre en traités de ce genre, mais il en est peu, croyons-nous, qui donnent des affections cardiaques un exposé aussi lucide, aussi plein d'érudition, aussi rempli de faits nouveaux.

Le livre de M. Huchard comprend trente leçons traitant successivement : 1° des indications thérapeutiques en général ; 2° de la tension artérielle dans les maladies et de ses indications thérapeutiques ; 3° de l'aortite aiguë ; 4° de l'artério-sclérose ; 5° des cardiopathies artérielles ; 6° de l'artério-sclérose des gouloux ; 7° de l'angine de poitrine vraie ; 8° des angines de poitrine tabagiques ; 9° des angines de poitrine névrosiques ; 10° de la digitale et de la médication cardiosthénique. En outre, deux chapitres additionnels, l'un sur la sphygmomanométrie, l'autre comprenant cent vingt-trois observations d'autopsies d'angine de poitrine avec lésions des coronaires.

La thèse soutenue par M. Huchard, et cela avec autant de vérité que de talent, se résume à faire jouer à l'artério-sclérose et à l'hypertension artérielle, dans la production des affections organiques du cœur, un rôle qui a été, jusqu'ici, trop méconnu, parce que, probablement il n'a pas été suffisamment étudié. En dirigeant dans ce sens ses études de savant et ses patientes recherches, M. Huchard rend à la science un service dont on ne saurait trop le remercier. Les idées exposées dans le livre de l'éminent médecin de l'hôpital Bichat sont appuyées sur un très grand nombre de faits cliniques et de constatations anatomopathologiques qui en sont l'éclatante confirmation.

Pour donner à nos lecteurs une idée plus complète du vigoureux travail de M. Huchard, nous serons heureux de reproduire, dans notre prochaine livraison, avec la bienveillante permission de l'auteur, quelques pages de l'ouvrage que nous avons sous les yeux et qui, pour nous, constitue une des meilleures productions de la science française en 1889.

M. Oct. Doin, éditeur du livre de M. Huchard, a, comme il le fait toujours, donné tous ses soins à la partie matérielle de l'ouvrage, et comme toujours aussi, il a parfaitement réassuré.

H. E. D.

MONOD-TERRILLON.—*Traité des maladies du testicule et de ses annexes*, par CH. MONOD, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, membre de la Société de chirurgie, et O. TERRILLON, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris, chirurgien de la Salpêtrière, membre de la Société de chirurgie; 1 vol. in-8, avec 92 figures, 16 francs; G. Masson, éditeur, 120 Boulevard Saint-Germain, Paris.

Extrait de la préface des auteurs: — Ce travail est limité à l'étude des maladies du testicule et de ses annexes les plus proches, *épididyme vaginale, canal déférent*. Il ne traite pas des affections du *scrotum* ni de celles des *césicules séminales*. Les premières forment un tout complet, dont la description ne peut être scindée; les secondes constituent dans l'histoire des maladies des organes génitaux de l'homme deux groupes distincts, qui veulent être étudiés à part.

Quant aux troubles purement fonctionnels de la glande séminale, *spermatorrhée, azoospermie, dyspermatisme, etc., etc.*, on ne devra pas non plus chercher dans ce livre aucun document qui s'y rapporte. Les questions que l'étude de ces désordres soulève sont complexes; elles ne nous ont pas paru devoir trouver place dans un ouvrage tel que celui-ci. Bien souvent d'ailleurs ces désordres ne se rattachent pas d'une façon évidente à une lésion du testicule.

Principales divisions de l'ouvrage:—I. ANOMALIES.—II. TRAUMATISMES.—III. INFLAMMATIONS: *Inflammations des enveloppes*. (Vaginalite aiguë. Vaginalites chroniques). *Inflammation de la glande*. (Epididymo-orchites d'origine uréthrale. Orchites infectieuses de cause générale).—IV. TUBERCULOSE.—V. SYPHILIS.—VI. ATROPHIE.—VII. FONGUS BÉNIN.—VIII. NÉURALGIE.—IX. KYSTES. SPERMATOCÈLE.—X. TUMEURS. (Cancer du testicule. Carcinome. Sarcome. Tumeurs mixtes. Maladie kystique. Echinodrome. Lymphadénome. Tumeurs diverses).—XI. TÉRATOMES. (Inclusions fœtales. Kystes dermoïdes).—XII. TUMEURS DE LA VAGINALE.—XIII. MALADIES DU CORDON.—XIV. CASTRATION.

LE DENTU.—*Affections chirurgicales des reins, des urètères et des capsules surrénales*, par M. LE DENTU, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, membre de la Société de chirurgie, 1 volume in-8, avec figures dans le texte, 15 fr., G. Masson, éditeur, 120, Boulevard Saint-Germain, en face de l'École de Médecins, Paris.

Extrait de la préface de l'auteur.—Les nombreux ouvrages sur les maladies des reins, dont les auteurs sont des médecins, renferment de si bonnes descriptions de la plupart d'entre elles, qu'on pourrait se demander pourquoi je ne me suis pas borné à écrire un court traité de médecine opératoire, qui aurait ajouté à ces ouvrages ce qui leur manque forcément, à savoir: l'exposé du traite-

ment chirurgical de ces maladies. A cette question que, moi aussi, je me suis posée, je répondrai par les considérations suivantes :

Outre que certains sujets, tels que les traumatismes de reins, sont du domaine de la chirurgie pure, il n'est pas possible qu'un chirurgien voie les choses du même point de vue qu'un médecin.

