

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- 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.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Observation d'une métrorrhagie grave de corps fibreux arrêtée d'une manière permanente par une application du crayon de chlorure de zinc ;

par le Dr Charles VERGÉ, M. D. (Laval).

Il y a onze mois, nous sommes appelé auprès de madame E. X., Québec, âgée de cinquante-un ans, mariée et dont voici, brièvement résumés, les antécédents : menstruation a toujours été régulière depuis l'âge de quatorze à celui de quarante-cinq ans, où, après quelques mois du banal syndrome de la ménopause, irrégularités, etc., les règles ont définitivement cessé d'apparaître. De la quarante-cinquième à la cinquantième année, absence complète de troubles génitaux ; pas la moindre perte sanguine, santé généralement bonne. Aucune tare nerveuse appréciable. N'a eu dans toute sa vie d'autre maladie infectieuse ou grave que la scarlatine et celle-ci sans complications néphrétique, rhumatismale ou autres, nous assure-t-elle. A cinquante ans, la malade commence à se plaindre de névralgie lombo-abdominale, légers tiraillements dans cette même région, puis d'hémorrhagies intermittentes pendant quelques mois, puis bientôt considérables et ininterrompues, s'aggravant d'une façon continue. Lorsque nous vîmes notre patiente pour la première fois, nous la trouvâmes dans un état de profonde anémie, ayant perdu abondamment depuis bientôt deux mois. Elle nous dit avoir été traitée sans résultat pendant ce temps pour une "congestion de matrice." Au toucher, col normal un peu cédé-matisé ; à l'hystéromètre malléable nous constatons neuf centimètres, soit un allongement de trois centimètres sur la normale (la malade est nullipare, et nous ferons remarquer qu'on ne pouvait encore alléguer ici la subinvolution utérine comme étiologie).

La palpation bi-manuelle et abdominale nous révèle la présence d'une tumeur dure, globuleuse, ne faisant qu'une seule et même masse avec l'utérus et dépassant la symphyse d'environ trois travers de doigt. Nous pratiquons la dilatation cervicale et constatons au niveau d'une des faces du corps un néoplasme dont la surface nous paraît lisse et à base d'implantation très large, qui proémine dans la cavité. Ce tableau symptomatique : persistance de la métrorrhagie, prédominante dans ce cas, constatation intus et

extra de la tumeur et agrandissement concomitant de la cavité utérine, nous engage à diagnostiquer un corps fibreux sous-muqueux. Il n'y a jamais eu chez cette malade de leucorrhée fétide ni de cachexie. Pas de fluctuation, ni parties dures à côté de points fluctuants disséminés qui pourraient faire croire à un fibro kyste. La tumeur se développe cependant alors assez rapidement. Dans ce cas l'indication urgente, *vitale*, était de contrôler tout d'abord l'hémorrhagie, l'impossibilité immédiate d'une opération étant incontestable à l'état de la malade. L'ergotine, le bromure, la morphine, les applications de glace sur l'abdomen avaient été essayés sans succès par notre prédécesseur. Nous eûmes d'abord recours au tamponnement, puis aux injections intra-utérines très chaudes au moyen de la sonde de Bozemann, conjointement avec l'administration à l'intérieur d'extrait d'hydrastis canadensis (20 minimes à la dose); ces différents moyens nous réussirent mais seulement d'une manière temporaire, il en fut de même de l'acide chromique (une drachme à l'onco) en applications dans la cavité du col, c'est alors que nous songeâmes à appliquer, comme dans les métrites, prévoyant qu'il serait peut-être bien plus approprié ici, le crayon de Dumontpallier. Ce traitement ne comportait aucune contraindication chez une femme ayant dépassé la ménopause, la sténose consécutive possible étant, à notre avis, dans le cas présent, plus à désirer qu'à redouter. L'effet fut immédiat, l'hémorrhagie cessa dès cette première application et n'a plus reparu depuis dix mois, la malade peut sortir maintenant, ce qu'elle n'avait pu faire depuis plusieurs mois auparavant. Nous avions ensuite et nous avons insisté auprès de notre cliente (craignant toujours les phénomènes possibles de compression avec ses conséquences terribles) sur l'opportunité d'une intervention opératoire ou tout au moins sur la nécessité d'une consultation avec un chirurgien à ce propos, mais la malade a toujours préféré souffrir les douleurs causées sans doute maintenant par la compression des plexus sacrés, aux "risques" d'une hystérectomie. La tumeur paraît depuis quelque temps en travail d'involution ou tout au moins demeure stationnaire.

L'électricité, employée dans ce même cas au début, ne nous a pas paru produire l'effet sensible que nous en attendions presque. Nous n'avons, d'un autre côté, cherché qu'une simple action *catalytique* sans destruction des tissus, cette destruction électrolytique étant très dangereuse et ses statistiques fort médiocres comme l'a démontré Terrillon. Avant de terminer cet article nous voulons dire un mot du sérum artificiel de Chéron que nous avons cru ne pas devoir négliger d'employer et qui nous a paru agir efficacement en favorisant l'involution; nous croyons même qu'il constitue avec les bains salés (Salins-de-Béarn) et l'héliothérapie ou bains de soleil préconisés par Terrillon, le traitement médical le plus efficace aujourd'hui. Ce sérum renferme, comme on

saît, en solution dans l'eau distillée, des parties proportionnées de chlorure, bromure et iodure sodiques avec faible addition de phénol.

