

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

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

VOL. V.

MONTRÉAL, MARS 1891.

No 3

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES NOTES DE MON CARNET.

Par le Dr G. B. FARIBAUT, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Montréal.—PARIS.

Pied bot équin congénital à manifestation tardive.

Le pied bot congénital varus équin à manifestation tardive est un sujet nouveau et peu connu que Monsieur le Professeur Tillaux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, vient de mettre en lumière.

Quelques enfants naissent avec un tendon d'Achille insuffisant sans que l'attention de l'accoucheur en soit éveillée. Pendant plusieurs années, l'enfant marche sans aucune manifestation de malaise ; mais, à un moment donné, à l'âge de 10, 15, 25 ans, il se fatigue après une marche d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, il éprouve une douleur dans le pied, dans le mollet : cette fatigue, cette douleur s'accroît à un tel point qu'il peut à peine se tenir dans la position verticale et il se voit alors forcé de demander les services d'un chirurgien. A l'examen, le médecin trouve des durillons à la plante du pied, au niveau des métatarsiens, une subluxation des orteils avec les métatarsiens et les chaussures du patient ne sont usées qu'au niveau de l'avant-pied. Il se croit en mesure de mettre la faute sur le jambier antérieur et l'extenseur commun des orteils, ces derniers d'ailleurs tendus comme des cordes, et y trouve toute une indication de faire la ténotomie de l'un ou l'autre ou des deux muscles. Grave erreur, ni l'un ni l'autre

de ces deux muscles n'est en faute, c'est vers le tendon d'Achille que l'attention doit être portée toute entière. Une simple expérience pour nous en convaincre : c'est à peine si en exerçant une forte pression sur la plante du pied, on arrive à l'angle droit. Or, si cette affection était due à une rétraction des muscles extenseurs des orteils ou du jambier antérieur, on pourrait provoquer cet angle droit du pied et même l'angle aigu sans aucune difficulté. Il n'y a donc pas de doute que la cause de cette affection est dans le raccourcissement du tendon d'Achille ; les sujets sont venus au monde avec un tendon d'Achille trop court pour permettre la flexion du pied sur la jambe. On pourrait donner comme objection que le pied repose sur le sol toute la face plantaire. Mais, ce résultat est obtenu à l'aide d'un artifice instinctif qu'emploient les malades : pour contrebalancer l'action des extenseurs du pied (jumeaux, ils mettent en jeu l'action des fléchisseurs du pied sur la jambe, qui sont aussi extenseurs des orteils et c'est grâce au concours actif de ces derniers muscles que le talon arrive à toucher sur le sol. On voit ainsi pourquoi les orteils sont nécessairement attirés en arrière et arrivent à une sorte de subluxation comme la fatigue qui se montre à un moment donné, vient de ce que, dans cette botte, les fléchisseurs qui ne sont pas assez forts à eux seuls pour lutter contre les jumeaux, finissent par être fatigués.

Le Professeur Tillaux vient, dans une série de ténotomies du tendon d'Achille, de rendre la marche facile à un certain nombre d'individus atteints de cette affection ; patients sur lesquels d'autres médecins avaient pratiqué la ténotomie des muscles jambiers et extenseurs des orteils sans aucun résultat.

La ténotomie du tendon d'Achille, dans le pied bot varus équin congénital à manifestation tardive, se pratique, d'ailleurs, comme celle du pied bot varus équin congénital précoce : section du tendon d'Achille, extension du pied dans l'angle droit forcé et même quelque peu aigu et appareil plâtré pour tenir le pied en position. Après 4 semaines, avec rigoureuse antisepsie, tout est réuni par première intention et le malade peut marcher facilement et sans douleur. Monsieur le Professeur Tillaux vient, ce matin même, de donner congé à 6 de ces cas, opérés depuis 26 jours ; tous, après avoir exercé leur pied pendant cinquante heures, marchent avec la plus grande facilité, sans aucune trace de lésion primitive.

Paris, le 16 février 1891.

DR G. B. FARIBAULT.

Corps étrangers dans la vessie.

L'introduction de corps étrangers dans la vessie est un accident heureusement assez rare. En voici un cas qui mérite d'être publié.

Il y a quelques mois, un jeune homme du nom de M..., âgé de 19 ans, se présente chez moi et me raconte l'histoire suivante :

" Il y a un an, je contractai une gonorrhée qui, par défaut de traitement et de soins, passa à l'état chronique. Craignant des suites fâcheuses, je me décidai enfin à consulter un médecin. Ce médecin m'introduisit une sonde métallique deux fois par semaine, durant un mois. Me sentant un peu mieux, je me dis que je pouvais moi-même continuer le traitement ; mais l'inconvénient était que je n'avais pas de sonde métallique. Je m'ingéniai d'en fabriquer une

Je pris un morceau de grosse cire, je lui donnai la forme voulue et je me l'introduisis dans l'urèthre.

Je pus n'en retirer qu'une partie, l'autre est restée dans la vessie.

J'éprouve depuis des envies fréquentes d'uriner et des douleurs cuisantes après chaque miction.

Je passai la sonde et fis l'exploration de la vessie. Je ne découvris rien d'abord. Je demandai au malade quand avait eu lieu l'accident. " Il y a sept mois," me répondit-il. Je fis l'examen de nouveau, me disant que ce corps étranger, après un séjour de sept mois dans la vessie, avait dû être le point de départ, le noyau d'un calcul. Je le sentis enfin.

Quelques jours après, je pratiquai la lithotomie. Le calcul n'était pas très volumineux. Je le retirai sans peine, mais j'eus quelque difficulté à saisir et à enlever les morceaux de cire qui n'avaient pas été englobés par la concrétion calcaire et qui étaient devenus de forme lamellaire par suite de la pression exercée par les contractions de la vessie.

La convalescence se fait sans accident.

Douze jours après l'opération, l'urine reprenait son cours naturel.

L'opéré est maintenant très bien portant, *guéri* à jamais de tout goût pour les ouvrages en cire.

L. P. DE GRANDPRÉ,

M. D. C. M.

28 Harrison,

Fall River, Mass.

COURS ET CLINIQUES.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

Notes par M. ARMAND HUDON, M.B.

Mardi, le 11 mars 1891, un nommé X, ayant perdu l'usage d'un œil à la suite d'un accident assez grave, vint demander les secours du Dr Hingston.

Cinq mois auparavant, ce malheureux avait été attaqué par un bœuf furieux qui lui avait donné un coup de corne, lui labourant toute la figure. La corne était entrée dans la joue près du maxillaire inférieur et s'était arrêté dans le creux de l'orbite, ne blessant en aucune manière l'œil, mais détruisant cependant le droit interne et le releveur de la paupière supérieure, dérangeant aussi tellement la position de l'œil que cet organe pendait presque sur l'oreille gauche.

Après avoir bien lavé sa plaie, le blessé en laissa le soin à la nature qui fit vite la réparation des tissus lésés. Malheureusement, la cicatrice était disposée de telle manière que les lambeaux recouvraient entièrement l'œil.

A l'examen, le malade présentait une figure très difforme. La peau du côté gauche était lisse, il n'y avait aucune expression d'intelligence et toute la joue était sur le même plan que le sourcil supérieur; il n'existait aucune dépression à l'endroit où l'œil se trouve. Le malade, cependant, insistait sur ce point qu'il pouvait voir à travers cette couche de peau.

Le chirurgien fit une incision horizontale sur toute la surface de l'orbite et, après avoir disséqué avec soin et précaution, couche par couche, il fit apparaître l'œil qui était aussi sain et aussi limpide que l'autre.

Il s'agissait alors de ne pas laisser reprendre ensemble les bords de ces paupières artificielles. Le docteur Hingston passa d'abord du nitrate d'argent, ensuite une solution de chlorure de sodium sur les lèvres de la plaie, puis il mit l'écarteur des paupières afin de tenir séparés les lambeaux supérieur et inférieur.

Nous avons eu occasion de voir ce malade le 16 mars et nous avons pu constater le succès. La cicatrisation se fait dans les proportions voulues et l'opéré voit bien.

Notes par P. BARRETTE.

Un individu éprouvait une violente fluxion, par suite de l'irritation que provoquait une dent molaire cariée, dans l'extrémité gauche de l'arcade dentaire inférieure. Un abcès survient qui s'ouvre spontanément au-dessous de l'angle de l'os maxillaire. Cette première ouverture étant insuffisante, il s'en forme successivement une seconde et une troisième dans la longueur du cou, jusque près de la clavicule. La maladie qui existait depuis longtemps n'avait pourtant été combattue que par des cataplasmes et des sangsues. Quelque huit mois s'étaient écoulés quand le patient se décide à se mettre sous les soins du médecin. Il existait alors dans la région du masséter et aussi un peu en avant un engorgement considérable, en raison de la date de l'origine de la maladie, par sa consistance qui était devenue osseuse. La mâchoire inférieure était constamment serrée contre la supérieure, ce qui empêchait pour le malade la préhension du moindre aliment solide. Le malade souffrait beaucoup et ne reposait plus ; la fièvre était survenue, et il se faisait continuellement, par les trois plaies, une suppuration abondante. Le médecin soupçonnant l'origine réelle de ces plaies, fit une ouverture partant de la plaie supérieure, c'est-à-dire celle qui répondait à l'ouverture spontanée du premier abcès, et se dirigeant vers l'angle du maxillaire ; il nous mit aussitôt en présence d'un séquestre d'une grande capacité. Cependant deux lames osseuses de formation probablement assez récente, dont l'une interne et l'autre externe, entouraient le séquestre et le rendaient, par cet enclavement, difficilement abordable. Il fut difficile de le briser dans sa gaine ; on y parvint en saisissant le bord inférieur avec des pinces très résistantes et en le tordant en différents sens. De cette manière l'on eut plusieurs fragments, qui furent extraits ensuite l'un après l'autre. La disposition particulière de l'espèce de gaine osseuse qui les avait contenus, fut alors en évidence ; elle était formée d'une lame externe et d'une lame interne, chacune de ces lames ayant été engendrée par le périoste correspondant et donnant attache la première au muscle masséter, la seconde au ptérygoïdien interne. Ces rapports musculaires qui auraient dû naturellement tendre à l'écartement de ces deux lames, n'ont pas empêché leur rapprochement mutuel, et l'oblitération assez rapide même de la cavité qui contenait le séquestre. Il est remarquable que celui-ci était volumineux et assez étroitement embrassé par les lames de restauration ; ce qui venait sans doute de ce que toute l'épaisseur de l'os était nécrosée à l'angle du maxillaire, la résistance du périoste ayant été la seule à vaincre pour montrer une collection au dehors, elle s'y est presque aussitôt mani-

festée et ce sans distendre la boîte osseuse. Ainsi étroitement embrassée, la pièce mortifiée a dû exciter plus facilement l'inflammation suppurative, et provoquer, dès le début, la formation d'une masse de tissu fibreux qui rend compte de la rapidité de la guérison.

Cet homme ainsi affecté autrefois se porte aujourd'hui parfaitement bien ; sa mâchoire n'est nullement difforme et jouit de tous ses mouvements.

MEDECINE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.—M. le professeur POTAIN.

La pleurésie interlobaire.

Messieurs.

Il y a en ce moment, au n° 17 de votre salle de femmes, une malade qui rend du pus par l'expectoration et est atteinte de ce que l'on appelle une vomique. La gravité de la vomique est très variable : tantôt le malade guérit assez facilement ; tantôt, au contraire, il faut, pour qu'il se tire d'affaire, recourir à des opérations assez graves, et les suites de la maladie sont fort longues ; elle peut même alors entraîner la mort. Il importe donc de rechercher, quand on se trouve en présence d'un vomique, les circonstances qui peuvent nous éclairer sur le pronostic.

L'histoire de notre malade est facile à exposer. C'est une enfant trouvée qui a toujours été misérable. En 1875, elle couchait par terre, dans un lieu humide, et fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu qui guérit sans qu'il se soit produit de lésion cardiaque. La malade se remit tout en restant chétive, et, il y a cinq ans, elle présenta des accidents assez intenses du côté de l'estomac. Elle se rétablit encore jusqu'à il y a deux mois ; à ce moment, elle fut prise de malaise, de toux, d'une douleur dans le côté, et entra chez mon collègue, M. Desnos. Au bout de quelques jours, elle se trouva mieux et sortit ; mais, bientôt, elle fut reprise d'un grand malaise, d'une oppression excessive, d'une toux très fréquente, et demanda son admission dans nos salles.

A son entrée, la malade avait une toux fébrile d'une fréquence extrême, courte, brève, et en même temps expectorait une quantité abondante de crachats muco purulents. A aucun moment de la maladie elle n'avait rendu brusquement une grande quantité de pus, c'est

à-dire que jamais l'expectoration n'avait présenté les caractères de la vomique classique.

En examinant la malade, on constatait tout d'abord l'existence d'une douleur excessive à gauche de la poitrine et dont le maximum se trouvait aux troisième et quatrième espaces intercostaux, un peu en dehors du mamelon ; cette douleur s'étendait, du reste, en avant jusqu'en dessous de la clavicule et elle s'exagérait par les mouvements et par la toux. Sous la clavicule et en dehors, la matité était complète et la respiration nulle ; on ne pouvait rechercher les vibrations thoraciques, vu l'affaiblissement de la malade qui ne pouvait parler que très difficilement et dont la voix était enrouée. En arrière, la sonorité était normale et un peu atténuée en haut ; il y avait ces râles sibilants et sous-crépittants des deux côtés de la poitrine, plus nombreux à gauche. A la partie externe, dans la verticale de l'aisselle, on trouvait, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux, une submatité accentuée ; cependant, à l'auscultation, le murmure vésiculaire était très distinct et il n'y avait pas de souffle. Toute la région était tuméfiée, bien qu'il n'y eût pas d'œdème à proprement parler, mais de la bouffissure ; le doigt s'enfonçait facilement, mais ne laissait pas de godet.