Quoique bon nombre des affections de l'uretère soient dans une étroite dépendance à l'égard de celles du rein, il m'a semblé que, contrairement à la tradition suivie par tous mes prédécesseurs, ces affections devaient constituer un groupe distinct. Il suffira, je pense, d'un coup d'œil sur cette partie de l'ouvrage pour se convaincre que cette séparation n'est nullement artificielle. Un peu d'attention et de méthode m'a empêché de tomber dans les redites auxquelles devait m'exposer cette innovation.

Principales divisions de l'ouvrage :

I. AFFECTIIONS DES REINS. Lésions traumatiques.—Lithiase.—Affections inflammatoires.—Pyélite et pyélonéphrite. Pyonéphrose. Néphrites primitives. Absès du parenchyme rénal. Gangrène du rein. Périnéphrite.—Fistules rénales.—Fistules consécutives aux absces périnéphrétiques.—Hydronéphrose.—Kystes.—Tuberculose.—Tumeurs solides.—Les reins mobiles et leur pathologie.—Procédés d'exploration médiate et immédiate des reins.—Médecine opératoire du rein.—Fonction. Débridement de la capsule propre ou néphrotomie superficielle. Néphrotomie et néphroliotomie.—Néphrorraphie.—Néphrectomie.—II. AFFECTIIONS DES URETÈRES. Lésions traumatiques. —Calculs et corps étrangers des uretères.—Urétrite et périurétrite.—Fistules de l'uretère.—Urétrhydrose.—Kystes.—Tuberculose.—Cancer.—Anomalies des reins et des uretères.—Exploration médiate et immédiate des uretères.—Cathétérisme.—Opérations diverses pratiquées ou praticables sur l'uretère.—III.—AFFECTIIONS DES CAPSULES SURRÉNALES.

Vick's Floral Guide, 1890.—Ce joli catalogue vient de paraître, il est rempli de gravures magnifiques et agrémenté de conseils fort utiles aux horticulteurs et aux amateurs de fleurs et de verdure.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le successeur du regretté professeur VOLKMANN sera, dit-on, le professeur Otto MADELUNG, de Rostock.

Le Dr Gaillard THOMAS s'est démis de ses fonctions de professeur de clinique gynécologique au Collège des Médecins et Chirurgiens de New-York.

L'Université de Toronto a été détruite en entier, le 14 février, par un incendie. Les pertes s'élèvent à un demi million de dollars et ne sont couvertes que par des assurances au total de \$164,000. La bibliothèque était à elle seule évaluée à \$100,000.

Circconcision chez les Juifs. — Par décision consistoriale récente, la circconcision des nouveau-nés doit être faite par le sacrificateur en présence du rabbin et d'un médecin. Avant cette décision, la présence du médecin, tout en étant très habituelle, n'était pas obligatoire. La circconcision chez les nouveau-nés juifs se fait du reste, actuellement, conformément aux règles de l'antisepsie.

Pastilles antiseptiques de Warner. — La maison Wm. R. Warner & Co, de Philadelphie, à la suggestion du Dr C. SEILER, dans le *Medical Record*, vient de lancer sur le marché des pastilles antiseptiques pour le traitement de certaines affections nasales; pastilles au bicarbonate, biborate, benzoate, salicylate de soude, avec menthol et huile de gaulthérie. Chaque pastille fait une solution de deux onces. Elles sont antiseptiques, inoffensives et corrigent la mauvaise odeur qui accompagne si souvent les affections du nez.

Association des internes de l'hôpital Notre-Dame. — Le Bureau de l'Association a été reconstitué à la séance annuelle de janvier 1890 et se compose comme suit: *Président*, Dr A. R. MARSO LAIS; *Vice président*, Dr M. T. BRENNAN; *Secrétaire*, Dr I. CORMIER; *Trésorier*, Dr L. N. DELORME; *Bibliothécaire*, Dr J. N. MOUNT.

La prochaine réunion aura lieu le 26 mars, à l'hôpital Notre-Dame. Ordre du jour: Dr DELORME: *Un cas de cancer du rein*; Dr DESROSIERS: *Contribution à l'étude de la prophylaxie des déchirures périnéales*.

Nécrologie. — CANADA. — A Beauharnois, M. le docteur P. V. BOUCHER DE BOUCHERVILLE, âgé de 67 ans.

ETRANGER. — A Lyon, le Dr Daniel MOLLIÈRE, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu de Lyon. — A Vienne, le Dr M. ROSENTHAL, professeur des maladies du système nerveux à l'Université de Vienne. — A Berlin, le Dr VON TROELTSCH, professeur à la faculté de médecine de Wurtzbourg, et l'auriste le plus connu de l'Allemagne actuelle. — A Londres, sir William GULL, Bart, médecin ordinaire de Sa Majesté la Reine Victoria et de S. A. R. le Prince de Galles, médecin du *Guy's Hospital*, une des gloires médicales de l'Angleterre. — A Zurich, M. le professeur FREY.

Naissances.

DUHAMEL. — A Montréal, le 3 janvier, la femme du Dr. A. Duhamel, une fille.

FOUCHER. — A Montréal, le 22 janvier, la femme du Dr. A. A. Foucher, un fils.