A sa clinique, en 1891, Chéron attachait une importance particulière à la préparation même du dissolvant. Les eaux chlorurées sodiques, à part qu'elles relèvent la nutrition générale, ont une action indéniable sur le processus des corps fibreux. On sait qu'absorbées, elles décongestionnent les tissus et s'opposent aux stases sanguines. Comme la plupart de nos eaux minérales canadiennes appartiennent au groupe des chlorurées sodiques avec traces de bromures et d'iodures alcalins, il y aurait peut être là une application thérapeutique pratique, plus à la portée de toutes les classes, qui mériterait certainement d'être mieux étudiée.

55 rue-Sto Ursule, Québec, 16 avril 1894.

Leçon clinique sur les traumatismes de l'œil ;

par A. A. FOUCHER,

professeur de la Clinique ophthalmologique et otologique à l'Hôpital Notre-Dame. (1)

Il existe d'autres traumatismes graves de l'œil qui surviennent comme conséquence de contusion ; dans ces cas l'organe n'est pas ouvert par un instrument tranchant ou piquant, mais la sclérotique se rupture par contre coup. Ces sortes d'accidents, relativement peu fréquents, présentent cette particularité, c'est que la sclérotique se déchire en un point du globe de l'œil opposé généralement à celui sur lequel a porté le choc. La lésion occupe généralement le niveau de la région ciliaire à la partie supéro-interne du globe de l'œil, et elle est parallèle à la courbure du cercle scléro cornéen. L'accident résulte, le plus souvent, de coups de poing, de coups de parapluie, de chute sur l'extrémité d'une canne, sur l'angle d'un meuble, il est produit par des instruments mous, arrondis et généralement assez volumineux.

Le siège d'élection de la rupture scléroticale, à la partie supéro-interne trouve son explication dans le fait que les deux parties du globe de l'œil directement comprimées, l'une par l'objet contondant, l'autre par la paroi résistante de l'orbite, ne peuvent pas elles-mêmes se déchirer ; la rupture a lieu sur d'autres points les moins résistants, or c'est précisément dans la région voisine de la cornée, au point d'insertion des muscles droits, que la sclérotique est le plus mince.

Ces sortes de traumatismes offrent des caractères de gravité, non par la rupture de la sclérotique, cette lésion, considérée en elle-même, n'offrirait guère d'inconvénient, mais elle est généralement accompagnée de hernie de la choroïde, de la rétine, du corps

(1) Suite et fin. Voir la livraison de mars.

vitré, d'une luxation du cristallin à l'intérieur de l'œil ou sous la conjonctive, et, ainsi compliquée, la lésion comporte un pronostic sérieux. L'œil est généralement voué tôt ou tard à l'atrophie, quand il ne devient pas un danger permanent pour le congénère.

Les chocs produisent aussi sur l'œil des désordres graves sans être suivis de rupture ou de blessures extérieures du globe de l'œil.

Nous en avons actuellement deux cas dans notre service. Le premier se rapporte à un homme âgé de 42 ans qui a été frappé à l'œil droit par un morceau de fer; aujourd'hui, 3 semaines après l'accident, vous ne constatez aucune blessure extérieure de l'œil, aucune cicatrice indiquant une blessure antérieure. La pupille est déplacée en haut, elle affecte une forme ovale à grand axe vertical. La vision est défectueuse de ce côté. L'iris est le siège d'un tremblement, à sa partie inférieure; en examinant la pupille, à l'ophthalmoscope, on constate des stries sous forme de toile d'araignée et une ligne de démarcation à la périphérie du cristallin, indiquant une sublaxation du cristallin, c'est à dire un déplacement de cette lentille autour de son centre comme pivot. Nous vous présentons ce cas comme une curiosité pathologique, car il est, paraît-il, d'une observation assez rare; le pronostic en est sérieux, car le cristallin, privé des attaches qui lui apportent la nutrition, est voué à une opacification complète. D'un autre côté l'extraction est rendue difficile par la mobilité du cristallin. Certains auteurs s'opposent même formellement à l'extraction dans ces cas. Le second cas de traumatisme de l'œil, sans blessure extérieure, se rapporte à une femme âgée de 37 ans, chez laquelle nous venons de pratiquer l'énucléation. Il y a deux mois la patiente a été *encornée* par une vache. Le choc a été violent, la patiente a perdu connaissance et à son réveil elle s'est aperçue qu'elle ne voyait plus rien de son œil droit blessé. Trois semaines plus tard, elle est venue nous consulter. L'œil était enflammé, douloureux au toucher, il n'existait aucune perception lumineuse, l'iris était décoloré, la pupille était complètement opaque, mais sans indice de cataracte. L'autre œil n'offrait aucune particularité. Nous avons prescrit des compresses froides et observé le malade régulièrement dans la crainte de manifestations sympathiques. Après deux semaines de traitement expectant, l'autre œil était devenu plus sensible à la lumière, des vaisseaux se dessinaient sur la conjonctive, cependant l'acuité visuelle restait normale et le fond de l'œil n'indiquait aucun trouble. Nous prescrivons des frictions mercurielles au pourtour des tempes, des lavages de l'œil au cyanure de mercure au 1500 au bout de quelques jours les symptômes deviennent plus alarmants dans l'œil sain, la conjonctive est plus congestionnée, la vision reste bonne, mais la patiente se plaint de voir moins distinctement. Le fond de l'œil est normal. L'œil blessé est enflammé et très douloureux à la pression.