Les résultats de l'examen devaient faire penser de suite à une pleurésie interlobaire. On pouvait, il est vrai, songer à l'existence d'une pneumonie lobaire profonde. Dans ce cas, en effet, on trouve de la submatité et non de la matité, par suite de la résonance des parties superficielles qui sont encore perméables à l'air. Mais cette pneumonie profonde s'accompagne des crachats caractéristiques, de souffle, et il est très rare qu'on ne puisse pas, en certains points, entendre la crépitation. On pouvait encore penser à l'existence d'une pneumonie congestive, mais il n'y avait pas de souffle diffus et le murmure vésiculaire à la partie externe était normal ; une percussion superficielle donnait de la sonorité et ce n'était qu'en percutant profondément qu'on obtenait de la submatité. Il est donc évident que le poumon présente une couche superficielle perméable à l'air, et que l'augmentation de densité n'existe que dans les parties profondes.

En dehors de la congestion pulmonaire et de pneumonie profonde, on ne pouvait guère penser qu'à un épanchement pleural. Or, il n'y avait pas d'épanchement dans la grande cavité, car c'est vers la base qu'il s'accumule dans l'immense majorité des cas. Il se rassemble dans cette partie de la cavité pleural parce que, quoi qu'on en ait dit, il obéit aux lois de la pesanteur, et, chez un malade au lit, il remplit d'abord le sinus costodiaphragmatique en arrière, puis il remonte peu à peu, et, comme vous le savez, la courbe de la matité a alors été établie par

Damoiseau. Même quand l'épanchement se fait à la partie supérieure de la poitrine, il descend dans la partie déclive.

A plusieurs reprises, dans le service, nous avons pu assister à cette évolution de la pleurésie. Nous constatons d'abord, dans les parties supérieures de la poitrine, une pleurésie sèche qui se manifestait par des frottements, de la submatité et de la congestion pulmonaire, en même temps que la partie inférieure de la poitrine restait normale ; peu après un épanchement occupait cette partie inférieure, immédiatement au-dessus la plèvre et le poumon restaient sains sans modification des signes normaux à la percussion ou à l'auscultation, et enfin, tout à fait en haut, on constatait les signes de la pleurite. Dans le cas qui nous occupe aujourd'hui, il ne s'agit pas d'un fait de ce genre, car la partie inférieure de la plèvre est toujours restée libre.

Les épanchements peuvent ne pas obéir aux lois de la pesanteur, quand ils sont entourés par les adhérences. Ces adhérences peuvent tenir à une pleurésie antérieure. Lorsqu'en effet du liquide est fourni par une inflammation des parties supérieures de la plèvre, ce liquide, en tombant dans les parties déclives, propage l'inflammation et entraîne la production d'exsudats. Ces exsudats arrivent à oblitérer plus ou moins complètement la cavité pleurale en s'organisant, réunissent les deux feuillets et forment ainsi des adhérences qui peuvent ne laisser libre qu'un peu de la partie supérieure de la cavité pleurale. Si alors une inflammation se produit dans cette partie supérieure, le liquide ne peut s'épancher dans la partie inférieure, et la pleurésie est enkystée. Dans d'autres circonstances, l'exsudat devient très rapidement solide et entoure le liquide qui est ainsi contenu dans une sorte de loge. Cela se voit extrêmement souvent dans les pleurésies interlobaires, de telle sorte que les deux lèvres du sillon se trouvent très rapidement réunies. Le liquide s'accumule alors dans une cavité close, et il se forme ainsi une loge dans la profondeur du poumon.

Dans quelques cas, la pleurésie des tuberculeux forme un foyer limité à la partie supérieure du poumon. C'est là un fait exceptionnel, car, presque dès le début, la tuberculose entraîne la propagation du travail inflammatoire à la surface du poumon, et un des premiers signes de la maladie serait un frottement pleural à la partie supérieure. D'autres fois encore, il se produit des inflammations aiguës et rapides de la plèvre au voisinage des inflammations du poumon et des pleurésies enkystées ; mais ce sont là des cas que l'on peut toujours considérer comme exceptionnels. L'enkystement peut aussi se produire à la base, dans la pleurésie diaphragmatique, par exemple.

Dans les pleurésies enkystées interlobaires, presque toujours l'épan-

chement est purulent. On a dit que cela était dû à une poussée inflammatoire excessive entraînant la suppuration ; il est plus probable que cette dernière relève de la présence d'un agent infectieux spécial.

Le diagnostic des pleurésies enkystées est quelquefois assez délicat. Quant le liquide s'épanche au sommet même, on peut penser qu'il s'agit d'une tuberculose massive de cette région du poumon. Il y a cependant des signes distinctifs assez nets. Dans le cas de tuberculose, les vibrations thoraciques et le retentissement vocal sont augmentés, tandis que vibrations et retentissements disparaissent lors de pleurésie. Les difficultés s'accroissent lorsque la voix est supprimée ; on se base alors sur le degré de la matité qui est le plus considérable quand il s'agit d'un épanchement, la tuberculose du sommet étant rarement assez compacte pour donner un son absolument mat. La pleurésie interlobaire est surtout délicate à reconnaître ; au début, il n'y a guère, comme signes, que de la matité profonde et de la fièvre. Quand ces signes sont constatés à la partie moyenne de la poitrine et qu'ils ne se déplacent pas, on peut penser à la maladie. Au début, les phénomènes pleuraux dominant, il y a un point de côté intense qui est souvent situé plus haut et plus en dehors que le point de côté pleurétique habituel. Cependant c'est là un simple indice de présomption, car la douleur pleurétique est très sujette à changer de place. Toujours au début, il y a des séries de frissons et une petite toux sèche qui ne s'accompagne pas d'expectoration, sauf quand il y a une congestion pulmonaire étendue, ce qui est rare. Si, en même temps que ces signes, on constate l'absence de frottements et de liquide dans la grande cavité pleurale, il y a de grandes présomptions pour que l'on se trouve en présence d'une pleurésie interlobaire. Cette dernière progressant tend à se rapprocher de la paroi thoracique, à devenir plus superficielle. Si alors on percute un peu fortement en dehors, au niveau de la région qui correspond au sillon interlobaire, on constate de la submatité, en même temps que le murmure vésiculaire superficiel reste net, mais est plus faible. Exceptionnellement, il y a un très léger souffle pleural. Enfin, lorsque l'épanchement a suffisamment écarté les lobes du poumon pour être presque en contact avec la paroi thoracique la matité est absolue, le murmure vésiculaire disparaît et il n'y a plus de vibrations.

L'épanchement interlobaire s'évacue par les bronches dans la grande majorité des cas, et cela se voit beaucoup plus fréquemment quand il s'agit d'un épanchement de la grande cavité pleurale. Dans ce cas, en effet, comme le poumon se laisse très refouler, il faut que la surface pulmonaire soit détruite pour qu'il y ait communication avec

les bronches et, sauf s'il y a une gangrène superficielle, cela ne se voit que fort rarement. Le foyer interlobaire forme une sorte d'abcès bien clos qui ne peut refouler le poumon bien loin, de sorte que ce dernier se laisse rapidement altérer, qu'ils se rompt et que le liquide arrive dans une bronche. Tantôt alors il y a évacuation subite d'une grande quantité de pus, tantôt, et cela est fréquent, le liquide ne pénètre que peu à peu dans les tuyaux bronchiques et ne s'évacue que lentement au dehors.

En passant dans les bronches, le liquide les irrite et les enflamme, d'où la production d'une bronchite secondaire que nous pouvons constater chez notre malade.

Quand le liquide contenu dans la grande cavité pleurale s'est ouvert un passage dans les bronches, il faut recourir à l'opération de l'empyème, car, autrement, la maladie se prolonge tellement que le malade s'épuise et qu'il peut survenir une terminaison fatale. Le foyer interlobaire, au contraire, se vide beaucoup plus vite, de telle façon que l'on peut espérer qu'il y aura une oblitération spontanée de la cavité. L'ulcération qui fait communiquer l'abcès avec les bronches peut être assez petite et assez irrégulière pour que, tout en laissant sortir le liquide, elle ne laisse pas pénétrer l'air, l'inspiration n'étant pas suffisante pour faire passer ce dernier à travers les tissus pulmonaires. Cependant, quand le liquide de la pleurésie interlobaire devient putride, ce qui indique que l'air l'a infecté, il faut, autant que possible, ouvrir la collection. Cela est facile quand le foyer est superficiel, presque en contact avec la paroi; cela, au contraire, devient très difficile s'il est profond et que l'on ne puisse y atteindre directement. Lorsque l'on fait une ponction dans une cavité de ce genre, il faut introduire à la place du liquide qu'on retire une certaine quantité d'air stérilisé qui empêche que l'air et les liquides contenus dans les bronches ne viennent infecter l'épanchement.

Chez notre malade, l'expectoration n'est pas fétide, et cela nous indique que le foyer n'est pas infecté. Le pronostic, chez elle, n'est donc pas mauvais, d'autant plus que la tuberculose est certainement à écarter. Elle a cependant de la fièvre depuis quelques jours, mais nous espérons que cette fièvre est due à la bronchite et que, par conséquent, nous n'aurons pas à intervenir directement contre le foyer.

Valeur pronostique du nombre des respirations dans les maladies pulmonaires.

Gerhardt a noté exactement le nombre des respirations sur 140 malades atteints de pneumonie. Le nombre est évidemment inférieur chez les malades qui guérissent que chez ceux qui meurent ; cependant, c'est moins le nombre des respirations qui peut fournir des éléments au pronostic que la courbe qui résulte de la notation quotidienne. A ce point de vue, Gerhardt divise ses observations en quatre catégories :

1. Dans une première, le nombre des respirations reste peu élevé ; au chiffre de 40 pour la moitié des cas. Laënnec avait déjà observé que le nombre peut rester voisin de la normale même avec l'altération de la température, la douleur pleurétique, la diminution du champ respiratoire. Dans tous ces cas, la fièvre n'est pas toujours très élevée, la pneumonie n'a pas été centrale et, par conséquent, la plèvre a pu être atteinte. Si l'on considère que, sur 69 cas, il y a eu 9 morts, on aura la conviction qu'il s'agissait de pneumonies graves.

2. Dans le deuxième groupe, qui comprend 15 cas, le nombre des respirations reste élevé pendant presque toute la durée de la maladie. Cette série compte 9 guérisons et 6 cas de mort. C'est encore à cette série qu'appartiennent les chiffres les plus élevés qui comptent 60, 70, ou même 90 respirations par minute. Cette accélération se retrouve dans le dixième des cas. La fièvre, en général, était très élevée, tandis que les pneumonies à respirations accélérées n'impliquent pas l'accélération du pouls.

Le troisième et le quatrième groupe comprennent tous les cas qui ont présenté au cours de la pneumonie une accélération passagère de la respiration au-dessus du chiffre de 40 par minute. Ces cas sont au nombre de 56, ce qui donne une proportion de 40 p. 100. Gerhardt a divisé ces cas en deux groupes, selon que l'accélération passagère de la respiration a été observée au début ou à la fin de la maladie.

3. Le troisième groupe, qui compte 22 cas avec accélération au début, comprend 3 cas de mort. L'accélération de la respiration au début ne paraît donc pas influencer sérieusement le pronostic, d'autant plus qu'on a constaté que le chiffre de 80 à 90 respirations par minute est compatible avec la terminaison favorable de la maladie. Toutefois, le phénomène paraît retarder la défervescence qui se montre du neuvième au douzième jour.

4. Dans la quatrième série, l'accélération qui survient à la fin de la maladie persiste jusqu'à la mort, qui est survenue dans 10 cas sur 22. Dans 12 cas, l'accélération s'est présentée avant la crise, pendant 0,2.

après ; on peut ainsi la qualifier, suivant les cas, de récritique, syncritique ou métacritique. Après la crise, elle peut persister de quelques heures à deux ou trois jours.

En ce qui touche ces deux derniers groupes, on peut dire que l'influence de la fièvre sur l'accélération respiratoire est nulle ; le sommet de la courbe respiratoire est, en effet, indépendant de l'élévation de la température. Il n'en est pas de même de l'extension de la lésion ; toute poussée inflammatoire détermine une augmentation de la fréquence respiratoire plusieurs jours avant la mort, le pouls devient en même temps plus fréquent. L'accélération respiratoire peut dépendre également d'autres circonstances, notamment de celles qui diminuent le champ respiratoire ou l'activité circulatoire, comme cela arrive lorsque l'œdème du poumon survient ou que la force du cœur baisse. Il est possible que des conditions mécaniques ou chimiques interviennent pour augmenter le nombre des respirations, mais on ne peut que le supposer. Toute pneumonie implique une irritation des rameaux pulmonaires du nerf vague ; il faut encore ajouter le gonflement des ganglions bronchiques, la participation du tissu conjonctif du diaphragme au voisinage du phrénique.—*Revue de thérapeutique*, 1890, No. 23. P. N.

THERAPEUTIQUE.

Observations cliniques sur l'action de la caféine, de la morphine, de l'atropine, de Pergot et de la digitale sur la pression sanguine artérielle.

Sophie Frenkel (*D. Arch. f. klin. Med.*, 1890, H. 6, p. 142) a fait des observations sur l'action de tous ces médicaments sur la pression sanguine chez l'homme. Elle s'est servi pour ses recherches du sphygmomanomètre de *Basch*. Voici les résultats obtenus.

I. *Caféine*.—La caféine fut administrée par la bouche dans 15 cas de maladies du cœur non compensées. Elle releva la pression sanguine, fit disparaître les symptômes d'asystolie, améliora notablement l'état général et augmenta l'excrétion de l'urine. Tout de même l'augmentation de la pression sanguine ne fut que modérée : elle atteignit son maximum le 2^o ou le 3^e jour après l'institution du traitement pour s'abaisser ensuite graduellement, mais jamais jusqu'à la hauteur initiale, la caféine étant continuée pendant tout ce temps. Pas d'action

cumulative. La diurèse précédant l'élévation de la pression sanguine et persistant même après son abaissement, il s'ensuit qu'elle est tout à fait indépendante de celle-ci. Le nombre des pulsations ne fut jamais modifié sous l'influence de la caféine.

Dans 8 cas on injecta sous la peau une seule dose élevée de caféine ; élévation prononcée de la pression sanguine après quelques minutes. L'auteur en conclut que la caféine en injections sous-cutanées et à dose massive est indiquée pour le traitement du collapsus de n'importe quelle cause.

II. *Morphine*.—La morphine étant souvent administrée contre l'hémoptysie à la dose de 0gr,01 à 0gr,03, il était assez intéressant d'étudier son influence sur la pression sanguine. Des expériences faites sur 15 sujets (en majeure partie affectés de maladies nerveuses chroniques) il résulte que tandis que chez quelques uns la pression sanguine reste telle qu'elle, sans modification aucune, chez d'autres elle est très modérément élevée. La fréquence de pouls ne change pas. Ces résultats sont en opposition avec l'opinion généralement admise d'après laquelle la morphine abaisserait la pression sanguine. Il faut donc de toute nécessité admettre que son action bienfaisante sur l'hémoptysie est due à son influence narcotique et calmante et non à l'abaissement de la pression sanguine. On n'a pas eu l'occasion de l'essayer sur des cardiaques ; mais en tout cas on n'a pas à craindre son action dépressive sur la circulation.

III. *Atropine*.—En injection sous-cutanée à la dose de 0gr,00015 à 0gr,001 l'atropine provoque une augmentation notable de la pression sanguine et de la fréquence du pouls persistant 2 heures environ. Pas d'action sur la quantité d'urine. Par suite de ses effets secondaires désagréables (sécheresse de la bouche, etc.), son emploi ne peut être conseillé chez les cardiaques.

IV. *Ergotine*.—L'ergotine est suivie d'élévation de la pression sanguine avec ralentissement du pouls.

V. *Digitale*.—Quant à ce dernier médicament, les expériences confirmèrent tout simplement l'opinion généralement admise : son administration est suivie d'une élévation considérable de la pression sanguine.

Les Nouveaux Remèdes.

Action tonique de la caféine.

M. H. Huchard rappelle l'action tonique et excitante de la caféine dans le cas de surmenage du cœur ou de myocardite. En réalité, elle

agit comme tonique général, comme tonique du cœur et comme diurétique. Elle est indiquée chez les diabétiques, contre la fatigue et le surmenage, dans les pneumonies graves des vieillards; dans tous les cas adynamiques.

M. Huchard recommande, pour éviter les abcès et la douleur, de faire des injections très profondes et d'employer une des deux solutions suivantes p. 708. De préférence, il a recours à la solution forte qui contient 40 centigrammes de caféine par centimètre cube. Il faut injecter par jour quatre à huit seringues; car la caféine n'agit efficacement à la dose de 1 à 3 grammes. *Journal de Médecine de Paris*

Coma diabétique ; injections intra-veineuses d'eau salée.

Chez une malade âgée de vingt-cinq ans; et atteinte de coma diabétique, le Dr Dickinson injecta dans la veine brachiale 106 onces (3,180 grammes) d'une solution aqueuse de chlorure de sodium, de chlorure de potassium et de bicarbonate de soude. L'injection dura une heure et demie.

Dix minutes après, la malade reprit connaissance; mais, le lendemain, elle tomba de nouveau dans le coma. On fit de nouveau une injection; cette fois dans la veine du pied, d'une quantité de 300 onces (10,000 grammes) du mélange sus-mentionné. Trois quarts d'heure après, la malade revint à elle, et conserva sa connaissance pendant trente-neuf heures, après quoi elle mourut.

L'auteur admet que le retour de la connaissance dépendait d'une élimination des substances toxiques par les reins. Après l'injection, la diurèse était très forte. Les urines présentaient une faible densité (1,512), contenaient 1, 8 pour 100 de sucre, et pendant qu'elles contenaient avant l'injection, de l'acétone d'une façon très nette, il n'y avait pas de trace après l'injection. L'auteur croit que, quand le coma diabétique menace un malade; on pourrait le prévenir par une introduction abondante d'eau dans l'économie.—*Cour. Méd.*

Rhumes, Traitement par le salicylate de soude.

Dans un des derniers numéros du *Memphis Medical Journal*, le salicylate de soude est signalé comme particulièrement efficace dans le traitement des rhumes graves aussi bien que dans celui de l'inflammation des amygdales. L'emploi d'un mélange de 15 grammes de salicylate de soude et de 15 grammes de sirop d'écorce d'orange, avec la quantité suffisante d'eau de menthe pour faire une potion de 120 grammes, est conseillé à la dose d'une cuillerée à dessert toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'action spéciale du salicylate se mani-

fièvre par le tintement dans les oreilles. La souffrance du front, des yeux et du nez, en même temps que les éternuements et l'écoulement du nez, diminuent considérablement, et disparaissent entièrement en peu de jours, sans laisser à leur suite comme cela a lieu ordinairement, une toux causée par l'extension de l'inflammation aux bronches.

— *Union médicale.*

Antipyrine contre les contractures tétaniques de l'utérus.

Wright (*Lond. med. Record.*, octobre 1890, p. 391) a employé avec un succès éclatant, dans un cas de contracture tétanique de l'utérus, l'antipyrine à l'intérieur à la dose de 0,90 répétée tous les quart d'heure. La contracture devint moins prononcée dès la première dose et disparut complètement après la troisième. Il faut recourir à ce traitement dès le début de l'affection, avant que les nerfs utérins et les centres nerveux soient épuisés par la contracture tonique du muscle utérin par trop prolongée. (*Les Nouveaux Remèdes*)

Rhumatisme articulaire chronique ;

Traitement ;

Par M. le professeur POTAIN.

Le traitement du rhumatisme articulaire chronique comprend à la fois l'emploi des moyens hygiéniques et des agents thérapeutiques.

I.—*Traitement hygiénique.*—Il consiste à éviter les causes de refroidissement. Le rhumatisme se nourrit abondamment et se livrera à un exercice modéré, mais suffisant.

II.—*Médications.*—Dans la période fébrile, on pourra prescrire le salicylate de soude, l'antipyrine ou le sulfate de quinine aux doses ordinaires. Le salicylate de soude est beaucoup moins efficace ici que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dans la période apyrétique, on prescrira deux genres de médications ; 1^o les médications internes ; les médications externes.

1^o *Médications internes.*—On choisira entre ces deux agents thérapeutiques : l'iode et l'arsenic.

L'iode peut être administré soit sous forme d'iodure de potassium, soit directement à l'état de teinture. Dans le premier cas, on prescrira vingt-cinq centigrammes d'iodure de potassium deux à trois fois par jour ; on augmentera les doses jusqu'à faire prendre au malade un, deux et même trois grammes du médicament en vingt-quatre heures. Le traitement devra être continué longtemps.

La teinture d'iode sera prise à raison de dix à vingt gouttes par jour.

La quantité d'iode ainsi ingérée est d'ailleurs assez faible, puisque vingt gouttes de teinture ne renferment que deux centigrammes d'iode. Il faudra avoir soin de diluer le médicament dans un volume de tisane suffisant pour que l'iode n'amène localement aucun trouble dans l'estomac.

L'arsenic convient spécialement aux sujets affaiblis. On l'administre à la dose de trois à six milligrammes par jour.

2° *Médications externes.*—Ce sont les bains et l'électricité.

Les bains devront être donnés avec de grandes précautions pour éviter les refroidissements. On devra maintenir autant que possible égale leur température. Lasègue insistait beaucoup sur cette condition.

A ce point de vue, les sources *thermales* présentent un réel avantage, puisque l'eau y est sans cesse au même degré de chaleur. Il faudra donc toujours préférer la piscine à la baignoire, à moins que de l'eau courante ne circule dans celle-ci. Les bains pourront durer une et deux heures.

Ce n'est pas seulement par leur thermalité, mais aussi par leur composition chimique qu'agissent les eaux minérales naturelles.

Quand le gonflement articulaire est plus prononcé encore, il faut employer les douches sulfureuses.

L'action de l'électricité ne paraît encore sûrement efficace que contre l'élément douleur de l'affection. Néanmoins, on peut en espérer de nouveaux résultats.

On fera usage des courants continus, par exemple en plongeant le membre dans un bain où l'on fait passer le courant.

Les courants induits peuvent réveiller la tonicité musculaire et enrayer la dénutrition des fibres.

(*Bull. Méd.*)

Traitement de la phthisie pulmonaire par le chloroforme.

Le *New-York Medical Record*, du 1^{er} novembre 1890, nous apprend que le docteur Potter, s'appuyant sur des expériences qui lui sont personnelles, croit avoir découvert le moyen de guérir la tuberculose. Ce moyen consiste dans l'inhalation presque continue du chloroforme. Par ces inhalations, affirme-t-il, le bacille est détruit dans les poumons. Il administre les inhalations méthodiquement, tous les jours, avec un appareil approprié et en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter toute crainte d'intoxication. Il n'est point nécessaire de produire l'anesthésie ; bien au contraire, en évitant de porter jusque-là

l'action du chloroforme, il maintient les inhalations pendant plusieurs heures, chaque jour. Ce traitement peut être suivi pendant longtemps sans danger, et, dans l'opinion de l'auteur, serait plus certain que le traitement du docteur Koch.

—*L'Union Médicale.*

Traitement de l'épilepsie par l'usage combiné de l'antipyrine et du bromure d'ammonium.

Un confrère anglais, M. Ch. Potts, a traité avec succès quarante-trois cas d'épilepsie idiopathique par l'usage combiné de l'antipyrine et du bromure d'ammonium, méthode que M. le professeur H. Wood a préconisée récemment.

Les malades prenaient, trois fois par jour, de 25 à 35 centigrammes d'antipyrine et de 65 centigrammes à 1 gramme 20 centigrammes de bromure d'ammonium et accusaient, sous l'influence de ce traitement, une diminution rapide et considérable du nombre et de l'intensité des accès.

Ce résultat ne s'obtenait que par l'usage combiné de l'antipyrine et du bromure d'ammonium, tandis que l'administration d'un seul de ces deux médicaments, restait toujours infructueuse.

(*La Semaine Médicale.*)

Le baume de copahu comme diurétique.

Chez neuf malades atteints d'ascite et d'hydropisie généralisée par suite d'affections cardiaques (insuffisance mitrale, 4; insuffisance aortique, 1; cirrhose atrophique du foie, 3; tumeur de l'abdomen, 1), M. le professeur J. Obolonski (de Moscou) a réussi à obtenir une diurèse abondante et persistante par l'administration de 1 gr. 25 à 2 gr. 50 de baume de copahu en émulsion. Chose remarquable, chez huit des neuf malades traités par notre confrère russe, le baume de copahu s'est montré en tant que diurétique, beaucoup plus puissant que la digitale, le muguet, l'adonis vernalis, les stigmates de maïs et la sparteïne. L'action diurétique du baume de copahu se manifeste très rapidement; souvent, déjà au bout de vingt-quatre heures, la quantité de l'urine est doublée et cette augmentation est persistante, au moins elle n'a pas varié pendant la durée du traitement, qui était de deux à trois semaines chez les malades de M. Obolonski. Le médicament était relativement bien supporté. Chez quelques malades, il provoquait des renvois, des envies fréquentes d'uriner, des coliques et des selles liquides; mais tous ces troubles étaient modérés, n'exigeaient pas toujours la suppression du médicament et étaient peu de chose en comparaison de certains accidents provoqués par la digitale, le calomel, l'adonis verna-

lis et le muguet. Une action nocive du baume de copahu sur les reins n'a été constatée que chez un seul malade, atteint d'insuffisance mitrale, chez lequel on nota l'apparition des hématies dans l'urine, mais sans autres conséquences fâcheuses.

En somme, d'après M. Obolonsky, le baume de copahu doit être considéré comme un bon diurétique, très recommandable dans les hydropisies d'origine cardiaque et hépatique. Son action dépend probablement de la dilatation des vaisseaux rénaux qu'il produit.—(Sem. méd.)

CHIRURGIE.

Hernie inguinale étranglée.

PONCTION AVEC LA SERINGUE DE PRAVAZ, RÉDUCTION FACILE, GUÉRISON

Par M. le Dr BITTERLIN, médecin de l'hôpital de Baume-les-Dames (Doubs).

Le nommé X., âgé de 68 ans, ancien militaire en retraite, est atteint, depuis le siège de Paris, d'une hernie inguinale du côté gauche, à la suite d'une chute. Cette dernière est assez volumineuse et descend dans le scrotum ; elle se réduit d'habitude et n'est pas douloureuse.

Le malade porte un bandage mal appliqué ; le 3 juillet, à la suite d'un effort, la hernie s'étrangle. Il fait des tentatives pour la réduire, comme il a l'habitude ; mais elles sont inutiles ; la hernie devient douloureuse ; le malade éprouve de vives douleurs. Je suis appelé dans la soirée du 3 juillet ; j'essaie de pratiquer le taxis, mais sans résultat.

Le malade est conduit à l'hôpital ; les compresses glacées, les frictions avec la pommade belladonnée, les lavements purgatifs, ne produisent aucun résultat ; le ventre se ballonne : il n'y a point d'expulsion de gaz par l'anus. En présence des vives douleurs du malade, je pratique deux injections de morphine sur la hernie, selon la méthode recommandée par certains auteurs ; j'essaie encore une fois le taxis, mais sans résultat. Le malade est placé dans un bain tiède ; mais l'état général s'aggrave ; on administre de l'huile de ricin qui est rejetée. Le 4 juillet, le malade continue à vomir des matières bilieuses ; la face exprime la douleur : le ventre est très ballonné ; les gargouillements des intestins s'entendent au loin : la constipation est opiniâtre. Dans la soirée, il vomit des matières fécaloïdes ; la hernie est très douloureuse ; le malade se trouve dans état extrême de prostration.

Le 5 juillet, l'opération de la kélotomie s'impose : je songe un instant à faire des irrigations d'éther, selon la méthode de Bertosz, mais l'idée me vient de pratiquer des ponctions dans la hernie, procédé qui m'a déjà donné de bons résultats. J'en pratique plusieurs avec ma seringue de Pravaz ; je la retire trois fois remplie d'un liquide citrin un peu sanguinolent. J'essaie après un léger taxis et, par une pression douce, la hernie rentre : j'entends un bruit de fluctuation.

Le malade éprouve un soulagement immédiat ; dans la journée, le ballonnement du ventre diminue ; des gaz sont expulsés ; les selles surviennent ; le ventre est encore un peu sensible. Le lendemain, le malade prend une nourriture légère, du potage et du lait. Le 6 juillet, il sort de l'hôpital complètement guéri.

Cette observation confirme une fois de plus les bons résultats qu'on obtient par les ponctions dans les hernies étranglées.

Le 25 mai 1876, j'ai publié dans l'*Union Médicale* une observation du même genre, et la guérison a eu lieu par cette méthode de traitement. La kélotomie, malgré les précautions antiseptiques, est une opération qui n'est pas exempte de danger.

Avant d'y avoir recours, il est utile de pratiquer des ponctions dans la hernie qui souvent comme on vient de le voir, produisent des résultats inespérés.

(*Concours Médical.*)

Traitement des abcès du foie par une ouverture large

par M. le Docteur PEYROT.

Société de chirurgie.—Séance du 9 janvier 1891.

Le fait rapporté par M. Peyrot explique l'innocuité habituelle des larges incisions des abcès du foie. Il s'agit d'un homme de 28 ans qui, à l'âge de 8 ans, fit une chute dans laquelle le côté droit porta sur le rebord du trottoir, et à la suite de laquelle il fut retenu au lit plusieurs semaines, mais sans suites immédiates. Plusieurs années après, il contracte en Californie une dysenterie qui dura trois mois, et cessa à son retour en France. Pas d'autre malaise que quelques bronchites, jusqu'en juillet 1890. A cette époque, il est pris de douleurs dans le flanc droit, avec fièvre, frissons, troubles digestifs et amaigrissement rapide. En décembre, il entre à l'Hôpital Lariboisière, dans le service de M. Raymond, qui, en raison de la tuméfaction énorme du foie, d'un point de fluctuation très nette, de la fièvre, porte le diagnostic d'abcès du foie ; une ponction exploratrice, qui donna issue à un liquide purulent confirma le diagnostic. M. Peyrot, auquel le malade fut confié, procéda de la façon suivante, sans anesthésie préalable.

Sur le point le plus saillant de la tuméfaction, à un centimètre du rebord des fausses côtes, incision verticale de 5 centimètres, qui donne issue à deux litres de pus et suivie d'irrigations d'une solution phéniquée à l'intérieur de la poche. Pendant les irrigations, et par suite de l'absence d'adhérences, des efforts et des cris du malade, le parallélisme entre l'incision hépatique et l'incision cutanée est détruit, et la poche vidée de son contenu remonte au-dessous des fausses côtes ; il est impossible d'y introduire un drain. Les manœuvres tentées dans ce but étant très douloureuses, on endort le malade. M. Peyrot parvient alors à saisir les lèvres de l'incision hépatique, qu'il suture à celles de l'incision abdominale ; il lave la cavité de l'abcès, y place deux gros drains et applique un pansement antiseptique. Bien que suivant toute probabilité, il soit tombé dans la cavité péritonéale une certaine quantité de pus, les suites de l'opération furent excellentes. La fièvre fut à peu près nulle, l'écoulement de bile par la plaie devint de moins en moins abondant ; le quinzième jour, on supprimait les drains, et la guérison définitive et complète fut très rapide. L'examen bactériologique du pus de l'abcès a donné la raison de l'innocuité de la pénétration du pus dans le péritoine ; on n'y a découvert aucune trace de micro-organisme ; lesensemencements de culture, dans des bouillons, sont demeurés stériles, et les inoculations à des cobayes, inoffensives.

MM. Bouilly, Périer et Charvot ont cité des faits analogues, tirés de leur pratique personnelle.

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

Parallèle entre les différents traitements usités dans les maladies chroniques des annexes de l'utérus.

On entend généralement sous le nom de maladie chronique des annexes les inflammations chroniques de la trompe de Fallope et des ovaires. Les principales de ses affections sont la salpingite, l'hydro et l'hématosalpinx. Les différents traitements plus ou moins en vogue dans ces différents cas sont : 1^o le repos, l'expectation ; 2^o l'électricité ; 3^o le massage ; 4^o le curettage de l'utérus et l'opération d'Emmet ; 5^o le cathétérisme des trompes ; 6^o la ponction vaginale des trompes kystiques ; puis, enfin, la laparotomie qui peut donner lieu aux opérations secondaires suivantes : l'oophorectomie ou l'ablation des ovaires, le drainage d'un hydrosalpinx, la rupture des adhérences ; puis les opérations plastiques que l'on peut faire sur les trompes : la salpingostomie.

Le traitement par le repos seul ne peut jamais amener à de bien grands résultats ; l'action des médicaments doit être évitée en pareil cas, bien qu'on ait préconisé le sulfate de magnésie, encore ne peut il pas toujours être toléré. J'ai vu un cas dernièrement dans lequel l'emploi de ce dernier, à jeun, amenait du tympanisme de l'abdomen avec élévation de la température ; j'ai vu le même phénomène se produire chez une malade, opérée de l'ovariotomie, à laquelle on donna une dose de ce même sel le huitième jour. Un pareil tympanisme peut provoquer dans ces cas une distension dangereuse des adhérences.

Quoiqu'il y ait l'électricité paraisse enrayer la croissance des tumeurs fibreuses de l'utérus ou pourrait même, d'après Prochoronick, guérir la blennorrhagie en tuant les gonocoques, il est difficile de com; rendre cependant comment le courant pourrait drainer des trompes, rompre des adhérences et faire disparaître les produits de l'inflammation.

Le massage est passible de quelques objections quand il est pratiqué sur les organes génitaux, et il est absolument dangereux quand les trompes sont dilatées et que les parois sont devenues très minces, ce qui est le cas le plus fréquent ; on a vu, à la suite de massage, des écoulements purulents se faire jour par l'utérus, ce qui prouverait que le pus a pu trouver issue par les trompes. Si cette rupture avait eu lieu dans le péritoine, on voit d'avance à quel danger la malade aurait pu être exposée.

On use et abuse de la curette. Cet instrument est certainement excellent pour la cure de l'endométrite. Des autorités étrangères déclarent que l'endométrite infecte les trompes et peut même s'étendre jusqu'aux ovaires. Le traitement de l'endométrite par la curette, en enlevant la cause, devrait aussi guérir les maladies des annexes. Ce principe de traitement est purement théorique, car la curette n'a de vrais succès que dans l'endométrite pure, et quand il existe une maladie des annexes, il est très dangereux de gratter et de dilacérer l'utérus. La curette a souvent été la cause directe des inflammations des annexes.

L'opération d'Emmet, comme remède des maladies des annexes, est aussi basée sur la pure théorie. Le cathétérisme des trompes est difficile pour ne pas dire impossible. La ponction vaginales des ovaires kystiques, qui a été préconisée par Léopold, est une opération qui ne peut se faire qu'à l'aveugle, et il est arrivé plus d'une fois de ponctionner un sac fœtal pour une ovaire kystique.

L'ovophorectomie est la meilleure opération dans la plupart des cas de ces maladies chroniques des annexes. Lorsque le diagnostic a été bien posé par l'examen bi mensuel, lorsque l'existence du pyosalpinx a été reconnue, la section abdominale est l'opération qui offre le moins de danger pour la patiente et, en tous cas, le plus de chance pour la

guérison radicale. L'oophorectomie double a malheureusement des suites mentales qui sont les plus nuisibles, et les fistules interminables que l'on a pu observer dans ces cas, ne sont pas relativement très rares. Une très petite minorité de patientes souffrent de douleurs continuelles après l'opération, probablement à cause d'adhérences intestinales ou de produits inflammatoires qui n'ont pu être enlevés et qui compriment les nerfs. Un hydrosalpinx pur est souvent très difficile à enlever, et la source de grandes douleurs pendant la menstruation, surtout quand la capsule du kyste est congestionnée. J'ai trouvé que l'ir-cision et le drainage sont très efficaces pour enlever cette douleur. Le grand avantage de cette pratique est de ne pas avoir de pédicule à suturer, ce qui est le plus grand inconvénient lorsqu'on enlève radicalement un hydrosalpinx.

Une opération que l'on fait souvent aujourd'hui et qui est moins radicale que l'oophorectomie est la rupture des adhérences avec drainage. Cette opération n'est pas toujours facile et nous n'avons pas l'avantage de pouvoir la juger d'après une statistique nombreuse. Le chirurgien qui a la pratique a de la tendance à croire qu'il n'a pas fait une opération radicale quand il n'a pas enlevé quelque chose. L'opération qui consiste à rompre les adhérences demande une certaine expérience, pour savoir quelles adhérences sont à rompre et pour savoir si les annexes peuvent être soulagées par cette méthode.

On doit faire attention de ne pas ouvrir un foyer de suppuration dans le péritoine. Une simple incision abdominale a souvent suffi pour guérir une maladie des annexes qui se manifestait par de grandes douleurs ou d'autres symptômes objectifs caractéristiques, quoique souvent à l'ouverture du ventre on ne pouvait voir aucune lésion pathologique tangible.

L'explication de pareils cas est très difficile. On trouve que lorsqu'il y avait de la péritonite chronique, ces opérations paraissent donner de bons résultats. Skutsch et Martin ont sauvé des trompes dilatées par une opération plastique appelée salpingostomie. On a fait un trou à une extrémité de la trompe et on suture ensemble la muqueuse à la séreuse. Cette opération peut avoir de l'avenir, mais elle est inadmissible quand il existe de la suppuration, et il ne faut pas la pratiquer lorsqu'il y a une inflammation adhésive active, car bientôt cette ouverture serait recouverte par des tissus de nouvelle formation. L'ablation complète des organes malades doit être naturellement évité autant que possible ; mais lorsqu'on se trouve en présence de ces négligés depuis longtemps, il vaut toujours mieux avoir recours à une opération complète que palliative.—*Revue Méd. Chir. des Mal. des femmes.*

Hémorrhagie des femmes en couches.

Le Dr Braun dit : L'hémorrhagie se produit elle dans les soixante-douze heures qui suivent l'accouchement ? On examine attentivement la tumeur formée de l'utérus. Si la matrice est affaïcée et renferme des caillots, on les en expulse sur une pression énergique du bas ventre, et on les extrait du vagin avec le doigt. Dans le cas où l'hémorrhagie persiste on continue à presser sur l'utérus, et on introduit des morceaux de glace dans le vagin. S'il ne se développe pas de symptômes graves à la suites de l'hémorrhagie, on prescrit une dose entière ($\frac{1}{2}$ à 1 gramme) de seigle ergoté, avec vingt gouttes de teinture de noix vomique. Toutes les demi-heures, on répète la dose, jusqu'à ce que l'utérus ait repris sa contractilité. Dans le cas de pertes sérieuses, on applique sur le ventre des linges trempés d'eau froide, et on administre des injections vaginales froides. A l'intérieur, on prescrit le rhum et les vins gènezeux.

(Le Scalpel.)

De l'ablation des annexes de l'utérus chez les nerveuses.

M Playfair, dans une communication qu'il a faite à l'*Obstetrical Society* de Londres, sur l'ablation des annexes de l'utérus chez les femmes nerveuses est arrivé aux conclusions suivantes ; 1^o cette opération est contre-indiquée, si les annexes ne présentent aucune altération, elle ne modifie en rien, en effet, le nervosisme ; 2^o quand on se trouve en présence d'une femme nerveuse ayant des annexes réellement malades, il faut commencer par traiter la névrose, car si on arrive à la guérir ou même à la modifier, l'opération sur les annexes pourra peut-être être évité ; 3^o dans l'hystéro-épilepsie et l'hystéromanie l'opération ne produit aucun résultat favorable.

Sir Spencer Wells a appuyé les conclusions de M. Playfair, et a cité plusieurs passages d'un important travail du Dr Ross, de Toronto, qui a démontré l'inutilité de l'ablation des annexes de l'utérus non malades pour guérir les symptômes douloureux vagues qu'on rencontre dans certains états nerveux (hystérie, épilepsie). M. Ross a vu tant en Europe qu'en Amérique quantité d'opérées qui n'ont retiré aucun bénéfice de l'opération, il a pu voir quantité de malades qu'on avait proclamées guéries et souffraient autant qu'avant ; leur état nerveux ne s'était modifié en aucune façon.

M. Priestley a rappelé qu'au congrès international de médecine tenu il y a six ans à Copenhague, l'avis général était déjà que cette opération devait être rejetée. Il est, en effet, prouvé que si certaines femmes

nerveuses souffrent dans la région ovarienne, ce n'est pas par suite d'une altération des organes de cette région la douleur est sous la dépendance du nervosisme général. Il semble aussi puéril d'enlever les ovaires d'une hystérique que de traiter uniquement, chez un coxalgique, le genou qui fait mal. On n'a jamais songé à castrer un individu qui a une névralgie du testicule ; pourquoi donc castrer une femme qui a une névralgie de l'ovaire ?

En règle générale il ne faut pratiquer l'ablation des annexes de l'utérus que si l'on y a constaté une altération grave et surtout permanente. On sait, en effet, que les trompes dilatées peuvent guérir par le simple repos ; leur altération, par conséquent, peut n'être que passagère et ne nécessite nullement une opération.

(*Bull. Méd.*)

Cancer de l'utérus, signe précoce.

M. le Dr Audry, de Lyon, indique le signe suivant que lui a fait connaître M. le Dr Laroyenne : Toutes les fois que, dans une surface suspecte du col ou de la cavité cervicale, on pourra enfoncer l'ongle et ramasser quelques débris de tissu, on est autorisé à affirmer la nature épithéliomateuse de la maladie.

On connaît la friabilité extrême des grosses masses exubérantes que le doigt déchire sans effort. C'est en somme cette même friabilité qu'on découvre, mais localisée à une surface assez peu profonde, assez restreinte en étendue pour que les autres caractères cliniques ne permettent pas d'affirmer sa valeur de cancer. C'est du reste un signe uniquement destiné à différencier le col cancéreux au début, des différents cols de la métrite chronique.

(*Ibid.*)

PÆDIATRIE.

Hystérie infantile à forme convulsive.

Observation communiquée à la Société clinique par M. Paul SOLMIER.

Il n'y a guère qu'une dizaine d'années que l'hystérie ait été étudiée d'une façon spéciale chez les enfants, et qu'on ait reconnu que ses caractères sont tout à fait comparables, sauf de légères différences de détails, à ceux de l'hystérie des adultes. A part Briquet qui avait affirmé son existence chez l'enfant, on ne commence guère à en trouver des exemples probants que dans les thèses de MM. Paris et Guiraud en 1880 ;

de Casaubon en 1884, de Peugniez en 1885. M. Bourneville en a cité plusieurs cas, ainsi que MM. Legrand du Saulle et Charcot. A l'étranger, Schmidt (1880), Seeligmuller, Henoeh, Schafer, Emminghaus, Jacobi en ont cité également des exemples. M. Clopatt, dans un intéressant mémoire (1885), a réuni presque tous les cas connus, auxquels il en a ajouté seize nouveaux. Toutes ces observations forment un total de 272 cas sur lesquels on n'en trouve que neuf où l'hystérie ait débuté avant six ans.

Ces faits de début précoce sont donc encore rares, et c'est ce qui nous a engagés à publier l'observation suivante, intéressante d'ailleurs à d'autres points de vue.

Comme *antécédents héréditaires*, on note : père tuberculeux, faible d'intelligence. Mère, débilité mentale. Tante paternelle; hystérique à grandes attaques. Deux sœurs sont mortes, une de méningite, une autre du mal de Pott.

Comme *antécédents personnels* ; on n'en peut relever aucun. Pas de convulsions dans l'enfance. Aucune maladie jusqu'à ce jour. A noter seulement le surmenage physique de la mère pendant sa grossesse.

Actuellement, c'est une petite fille de cinq ans et demie, bien constituée physiquement et très intelligente pour son âge. *Le début* de sa maladie a eu lieu en décembre 1889. Elle aurait eu peur d'une grosse souris qui aurait traversé la chambre, et détermina chez elle un tremblement généralisé qui dura plus d'une heure. Le lendemain, elle présentait un ictère émotif généralisé assez intense qui dura trois jours.

A partir de ce moment, le sommeil qui était très bon jusqu'alors, devint agité. L'enfant se réveillait en sursaut et était prise de terreurs nocturnes. L'appétit diminuait, mais il n'y avait pas de modifications de caractère.

Le 15 avril, elle présenta sa première attaque, et depuis cette époque jusqu'en juin où je la vois, les attaques se renouvellent en augmentant de fréquence et de durée. Presque tous les jours; deux ou trois fois, il survient des attaques qui durent deux heures à deux heures et demie.

Elles se reproduisent à heure fixe, particulièrement le soir, à sept heures, et l'après midi, à deux heures. L'enfant sent la crise venir et avertit. Elle a une sensation de boule qui part du côté droit du ventre, remonte au cou et arrivée là redescend et remonte. Elle jette alors des cris perçants, répétant les mêmes mots pendant toute la crise. Les quatre membres et le cou se raidissent de temps en temps, puis elle retombe dans la résolution, fait l'arc de cercle. Elle n'a ni grands mouvements cloniques, ni attitudes passionnelles. Elle agite sa tête à droite et à gauche et la rejette en arrière. Elle n'a pas de

morsure à la langue, pas de miction involontaire, pas d'oubli consécutif, ni h. bétude, ni sommeil après l'attaque.

La sensibilité au tact et à la douleur ont diminué sur toute la surface du corps, mais manifestement plus à gauche. Légère anesthésie pharyngée. Elle présente le stygmate irien de Féré (iris droit plus foncé que le gauche).

Vu le jeune âge de la malade, il est bien difficile d'apprécier le degré d'acuité auditive et l'étendue du champ visuel.

Elle est sujette à des maux de tête fréquents. Elle présente, en outre, des points douloureux, presque capables de déterminer l'attaque, d'une part entre les deux épaules, et d'autre part, dans la région ovarienne droite dont la pression détermine une légère suffocation.

Les réflexes rotuliens sont exagérés ; les réflexes plantaires presque abolis, surtout à gauche.

On l'a successivement traitée pour une méningite, à cause de ses cris pendant ses attaques, pour un mal de Pott et un rhumatisme, à cause de son point inter-scapulaire. Inutile de dire que, placée dans une famille peu intelligente qui, par les préoccupations qu'elle laissait paraître à l'enfant à l'heure ordinaire de ses crises les lui suggérait positivement, et par l'exagération des soins qu'elle lui prodiguait pendant l'attaque la lui entretenait, la petite malade avait de plus en plus de crises. Après l'examen de l'enfant, je conseillai la seule chose qu'on ne veut jamais faire dans les familles : l'isolement absolu de l'enfant qui était devenue un manière de petit phénomène dans la famille et le voisinage et le comprenait parfaitement. Malgré mon conseil, on attendit encore. Mais les crises se renouvelant, d'une part, l'état général de l'enfant prouvant, d'autre part, aux parents qu'on n'était pas en présence d'une affection cérébrale grave et même mortelle, comme on le leur avait dit, on s'y décida enfin, et l'enfant fut envoyée à l'hôpital Rothschild, Berck. Au bout de quinze jours, les crises avaient disparu et un mois plus tard j'ai appris que l'enfant était revenue chez elle guérie.

Comme on le voit, les caractères ordinaires de la grande hystérie étaient parfaitement nets. On sait aussi que les enfants et particulièrement les petites filles, présentent beaucoup plus fréquemment la forme convulsive que les formes non convulsives de l'hystérie. Notre petite malade vient confirmer cette assertion. Parmi les phénomènes autres que l'attaque qu'elle présentait, il est intéressant de noter l'ovaralgie à un âge où l'ovaire est si peu développé, où il ne fonctionne pas encore. Cette ovarite siégeait du côté opposé à l'hémianesthésie, à droite, ce qui est conforme à ce qu'on a dit (Peugniez), qu'elle n'affectait pas la même prédilection pour le côté de l'hémianesthésie que chez les adultes.

Je tiens à faire remarquer aussi combien des cas de ce genre peuvent dérouter un observateur non prevenu. Les douleurs de tête, les crises convulsives avaient fait porter d'abord le diagnostic de méningite. Puis à cause des points hystérogènes, on avait traité l'enfant tantôt pour un mal de Pott, tantôt pour du rhumatisme. Dans ces différents cas, on avait naturellement porté un pronostic très grave. Aussi la famille ne se décida-t-elle pas à se séparer de l'enfant, comme je le lui conseillais, que devant la persistance des accidents et le bon état général de la petite malade dans leur intervalle qui éloignait l'idée d'une affection grave. Le traitement, du reste, vint confirmer rapidement le diagnostic et le pronostic formulés. M. Charcot est le premier qui ait montré l'influence véritablement surprenante de l'isolement dans le traitement de l'hystérie et particulièrement chez les enfants. Plus tôt il est appliqué, plus rapidement les accidents cessent. Le cas présent en est un nouvel exemple, après bien d'autres d'ailleurs, et montre qu'au lieu d'attendre comme on le fait malheureusement trop souvent, que l'hystérie s'enracine chez l'enfant, il faut, au contraire, traiter le plus tôt possible le petit malade loin de sa famille, qui constitue pour lui le plus mauvais milieu pour le soigner et le guérir.—(*Le Courrier Médical*).

Traitement des convulsions chez les enfants.

Par DESCROIZILLES.

Tout d'abord l'auteur recommande de transporter l'enfant dans une pièce fraîche, de le débarrasser de ses vêtements, de bien constater s'il n'existe rien pouvant irriter les téguments, comme le ferait par hasard une épingle, de l'étendre sur un lit un peu dur. On pourra se trouver bien de lui faire des lotions fraîches ou de le plonger dans un bain tiède ordinaire ou additionné de farine de moutarde.

Ces lotions peuvent être faites sur tout le corps : on se trouve souvent bien des effusions froides sur la tête ou même, d'après M. Descroizilles, d'une véritable irrigation prolongée au moyen d'un jet d'eau froide qu'on laisse tomber sur la fontanelle. En Allemagne et en Suisse lorsque les convulsions se produisent dans le cours d'une pyrexie, on plonge souvent les enfants dans un bain froid.

L'irritation peut venir du tube digestif ; on peut donc provoquer le vomissement en titillant la luette ou bien prescrire un vomitif. D'autres fois ; surtout si le ventre est tendu, on arrivera au calme en administrant un purgatif (10 à 20 centigrammes de calomel ou 5 à 15 grammes d'huile de ricin ou bien encore 8 à 16 grammes de manne délayée dans du lait). Si l'enfant a rendu des vers, il faut immédiatement prescrire un vermifuge.

Lorsqu'il y a hyperémie cérébrale, l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, parfois même à l'extrémité inférieure des cuisses ou la région tibio tarsienne, peut faire cesser l'accès. Chez les enfants vigoureux, on pourra même parfois pratiquer une saignée au bras ou à la saphène.

Quelques moyens de valeur variable peuvent parfois réussir tels sont l'application de cataplasmes chauds, additionnés de farine de moutarde et appliqués sur les membres inférieurs, ou bien encore la compression de la carotide pratiquée avec précaution suivant les préceptes de Trousseau. Les inhalations de chloroforme peuvent donner de bons résultats, mais très passagers ; leur répétition n'est pas sans dangers ; il faut donc user de ce moyen avec beaucoup de précautions.

Quand l'état convulsif se prolonge, on peut administrer, d'après M. Descroizilles, 5 à 40 centigrammes d'oxyde de zinc avec parties égales de jusquiame. Le bromure associé au chloral donne surtout de bons résultats ; on doit donner pour le bromure de 50 centigrammes à 1 gramme aux très jeunes enfants, 2 à 4 grammes chez les enfants plus âgés et 4 à 6 grammes chez ceux qui approchent de l'adolescence. Les doses de chloral doivent être cinq centigrammes chez les nouveau-nés, de 15 à 20 centigrammes chez les nourrissons, de 20 à 30 centigrammes au-dessus de 2 ans et de 40 à 80 centigrammes chez les enfants de 7 à 13. L'administration du chloral doit être promptement suspendue, et reprise si besoin est.

Enfin une fois l'accès passé, l'enfant doit être maintenu pendant quelques temps au repos absolu. On doit ensuite administrer des toniques variés, tout en continuant l'usage prolongé de bromure ; prescrire aussi des affusions froides sur la tête, des frictions générales, des bains tièdes assez fréquents et exiger une hygiène alimentaire sévère. On peut se trouver bien de faire prendre de temps en temps à l'enfant de petites doses de calomel, de valériane et d'oxyde de zinc.

L'Union Médicale.

Traitement de la néphrite scarlatineuse.

Par ATKINSON.

Quoique la néphrite scarlatineuse survienne aussi bien dans les formes légères que dans les formes graves de la maladie, dans les cas où le malade est tenu soigneusement à l'abri des refroidissements que dans les cas où il a commis des imprudences, il n'est pas moins démontré que l'exposition hâtive aux vicissitudes atmosphériques et les fautes de régime sont les causes occasionnelles les plus fréquentes de cette complication. Le convalescent de scarlatine doit donc éviter avec soin

toute cause de refroidissement ; dans les cas les plus légers même, il est prudent de garder le lit au moins une semaine après cessation de la fièvre et de ne pas permettre de quitter la chambre avant la fin de la troisième semaine. On n'autorisera l'exercice en plein air que dans les limites où la saison, les conditions thermométriques et barométriques le permettront ; les bains chauds ou tièdes journaliers peuvent être continués, dans la convalescence, jusqu'à ce que la desquamation soit achevée.

La diète lactée rigoureuse est considérée par Jaccoud comme le plus sûr préservatif de toute complication renale ; et, la néphrite déclarée c'est encore le lait qui constitue le meilleur mode diététique de traitement. Si le lait ne peut être administré, on a recours à des soupes légères, associées aux féculents, de préférence au thé de bœuf ; petit-lait et le fromage blanc sont également autorisés.

Contre l'accident confirmé, donner tout d'abord un cathartique et un hydragogue énergiques comme la poudre de jalap composée : de 5 à 20 grains pour un enfant, tous les soirs ou de deux soirs l'un ; 1 drachme dans les mêmes conditions pour un adulte. Pour exciter la diaphorèse, enveloppement dans la flanelle, mouillée ou sèche, aussi chaude qu'on pourra la tolérer ; bain de vapeur ou bain d'air chaud ; ou grand bain d'une demi heure par la méthode de Liebermeister, c'est-à-dire en augmentant graduellement la température de 36° à 40° C. Ce traitement par la sudation est d'ailleurs à surveiller s'il existe une maladie du cœur ou du poumon.

L'emploi des diurétiques proprement dits demande une grande circonspection : il s'agit de ne pas exposer un organe déjà malade à une suractivité fonctionnelle excessive pour ses moyens ; la genèvre jouit d'une grande faveur à cet égard, et surtout la digitale. Dans l'hydropisie scarlatineuse, on peut prescrire les sels de potasse, citrate, acétate et carbonate.

Le jaborandi est réservé aux cas graves où il existe une menace d'urémie. Lewis Smith et Hirschfield s'en louent beaucoup. Contre l'éclampsie urémique, il faut donner le chloral à hautes doses, au besoin ; si le malade ne peut plus avaler, par injections sous-cutanées ou par la voie rectale.

Quand la convalescence s'établit, le fer trouve son indication, et comme hématogène, et comme diurétique encore à un certain degré. La teinture de chlorure de fer ou la mixture d'acétate d'ammoniaque et de fer rendent de grands services. On a aussi employé la quinine dans les mêmes circonstances.

Enfin, le traitement local ne doit pas être négligé pendant la période aiguë : si la fièvre est intense, le pouls plein, la douleur lombaire vive,

L'indication des sangsues ou de ventouses est formelle, comme l'application des cataplasmes et des sinapismes. La paracentèse sera recommandée par l'abondance de l'ascite ; l'évacuation du liquide péritonéal peut n'être pas sans influence sur le rétablissement de la fonction rénale troublée par la compression. *(Union Méd.)*

NEUROLOGIE.

D'une névrose peu connue des extrémités, principalement des extrémités supérieures.

Par M. BERNHARDT.

Voici la symptomatologie du type que l'auteur présente comme nouveau ; elle est basée sur 47 observations recueillies la plupart chez la femme (43 femmes, 4 hommes) dont ils ne donne que 7 cas écourtés à dessein. Troubles subjectifs de la sensibilité existant en permanence dans les doigts et les mains qui semblent morts, veloutés, pleins de fourmis, engourdis, picotant, trop épais comme s'ils allaient crever ; ces troubles subissent par accès une recrudescence dans l'intensité, gagnant alors la main, l'avant bras, entraînant de véritables douleurs, douleurs nocturnes qui réveillent la malade et montent parfois au bras, à l'épaule. Uni ou bilatéraux, ils portent généralement en même temps sur les pieds, mais peuvent être limités à un doigt, à quelques doigts, à quelques articulations isolées des doigts, sans qu'on puisse désigner le territoire d'un nerf. Intégrité à peu près complète de la sensibilité, de la motilité, de la nutrition, de la contractilité, des fonctions vasomotrices. Surtout accusée et fréquente entre trente et soixante ans, cette affection compte son plus grand nombre de patientes entre quarante, cinquante et soixante ans. L'homme le plus jeune atteint n'avait, comme la femme, pas moins de vingt huit ans. Ménopause, gravité, puerpéralité, anémie, cachexie, action de l'eau froide ou impression brusque d'eau de diverse températures, accès de travaux professionnels (couture, repassage, blanchissage, femmes de ménage) voilà toute l'hémologie. L'auteur discute le diagnostic d'avec : névralgie, compression des troncs nerveux, névroses professionnelles connues, névrites périphériques ordinaires, tétanie infections, lésions organiques de la moelle, troubles hystériques, alcoolisme, asphyxie locale, érymétrolalgie, paralysie vasomotrice. Ces faits rappellent de loin la névrose vasomotrice des laveuses et servantes de Martin et Nothnagel, puisqu'il n'y a pas de spasmes vasculaires ; les faits publiés

par Putnam (paresthésie périodique, 1880), Berger (paresthésie des membres inférieurs 1879) et surtout ceux d'Ormerod et de Sinkler, 1883, 1884), fusionnent parfaitement avec ceux de l'auteur. M. Bernhardt adopte l'opinion d'une triple pathogénie, selon les faits. Tantôt il y aurait hyperémie de la moelle favorisée par la ménopause et exagérée par la situation de l'organe au cours du sommeil—tantôt on devrait accuser l'excitation des nerfs, sensitifs périphériques par des actions thermiques diverses. excitations gagnant la moelle et ses centres vasomoteurs, et, par suite, troublant la fonction du nerf, rien que sa fonction dans une ordre spéciale—enfin il existe des cas en faveur d'une altération réelle des nerfs sensitifs par une cause extérieure. Traitement en rapport avec les causes; y ajouter le pinceau faradique, la galvanisation spinale, le massage, la quinine à hautes doses, ou le KBr.—Amélioration temporaire.

P. KERAVAL

(*Archives de Neurologie.*)

Un cas de convulsion de la langue idiopathique;
par A. ERLÉNMEYER. — **De la convulsion idiopathique de la langue;** par M. BERNHARDT.

OBSERVATION I. Guérison.—Un négociant de trente-un ans n'a dans ses commémoratifs, à son passif, que des excès de boissons, il y a quatre ans et demi. En 1882, à des intervalles de dix à quatorze jours, accès de convulsions linguales caractérisées par retraction de la langue en arrière, puis projection très violente de l'organe en avant, souvent si violente que la moitié droite de la face se convulse en même temps; dix, vingt, trente convulsions semblables ont lieu successivement en dix, vingt, trente secondes; puis, repos de quelques minutes, et répétition des mêmes accidents, cela pendant plusieurs heures; pas de douleurs; souvent, pendant la pause, ondulation tranquille dans l'organe. Aucune anomalie en dehors d'une anémie très prononcée. Pendant l'accès, la langue est plus dure que normalement; quand l'accès doit venir, le patient constate, pendant un certain temps auparavant, avant de s'endormir, des convulsions dans les jambes. Traitement reconstituant; KBr 1 gramme. Il ne s'agissait pas le moins du monde d'accident réflexes, puisque les mouvements naturels de la langue, fussent ils exagérés à dessein, ne les provoquaient pas.

OBSERVATION II.—Ici prédisposition nerveuse, excès bachiques et vénériens. Depuis quelques mois, souvent, pendant le jour, même après une bonne nuit, bâillement répété anormal avec émission de larmes et bouche démesurément ouverte; en même temps, mouvement convulsif indolent de la langue qui vient, en se cabrant, heurter le palais et se

fléchir en arrière. Pas d'autre anomalie qu'un certain degré d'inquiétude morale. Durée : des heures, avec sensation de tension anormale du côté de l'osyoïde et du larynx. Amélioration par les occupations. Jamais l'accident ne se produit pendant une des fonctions qui exigent l'action de la langue, il se suspend même à ce moment pour reprendre pendant le repos de l'organe. — *Id.* P. KARAVAL.

De la paralysie faciale à répétition.

Par P. J. MUBUS.

OBSERVATION.—En 1886, à la suite d'un refroidissement intense, paralysie faciale indolente du côté droit : duree trois semaines. En 1878, nouvelle paralysie faciale, gauche, mais avec douleurs violentes dans le cou et la nuque : duree quatre semaines. En 1886, après refroidissement, douleurs lancinantes dans la nuque, s'étendant le lendemain vers l'oreille droite, 3^e jour, dans la joue droite et les dents, et alors, paralysie faciale droite complète en 24 heures. Puis les douleurs diminuent un peu mais toutes prêtes à récidiver à la moindre impression du froid : intégrité du goût et de l'ouïe. Le 8^e jour la paralysie est complète et totale, mais l'excitabilité électrique est normale : très grande sensibilité au niveau du trou stylomastoïdien. Le 10^e jour, hypoexcitabilité du facial droit (douleurs erratiques). Le 16^e jour, réaction dégénérative : néanmoins tout rentre dans l'ordre, et le 30^e jour tout va mieux, le 45^e jour amélioration progressive.—La paralysie faciale à répétition n'est pas une paralysie périodique ; c'est une espèce de paralysie ordinaire, rhumatismale qui ne reparait plusieurs fois qu'en raison d'une exagération de la prédisposition sous l'influence du froid ; comme dans la pneumonie fibrineuse dans cet ordre, le froid est l'agent qui détermine dans l'économie l'espèce d'infection pathogène. — *Id.* P. KARAVAL.

Un cas de cyanose hémilatérale de la face survenant à la suite d'exercices violents.

Par O. ROSENBACH.

Enfant de neuf ans : toutes les fois qu'il joue avec animation et se donne un mouvement très actif, en quelques minutes apparait le bleuissement du côté droit de la face, du front au menton ; cette cyanose empiète très rarement sur le côté gauche du dos du nez, elle est, à part cela, nettement hémilatérale et se réduit à de l'injection de la conjonctive ; intégrité de la rétine et des muqueuses. Mais elle s'accompagne d'une hyperthermie très prononcée,

tandis que le côté sain pâlit et diminue de température. Intégrité de la sensibilité. Le repos met fin à ces accidents avec la même rapidité qu'ils s'étaient montrés. Mais, si l'enfant continue à courir, tous ces phénomènes atteignent leur maximum, gagnent le cou et aboutissent à une sudation excessive du côté droit de la face tandis qu'à gauche, à part la joue gauche qui rougit un peu, on constate sécheresse et froideur. Un quart d'heure de repos et tout entre dans l'ordre. Intégrité organique complète : rien du côté du grand sympathique. L'auteur conclut à une atonie locale des vaisseaux de la peau par prédisposition congénitale et non à une paralysie des vaso constricteurs ; ce relâchement des vaisseaux du côté droit et leur réplétion sont infiniment favorisés par l'allure de ceux du côté gauche qui ne subissent pas leur dilatation normale sous l'influence de l'activité musculaire (anhidrose gauche contrastant avec l'hyperhydrose droite).—*Id.* P. KARAVAL

De la psychose nicotinique.

Par KJELLBERG.

(*Congrès intern. de Berlin, août 1890.*)—L'auteur a étudié l'intoxication nicotinique à Upsal sur les marins et les ouvriers de fabrique qui consomment en grande quantité le tabac à chiquer. Elle se traduit souvent par une maladie mentale qui a ses symptômes propres (affaiblissement, impuissance, hallucinations, délire, tendance au suicide) et sa marche régulière. L'auteur distingue dans cette folie toxique un stade prodromique et 3 périodes d'état.

Prodromes. Le malade change de caractère, éprouve un malaise indéfinissable ; il est agité, triste, anxieux, dort peu, se dégoûte de ses occupations habituelles, se plaint de l'injustice du sort ; il a des palpitations pénibles. Ce stade dure de six semaines à trois mois, puis la maladie s'affirme.

1^{re} Période. Le début de la maladie est remarqué surtout par des hallucinations de la vue et l'ouïe. Le sujet a des visions, il entend des voix ; il sent son être envahi par une personnalité étrangère qui anéantit sa volonté. Il est fatigué, épuisé, avide de solitude, et de repos ; il est sombre, mélancolique, il a des idées de suicide. Il est du reste calme et obéissant, parle peu, répond d'une façon logique aux questions qu'on lui pose. Il se plaint d'une douleur au cœur ; son sommeil est troublé par des voix qui ne lui laissent aucun repos. Le malade ne maigrit pas encore, mais il commence déjà à avoir le goût perverti et l'appétit capricieux. Cette première période dure de six à sept mois.

2^e Période. La mélancolie disparaît ; le malade a des idées gaies.

Il raconte avec un visage souriant qu'il a vu le ciel, qu'il a reçu la visite des anges; parfois aussi qu'il a vu l'enfer et les mauvais esprits. Il chante et se parle bas à soi-même sans interruption. Il se trouve plus fort et se meut avec une certaine activité. Les hallucinations de la vue et de l'ouïe s'exaspèrent par accès et nécessitent périodiquement l'usage de la camisole de force; les paroxysmes, durent de deux à quatre semaines. Dans l'intervalle des paroxysmes, le sujet est mécontent, inattentif; il comprend difficilement et parle avec hésitation. Cette période peut durer longtemps. Elle peut encore aboutir à la guérison.

3^e Période. Les paroxysmes s'abrègent et finissent par disparaître; il n'y a plus d'excitation. Mais quelques hallucinations persistent et le malade tombe progressivement dans un état de dépression psychique qui contraste avec la conversation relative de la vigueur physique. Pendant cette période il peut encore être employé à certains travaux. Quant à la guérison, il faut y renoncer absolument. Le pronostic, réservé pendant les premiers stades, devient ici tout à fait mauvais.

Le traitement consiste à supprimer doucement, chez les chiqueurs endurcis, l'usage du tabac, à prescrire l'exercice au grand air, une alimentation réconfortante, et les eaux minérales alcalines.

L'action de fumer ou de priser expose à une intoxication moins grave que l'usage de la chique; celle-ci est surtout dangereuse quand elle se compose, non pas du vulgaire rouleau, mais de tabac pulvérisé

L. GALLIARD.

Archives de Neurologie.

Epilepsie consécutive à la revaccination.

Par J. ALTHAUS.

Certaines maladies infectieuses ont pu donner naissance à l'épilepsie; ce sont, par ordre de fréquence, la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde. Mais jusqu'ici on n'avait pas cité la vaccine, quoique les parents soient enclins à lui attribuer bien des méfaits imaginaires.

Ici il ne s'agit pas d'un jeune enfant prédisposé par l'hérédité au mal comitial, mais d'un garçon de 19 ans, facteur de la poste, chez les parents de qui les maladies nerveuses sont absolument ignorées. Son père est un ouvrier robuste, légèrement emphysémateux. Sa mère a mis au monde douze enfants, a fait trois fausses couches; un seul des enfants est nerveux. Pas trace de syphilis dans la famille.

Le sujet a été vacciné avec succès pendant les premiers mois de la vie. Il a eu la rougeole. Il est très sobre (*teatotaller*), ne boit pas d'alcool, ne prend que du thé ou du café. Pas d'affection vénérienne,

pas de syphilis. Au commencement du mois de juin 1888, le sujet subit la revaccination au bras gauche. A la fin du premier septennaire on constate non seulement devolumineuses pustules mais une violente lymphangite accompagné de gonflement du genou droit et de l'articulation tibio tarsienne du même côté, et compliquée de phénomènes généraux. Les téguments du tronc et des membres se couvrent d'une vive rougeur. Inappétence, pertes des forces, abattement.

Cependant on refuse au malade la prolongation de congé qu'il sollicite; il reprend donc ses occupations de facteur, mais il maigrit, s'épuise, et à la fin du mois de juin il a sa première attaque d'épilepsie.

Depuis ce moment, il a tous les trois mois une attaque qui survient soit le jour, soit la nuit pendant le sommeil. Parfois en portant ses lettres il tombe au milieu de la rue, de sorte qu'à plusieurs reprises il a dû prendre quelques semaines de repos. Il a eu récemment 14 accès dans une seule nuit.

Les symptômes de l'accès sont caractéristiques: rotation subite de la tête à gauche ou à droite, perte de connaissance, chute, convulsions toniques, cyanose de la face, morsure de la langue, écume à la bouche, convulsions cloniques durant 3 ou 4 minutes. Ensuite il revient à soi, mais il est étourdi et éprouve un violent mal de tête. Il n'a pas d'émission d'urine ni de matières pendant l'attaque. Il a habituellement de la céphalée et du vertige; la mémoire est faible; il n'y a pas de signe d'affection organique du cerveau.

Au mois de mai 1889, le malade entre à l'hôpital spécial de Regents Park à Londres où il passe deux mois. Sous l'influence du bromure de potassium, de l'arsenic et de l'hyoscyamine, les accès s'éloignent puis disparaissent. Depuis la sortie de l'hôpital, le jeune homme a été suivi; l'auteur sait que la guérison s'est maintenue.

L. GALLIARD.

Archives de Neurologie.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE

Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche,

Par R. Botey, *Arch. int. de laryngologie*, février 1890.

L'auteur a observé trois femmes, atteintes depuis longtemps de catarhe sec naso-pharyngo-laryngien, sans fétidité, et chez lesquelles il a vu les symptômes disparaître pendant la grossesse, et revenir après l'accouchement, dans deux cas. Il se demande s'il a eu affaire à de sim-

ples coïncidences, ou s'il ne faut pas croire à l'origine utérine du catarrhe des premières voies. Les malades en effet, étaient peu abondamment réglées, et deux d'entre elles étaient sujettes à des épistaxis dès lors Botey ne considère pas comme invraisemblable que le catarrhe a été le résultat des congestions naso-gutturales reconnaissant pour cause des troubles utérins disparaissant pendant la grossesse.

RUAULT.

A propos de la goutte de la gorge,

Par le Dr A VAYON. In *Gas. hebdom. des sciences méd.* de Bordeaux, 21 déc. 1890, p. 555.

M. M..., homme sanguin, obèse, d'une cinquantaine d'années, me fit appeler le 2 octobre 1890 pour le débarrasser, dit-il, d'une angine. A l'examen de la gorge, je constatai un gonflement considérable de la luette, des piliers et du voile du palais. Huit jours auparavant, le malade avait eu un accès de goutte à l'orteil gauche ; il était atteint de gravelle, avait les articulations déformées ; sur les doigts on voyait la présence de tophus. J'étais en présence d'un gouteux qui avait un accès de goutte à la gorge. Je prescrivis un gargarisme au chlorate de potasse et des sinapismes à la gorge, de plus, une bouteille d'eau de Vichy à prendre le plus rapidement possible. La suffocation ayant augmenté dans la journée, on alla chercher, en mon absence, un de mes confrères qui sectionna la luette et appliqua des sangsues. Les troubles diminuèrent et la respiration se fit plus facilement. Le gonflement persista quelques jours et cessa brusquement le 12 au matin. M. M..., avait l'orteil gauche repris et un accès de goutte formidable s'était déclaré au pied.

Ce fait est identique à ceux dont Morell Mackenzie donne la description suivante : " (Édème aigu de la luette disparaissant au moment du développement subit d'une inflammation gouteuse au niveau du gros orteil."

GOULY.

Arrêt des hémorragies nasales par l'emploi de Peau très chaude,

Par M. le Dr ALVIN (Saint-Etienne). *Loire médicale*, 15 octobre 1890, p. 257.

L'auteur, qui a déjà traité le même sujet (*Loire médicale*, 15 août 1887), y revient aujourd'hui et précise le manuel opératoire, en se basant sur quinze observations personnelles, où les épistaxis étaient dues à diverses causes (érosions, varices nasales, maladies infectieuses).

Il conseille l'irrigation continue avec de l'eau à 53° au moins, ou même 60°. Le plus souvent, trois à cinq secondes suffisent pour arrêter l'hémorrhagie. L'effet hémostatique est durable.

Archives de Laringologies.

A. RUVAULT.

DERMATOLOGIE.

HOPITAL SAINT-LOUIS.—M. le professeur FOURNIER.

De la phthiriasc pubienne.

Messieurs,

La phthiriasc pubienne est causée par les pediculⁱ pubis, que l'on appelle vulgairement *morpions*. Il faut bien connaître cette espèce de phthiriasc pour deux raisons. Tout d'abord, elle est extrêmement fréquente ; ensuite, lorsque le médecin la méconnaît, ce qui arrive encore assez souvent, il s'expose à de vives moqueries de la part de ses malades. Trop de nos confrères, en effet, restent dans les hauteurs de la pathologie transcendante et ont grand tort de ne pas examiner de près un malade qui vient les trouver en se plaignant de démangeaisons.

Le nom de la maladie en indique le siège. Elle occupe, en effet, les régions génitales : pubis, aine, scrotum. Mais sachez bien que l'animal peut émigrer et qu'il peut se répandre dans toutes les régions velues, sauf une. Jamais, en effet, on ne le rencontre dans les cheveux, et si l'on peut dire qu'il est évident qu'il y a là une question de terrain, nous ne pouvons pas dire pourquoi le pediculus pubis ne se fixe jamais dans la chevelure. Fréquemment on le rencontre dans la région velue de l'abdomen, plus rarement dans la barbe, les moustaches, les sourcils, ou les cils, très rarement sur les membres.

Le pediculus pubis est le plus petit des poux et passe facilement inaperçu. Il est pâle étonnamment pâle, presque transparent. De plus, il est sédentaire, reste immobile où il est, tapi à la base d'un poil, la tête dans l'infundibulum de ce poil. Il suit de tout cela que le pou du pubis ne frappe pas l'œil, qu'il faut le chercher.

Le pediculus pubis ne se rencontre guère que chez l'adulte, et la raison en est qu'il ne se transmet guère que par les relations sexuelles. La plupart des malades que vous verrez vous raconteront qu'ils ont gagné leur maladie d'une femme qui avait des démangeaisons, alors qu'il s'agissait de relations essentiellement transitoires. La phthiriasc

pubienne est donc essentiellement d'origine vénérienne, plus vénérienne même que la vérole, qui peut se gagner d'un grand nombre de façons. La phthiriasse pubienne est une maladie de toutes les classes sociales, tandis que les autres poux se rencontrent ordinairement dans les classes inférieures. On peut vraiment dire que les trois espèces de poux ont un état sociale. Le pou du corps est l'épanage des basses classes, des pauvres. C'est le pou crapuleux. Le pou de tête est plus relevé. Chez l'adulte, il est vrai qu'on ne le rencontre guère que chez les gens mal tenus, mais les enfants les mieux soignés peuvent en être atteints, et l'on peut dire que presque tous les bébés ont eu ces poux de tête. Quant au pou du pubis, c'est un aristocrate. On peut le trouver il est vrai, chez les ouvriers, mais comme l'a fait remarquer M. Besnier, il est réellement rare à l'hôpital; il est très fréquent, au contraire, en ville et s'observe souvent chez les gens du monde, car il n'y a rien de tel que l'amour pour rapprocher les classes. Les rois, il est vrai, n'épousent pas les bergères, mais les bergères, quand elles sont jolies, ne manquent jamais d'amateurs, et, grâce à Vénus, le pou du pubis a conquis ses quartiers de noblesse.

Cependant il n'est pas juste de dire que le pou du pubis se gagne toujours dans les rapports vénériens; on peut le gagner dans les chambres d'hôtel, et le voyage d'Italie est classique à ce point de vue. En ce pays, on couche, en effet, souvent dans des draps qu'un hôtelier économe a oublié de changer et dans lesquels le précédent locataire a laissé des traces de son passage. Le pou peut aussi se trouver dans les tapis, canapés ou les chaises longues. Dans d'autres circonstances, on peut attraper la phthiriasse en wagon, dans les bains, dans les latrines publiques. On est toujours tenté de ne pas admettre les dires du malade qui vous raconte des faits de ce genre; cependant, il y a des cas où il faut croire à ce mode de propagation de la maladie, et on a pu trouver de véritables foyers d'infection. Un médecin de marine, le docteur Mourou, en a signalé un dans la salle de police de la caserne des soldats de marine, à Toulon. Toutes les fois qu'on y met un homme pendant quelques heures, au bout d'un temps variant de douze à quarante-trois jours, il entre à l'infirmerie avec des pédiculi.

Les phthiriasse pubiennes se manifestent par trois ordres de symptômes: le prurit, le prurigo pédiculaire et les taches ombrées.

Le prurit est particulièrement énervant, surtout marqué la nuit, et il peut empêcher le sommeil. Du reste, il est d'autant plus marqué que le nombre est grand et, par conséquent, la maladie plus ancienne. Dès maintenant, retenez bien ceci: lorsqu'un malade avoue des démangeaisons de la région pubienne, faites baisser le pantalon et examinez directement. Le prurit se rencontre dans tous les cas de phthiriasse, et

cependant il n'est pas absolument constant. On a dit que les malades qui ne se plaignaient pas de démangeaisons étaient des ouvriers ou des gens du peuple, faisant peu attention à leur personne. Mais cette absence de prurit se voit aussi chez les gens du monde, et il m'est arrivé de découvrir des pediculi pubis restés inaperçus chez des gens qui venaient me consulter pour une blennorrhagie ou pour un chancre. A une des dernières séances de la Société de dermatologie, M. Besnier a montré un malade qui avait des quantités de taches bleue et ne se plaignait pas de démangeaisons. Peut-être y a-t-il là un rapprochement à faire avec la gale aprurigineuse ?

Le prurigo symptomatique de la phthiriasie pubienne est un semis de petites papules roses ou rougeâtres, hémisphériques, qui siègent dans les régions pubiennes, abdominales, etc. Ce prurigo s'accompagne de la présence de lentes qui permettent de faire un diagnostic immédiat. Quant vous examinez avec soin les poils de la région pubienne, vous êtes frappés de voir sur eux de petits renflements nodulaires à peine perceptibles à l'œil ; ces renflements donnent à l'ensemble des poils l'aspect de certains arbustes dépouillés de leurs feuilles, mais ayant conservé quelques graines. Cet aspect de poils à graines est caractéristique, et il vous permet d'affirmer la présence du pou, que vous ne voyez pas toujours, caché qu'il est à la base du poil. Le prurigo causé par des pediculi pubis reste sec, tandis que celui qui dépend des poux de tête est un prurigo suintant.

Les taches bleues ont donné lieu à de grandes discussions. C'est une éruption symptomatique de phthiriasie, et les taches ont aussi été appelées : taches ombrées, ardoisées, cyaniques. On voit, sur les flancs, des taches, de simples maculatures, de l'étendue d'un haricot, par exemple semblant être dues à l'application d'un pinceau chargé de couleur sur le corps. La tonalité des taches est extrêmement tendre, si affaiblie, si atténuée qu'on a souvent quelque peine à les voir au grand jour, qu'on ne les distingue bien que par un éclairage oblique. Leur teinte n'est ni bleue ni grise et tient à la fois de ces deux couleurs, de telle sorte que je ne peux mieux la comparer qu'à celle des gants de soirée gris perle. Les taches ne font pas de saillie, elles sont indolores et durent de huit à dix jours. Leur nombre est variable. Quelquefois il y en a très peu tandis que, dans d'autres faits, on en trouve dix, douze, quinze sur le même individu.

On a discuté pendant des années sur la signification des taches ombrées, et, jusqu'en 1878, les pathologistes les regardaient comme des pendants d'une fièvre typhoïde légère. Pour d'autres, ce n'était pas dans la fièvre continue qu'on les observait, mais dans la synoque. Enfin ; pour M. Jaccoud, on pouvait les voir encore dans la fièvre intermittente

simple. Un jour, un modeste médecin de province, M. Mourso, trouva qu'elles étaient produites par les poux du pubis. Presque tous les soldats qui avaient séjourné dans la salle de police dont je vous ai déjà parlé, présentaient la phthiriasse pubienne, et presque tous aussi avaient des taches bleues. Le même auteur remarqua que, si l'on examine attentivement les taches, on trouve au centre une petite piqûre rouge ; il trouva des pédiculi en train de piquer la peau et vit plus tard la tache se produire autour du point piqué. Le mémoire de M. Mourso fut accueilli avec une incrédulité moqueuse, et cependant les rieurs durent bientôt se ranger de son côté. M. Duguet vint dire, en effet, à la Société médicale des hôpitaux, qu'il pouvait fabriquer des taches bleues en recueillant des pédiculi pubis, en les réduisant en pâte dans un mortier, en ajoutant deux gouttes d'eau et en inoculant un peu de la pâte avec une lancette ; lorsqu'on opère ainsi, les taches bleues apparaissent au bout de quelques heures. On fit diverses objections à la communication de M. Duguet. En premier lieu, on dit qu'il s'agissait simplement de peau très-sensible à une lancette ; et il fut facile de réfuter cette hypothèse en montrant que les piqûres faites avec une lancette propre ne produisaient rien, et sur des individus chez lesquels l'inoculation de la pâte de poux donnait naissance à une tache. On a dit aussi qu'on ne rencontrait les taches que sur les malades atteints de la fièvre typhoïde ou de synoque ; mais M. Duguet fit remarquer que c'est parce qu'on examine le ventre d'une manière complète chez ces malades.

Actuellement il n'y a plus de discussion, et tout le monde admet que les taches ombrées sont produites par les pédiculi pubis.

Sachez bien, cependant, qu'elles ne se montrent pas chez tous les malades qui ont des poux. Tous les gens qui ont des poux n'ont pas de taches bleues, mais tous ceux qui ont des taches bleues ont des poux ; telle est la vérité.

Comment se produit l'éruption dont nous nous occupons ? On est encore mal fixé sur ce point. On pense qu'elle est due à un venin de l'animal qui produirait en son lieu d'inoculation une ecchymose bleuâtre. Toutes les parties du pou ne paraissent pas aptes à donner lieu à une éruption. C'est ainsi qu'en injectant sous la peau la pâte obtenue en pilant la tête et les pattes on ne produit rien. Les taches paraissent dépendre d'un liquide qui se trouve dans les glandes salivaires, ces glandes étant elle-mêmes situées dans le tronc.

Le diagnostic de la phthiriasse pubienne se base sur trois signes : la démangeaison persistante à siège spécial ; le prurigo localisé ; les taches bleues. Cependant les erreurs sont encore assez fréquentes et elles dépendent généralement d'un défaut d'examen de la part du médecin. Souvent la situation du malade qui vient consulter empêche que

l'on soupçonne l'existence de la maladie, et qu'on examine immédiatement la région, siège du prurit ; en réalité, cet examen direct ne doit jamais être négligé et il vous permettra seul d'éviter les erreurs diagnostiques.

Les frictions à l'aide de l'onguent gris ou mercuriel constituent le traitement vulgaire, connu de tous, de la phthiriasse pubienne. Cependant ce traitement doit être appliqué avec discernement, et il ne faut pas se borner à barbouiller la région, siègés des démangeaisons, avec une quantité quelconque de pommade ; en effet, cette pratique peut être suivie du développement d'un érythème mercuriel ou de la stomatite. Voici comment il faut procéder : Après lavage, on fera les onctions avec quelques grammes d'onguent gris, 6 grammes, par exemple qui seront laissés sur place pendant deux heures ; puis on fera un grand savonnage et l'on prendra un bain savonneux. Si, après quarante-huit heures, on a lieu de supposer qu'il reste des parasites, on peut recommencer les traitements. Il faut avoir soin, après chaque friction, de changer de linge et de draps et de faire passer les vêtements au soufre. Certains malades, en effet, une fois qu'ils ont traité leur phthiriasse, reprennent leurs caleçons et leurs vêtements, et leur maladie persiste ainsi très longtemps, de telle sorte que vous voyez des gens venir vous dire qu'il leur a fallu un an pour se débarrasser des *pediculi pubis*.

Le traitement classique de la phthiriasse pubienne est fort sale, et, de plus, il expose, comme je vous l'ai dit, aux érythèmes et aux eczéma mercuriels. C'est un fait bien connu qu'il ne faut jamais faire de frictions mercurielles sur les endroits velus, qu'il faut choisir les parties du corps qui sont relativement glabres. Méfiez vous des pseudo-eczéma que vous pourrez avoir à soigner au niveau des régions génitales. Il s'agira souvent, en effet, d'un eczéma mercuriel dont le malade cachera l'origine. C'est encore un fait d'observation que la stomatite est très fréquente à la suite des frictions pratiquées sur le scrotum, les aines, etc. Cela tient à ce que ces parties du corps sont extrêmement riches en lymphatiques. L'injection des lymphatiques du scrotum rend, en effet, ce dernier entièrement blanc de mercure. Certains stomatites, dont vous ne pourrez découvrir l'origine, dépendront du traitement des *pediculi pubis* par l'onguent gris.

Il est facile d'éviter la plupart des inconvénients du traitement habituel en employant la pommade au calomel, 1 gramme pour 20, par exemple, ou mieux des bains de sublimé à 10 grammes dans lesquels le malade restera une demi-heure à trois quarts d'heure. On pourra encore formuler une lotion mercurielle de la manière suivante :

Eau distillée.....	400 grammes-
Alcool.....	100 —
Sublimé.....	1gramme.

Vous voyez qu'il s'agit là de liqueur de Van Swieten doublée.
Vous pouvez encore vous servir de la formule suivante :

Vinaigre pouvant être aromatisé.....	300 grammes.
Sublimé.....	1 gramme.

Etendre du double d'eau et lotionner.

On peut encore employer des badigeonnages avec l'huile de naphthol B; mais, en somme, les lotions et les bains de sublimé sont ce qu'il y a de mieux.

Quant aux œufs, on les détruira de la même façon qu'à la tête, c'est-à-dire qu'on fera des lotions avec du vinaigre chaud étendu d'un peu d'eau et qu'on peignera ensuite avec un peigne métallique.

(*L'Union Médicale.*)

Iodure de potassium dans l'urticaire,

Stern (Münch. med. Wochenschrft., 1890, n° 40) recommande l'iodure de potassium comme un bon médicament contre l'urticaire. Sous l'influence de ce traitement, l'urticaire disparaît en peu de temps ou se modifie favorablement, tandis que les autres remèdes proposés jusqu'à ce temps (salicylate de soude, atropine, quinine, arsenic, antipyrine, ichthyol, strophantus) ne sont d'aucune utilité. Il donne la solution suivante :

Iodure de potassium.....	3gr.75
Eau distillée.....	150 grammes.

M. D. S.—A prendre 3 cuillerées à bouche par jour.

Il suffit ordinairement de une à sept bouteilles pour amener la guérison complète. Dans deux cas, immédiatement après l'administration de l'iodure de potassium, le prurit devint plus accusé, ce que l'auteur considère comme un phénomène d'iodisme. L'iodure de potassium ayant échoué dans un cas, l'auteur se refuse à le regarder comme spécifique contre l'urticaire, mais seulement comme remède utile dans quelques cas.—(*Vrath, 1890, n° 50' p. 1142.*)

Les Nouveaux Remèdes.

Acné, traitement par l'eau chaude.

L'usage de l'eau chaude contre l'acné de la face est recommandé par tous les dermatologistes. Mais très souvent on se contente de laver ou de frictionner la figure, ce qui ne permet pas de donner à l'eau une température suffisante ; or l'eau tiède est plutôt nuisible qu'utile.

Le Dr Levisseur, de New-York, indique dans le *Medical Record* les règles de ces applications chaudes. L'eau doit être très chaude au point de ne pouvoir être supportée qu'à grand'peine par le malade. Il faut l'appliquer pendant un temps très court et sur une petite étendue à la fois de la partie malade. Il ne faut pas laver, baigner ou frictionner la figure ; il faut, en quelque sorte, imbiber la peau par place. La chaleur de l'eau au contact du derme, se dissipe au bout d'un moment et provoque une hyperémie locale intense mais transitoire. C'est là le but cherché qu'il ne faut pas dépasser. Il suffit de toucher les parties malades deux fois à chaque séance, pendant une minute environ, et répéter les applications deux à trois fois par jour.

On peut se servir d'un mouchoir ou d'un linge fin. Mais pour faciliter les attouchements et limiter en même temps l'action de chaleur. M. Levisseur a fait construire un petit instrument qu'il nomme *thermophore*. C'est une simple tige de bois, portant à une extrémité un petit tube en verre. Le tube en verre est rempli d'eau à moitié et son ouverture est bouchée avec un tampon épais d'ouate hydrophile. En renversant le tube, l'eau imprègne l'ouate qui est ainsi maintenu en place. On trempe alors le tampon d'ouate pendant quelques minutes dans de l'eau portée à l'ébullition, puis on le porte au contact de la partie affectée pendant une demi-minute ou une minute. On peut se servir du même instrument pour l'application de solutions médicamenteuses boriquées, salicylées, etc.

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE

Traitement des tumeurs par la pyoktanine.

Un chirurgien de Vienne, M. Mosevig von Morhof, vient de faire connaître les résultats des recherches auxquelles il se livre depuis des années, relativement à l'action des couleurs d'aniline sur des tumeurs malignes inopérables. En injectant dans des tumeurs de ce genre, les solutions de violet de méthyle, il a obtenu des résultats tellement favo-

rables qu'il en est à se demander si on n'arrivera pas par ce moyen si simple à obtenir des guérisons complètes dans des cas désespérés. (*Wiener medicin. Presse*, 1891, N° 5, p. 194.)

—*Revue de Thér.*

Remède contre l'otalgie.

Ce remède consiste à introduire dans l'oreille des tamponnets d'ouate imprégnés de la pommade suivante

Chloral camphré	5 parties
Glycérine	30 —
Huile d'amandes douces	10 —

M.

(*Therapeutic Gazette*, septembre 1890)

Remède contre les mouches volantes qui troublent le champ visuel.

Ce remède indiqué par Valude, de Paris, contre une manifestation souvent très pénible, consiste dans des instillations quotidiennes de quelques gouttes d'une solution d'iode de potassium 0,5 par cent.

COMMUNICATION.

Un avis de motion a été donné à la dernière assemblée des gouverneurs dans le but de discuter l'apropos de former une association de secours mutuels entre tous les médecins de la province de Québec.

Ce projet, émis et encouragé par nos journaux de médecine rencontre, je n'en doute pas, l'approbation de tous les membres de la profession. Tous, riches comme pauvres, surtout les pauvres, désirent en effet faire partie d'une telle association. Car, il ne faut pas se le dissimuler, la profession aujourd'hui est si encombrée, nos services professionnels sont si mal rémunérés, que la plupart d'entre nous, à leur mort, laissent à peine de quoi se faire enterrer, et leur famille se trouve, pour ainsi dire, réduite à la mendicité. Cet état de choses est contraire à nos devoirs, à notre dignité.

Tel médecin aura travaillé pour l'avancement de la science, pour soulager les mille et unes infirmités de l'humanité; il se sera voué corps et âme à un travail ardu, ne se donnant ni trêve ni repos, et, à sa mort, lui qui aura employé toute sa vie pour procurer le bonheur

des autres, il aura la douleur d'emporter dans le tombeau, la certitude qu'il laisse une femme, des enfants sans abri, sans pain, exposés aux railleries, aux sarcasmes d'un entourage ingrat, exposés, faute de ressources suffisantes, à tomber dans le vice, à déshonorer un nom qu'au prix de tant de sacrifices il se sera efforcé de faire respecter.

N'est-ce pas là le comble de la désolation ? N'y a-t-il pas possibilité de remédier à cela ? Certainement, si l'on veut s'entendre. Je suis persuadé que tous le désirent, il ne s'agit que de trouver la manière de s'organiser. Ce doit être facile. Dans d'autres pays on a réussi, on peut réussir de même ici. Que chacun de nous cherche le meilleur moyen, qu'il l'émette dans nos journaux de médecine, qu'il fasse connaître son idée au gouverneur de son choix, et avant longtemps les médecins de notre province pourront se glorifier d'avoir le meilleur système d'assurance qu'il fût jamais.

En avant donc, il s'agit de notre dignité comme corps, il s'agit du bonheur de ceux qui nous sont les plus chers, du bonheur de nos familles.

Merci, M. le Rédacteur.

Dr J. LIFFÉ.

St-Ambroise de Kildare, 17 mars 1891.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le Canada là-bas.

Nous recevons le dernier bulletin de la société Obstétricale & Gynécologique de Paris et nous constatons que le Dr L. L. Auger vient d'être élu membre correspondant pour la Province de Québec.

NECROLOGIE.

M. le Dr Anselme Laporte, de cette ville, est décédé le 3 mars dernier.

BIBLIOGRAPHIES

Formulaire des médicaments nouveaux et des Médications nouvelles pour 1891, par H. BOCCUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, membre des Sociétés de pharmacie, de thérapeutique et de médecine pratique, avec une introduction par Henri HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat. 1 vol. in-18, 324 pages, cartonné 3 fr.

C'est le formulaire le plus complet, le plus au courant, celui qui enregistre les nouveautés à mesure qu'elles se produisent.

Parmi les 493 articles importants qu'il renferme, nous citerons : *l'antipyrine*, les *antiseptiques*, les *aseptiques*, la *caféine*, la *cocaïne*, l'*exalgine*, le *menthol*, la *naphthaline*, la *phénacétine*, la *pilocarpine*, etc.

Il contient en outre nombre d'articles qui n'existent dans aucun formulaire, par exemple : *l'acétanilide*, *l'anagorine*, *l'antifungine*, *l'antiseptol*, *l'antithermine*, *l'aristol*, *l'aseptol*, le *bétol*, la *borine*, le *chloralamide*, le *crésyol*, la *diurétine*, *l'eau oxygénée*, les *emplâtres mousselines*, *l'eulyptol*, le *gaiacol carboxylique*, la *gélatine médicamenteuse*, *l'hydrastinine*, *l'hygrine*, *l'hyponol*, *l'isococaïne*, la *lanoline*, la *lymphe de Koch*, le *lysol*, le *méthylsalol*, le *pyoktannin*, la *salipyrine*, le *sulfaminol*, etc.

Enfin il se termine par une table qui renferme une innovation précieuse, c'est l'indication pour chaque médicament de la dose maximum en une fois, et de la dose maximum en 24 heures.

CHEZ BAILLIÈRE.—PARIS

* * *

Les Virus, par le Dr. ARLOING, Membre correspondant de l'Institut, Directeur de l'École vétérinaire et Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon.

La théorie des microbes est en train de renouveler la médecine toute entière en même temps que la physiologie, sous l'impulsion donnée par M. Pasteur et M. Chauveau. La *Bibliothèque scientifique internationale*, dirigé par Em. Alglave, a donné, a donné, dans le livre de M. TROUSSARD sur les *Microbes*, un résumé des travaux de l'école de M. Pasteur, qui a mérité les éloges de l'illustre savant. L'ouvrage de M. Arloing, le collaborateur de M. Chauveau, qui paraît aujourd'hui, prend ces questions à un point de vue plus intéressant encore. M. Arloing étudie l'organisme dans sa lutte avec les microbes, éléments actifs des virus : il montre le malade succombant ou résistant et acquérant alors d'ordinaire une immunité spéciale contre le retour du microbe qui l'a touché une première fois. Il étudie ensuite les différents moyens de produire

chez l'homme cette immunité contre les terribles maladies qui sont le fléau de notre espèce, depuis la variole jusqu'à la rage et à la phthisie. Il est ainsi amené à développer et critiquer dans un chapitre spécial les travaux de Kock sur la fameuse lymphé préservatrice de la tuberculose, lymphé qui a tant passionné le monde savant depuis quelques mois. (1 vol. in-8° avec 47 figures, faisant partie de la *Bibliothèque scientifique internationale*.—Librairie Félix Alcan. Prix, cartonné à l'anglaise 6 fr.)

*
*
*

Publications de la maison Marcel Nierstrasz, Liège Belgique.

Traité de médecine opératoire, (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens par le DR KARL LÖBKER, privat-docent de chirurgie à l'université de Greifswald.—Traduit de l'allemand d'après la deuxième édition par le DR HERMAN HANQUET, médecin de bataillon.—Préface par M. ALEX. VON WINIWARTER, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Liège.

Un vol. gr. in-8 de XII-534 p., avec 271 fig. dans le texte.—1890.—16 francs.

Ce dont se plaignent les étudiants et les praticiens lorsqu'ils veulent étudier la partie de la chirurgie qui a trait au manuel opératoire, c'est l'absence d'un ouvrage précis, qui tout en ne leur offrant pas de détails inutiles, les mettrait néanmoins au courant de la technique des opérations chirurgicales, telles qu'elles se pratiquent de nos jours.

Le livre de M. Lobker, traduit par M. Hanquet, nous semble être appelé à combler cette lacune. L'auteur met de côté, toutes les vaines dissertations ; toutes les méthodes qui ne sont plus en usage, pour ne s'occuper que des procédés modernes.

Lorsqu'une opération peut être pratiquée selon différentes méthodes, l'auteur décrit d'abord celle qui est généralement regardée comme classique ; puis ensuite, celles qui sont le plus usitées : " Dans le choix des méthodes opératoires, dit-il, j'ai pris pour règle de toujours exposer en premier lieu celles qui sont actuellement reconnues comme les plus pratiques ; puis j'ai choisi celles qui servent en quelque sorte de type à tout un groupe ; enfin, j'ai tenu à décrire quelques opérations d'un usage moins courant, mais qui me paraissent constituer de très bons exercices au point de vue de la technique opératoire."

L'ouvrage de M. Lobker est essentiellement moderne ; toutes les opérations les plus récentes y sont décrites, la résection de l'estomac, les opérations sur les voies biliaires, les nouveaux procédés d'extirpa-

tion du rectum, etc. ; et sous ce rapport, M. Lobker comble une véritable lacune dans la littérature médicale.

Le livre comprend dix parties ou chapitres qui traitent successivement de la division et de la réunion des tissus ; de la ligature des vaisseaux sanguins dans la continuité des tissus ; des amputations et des désarticulations des membres ; des résections des os et des articulations ; des opérations sur les muscles et les tendons ; des opérations sur les nerfs ; des opérations plastiques ; des opérations sur les voies respiratoires et le thorax ; des opérations sur les organes digestifs ; et enfin, des opérations sur les organes genito-urinaires de l'homme.

La description des procédés opératoires est précédée de l'exposé des notions anatomiques indispensables à connaître, et suivie, chaque fois que la chose est utile, des indications relatives à l'hémostase, à la suture, au drainage et même au pansement ; les figures n'ont pas été ménagées, et on sait de quel secours elles sont dans un traité de médecine opératoire.