Nous décidons alors de recourir à une opération. Le contenu de l'œil est enlevé, la cavité lavée au bichlorure de mercure au $\frac{1}{2000}$ et l'œil est fermé par une suture cornéenne. L'opération est suivie les jours suivants d'une vive réaction inflammatoire accompagnée de douleurs vives, persistentes et alarmantes pour le congénère. Redoutant de nouveau des effets sympathiques sur l'autre œil, après avoir attendu six jours, espérant voir l'inflammation se calmer, nous décidâmes la malade à accepter l'énucléation. Aujourd'hui, huit jours après l'opération, la plaie est à peu près guérie, la malade n'éprouve aucune douleur dans l'œil sain, sa vision est normale et moins exposée aux atteintes de l'ophtalmie sympathique. Ce cas nous remet en mémoire un autre analogue que nous avons observé ici il y a 3 ans. La maladie s'annonçait absolument de la même manière; il s'agissait d'un jeune homme de 20 ans frappé sur l'œil par un coup de poing. Nous conseillâmes l'énucléation, mais le patient disparut. Nous le revîmes ici quelques mois plus tard, son œil avait été enlevé, mais probablement trop tard car l'autre œil était perdu complètement. L'œil primitivement sain s'étant pris d'ophtalmie sympathique, le patient se décida alors à recourir à l'opération mais la maladie avait déjà fait trop de progrès. Ce cas et quelques autres analogues arrivés à notre connaissance nous rendent très inquiets sur le sort de ces sortes de blessés et nous croyons qu'il y a moins d'inconvénient à sacrifier un œil déjà perdu pour la vision, lorsqu'il persiste à être douloureux, voué d'ailleurs à l'atrophie, que de persister à le conserver, au prix de grandes souffrances prolongées, et de la vue de l'œil sain. Nous n'entrerons pas ici dans les détails de la question de l'ophtalmie sympathique, de son interprétation et de son traitement, ceci nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de vous dire que le moyen le plus efficace de prévenir l'ophtalmie sympathique, lorsque l'œil sain en est sérieusement menacé, c'est encore de recourir à l'énucléation de l'œil malade.

Lorsque l'œil n'est pas enflammé, qu'il n'est pas douloureux, quand bien même la vision serait complètement abolie, il n'y a pas lieu d'intervenir, d'une manière aussi radicale; mais l'extraction d'une cataracte ou une iridectomie peuvent trouver leur indication. Le cas suivant, que vous observez actuellement dans notre service, en est un exemple.

N. C. âgé de 51 ans, était occupé à tailler un arbre lorsqu'une branche vint le frapper à l'œil droit en causant une légère hémorragie et une perte totale de la vue de ce côté. Les médecins consultés ne constatèrent aucune blessure extérieure et crurent l'accident de peu d'importance. Au bout de quelques semaines de traitement divers la vue est restée dans le même état qu'au moment de l'accident. Il existe une cataracte traumatique, très peu de perception lumineuse. L'œil n'est ni enflammé ni douloureux. Croyant à la possibilité d'un retour à la vision, nous eale-

vons le cristallin et pratiquons une large iridectomie. Le résultat n'a pas encore confirmé notre attente quant au retour à une vision meilleure, les milieux de l'œil sont opaques, il existe des lésions profondes d'une nature grave et probablement irrémédiable. L'extraction du cristallin et l'iridectomie constitueront cependant un traitement prophylactique du glaucome secondaire.

Les commotions de l'œil exposent encore à des lésions qui ne sont appréciables qu'à l'ophtalmoscope, nous voulons parler des désordres partiels produits sur la choroïde, la rétine ou le nerf optique. Il existe des apoplexies traumatiques, des ruptures isolées, des décollements traumatiques de la choroïde et de la rétine, des choroïdites et des rétino choroïdites traumatiques. L'atrophie de la papille, la névro-rétinite, l'apoplexie de la gaine vaginale peuvent aussi résulter de commotion du globe de l'œil. Les hémorragies de la choroïde ont généralement lieu à son extrémité antérieure, tandis que les hémorragies de la rétine siègent plus souvent au pôle postérieur de l'œil. Nous pouvons vous en citer ici deux exemples, dont un recueilli ces jours derniers dans notre pratique privée.

J. D. âgé de 43 ans, a subi un traumatisme de l'œil gauche à l'âge de 16 ans. Il raconte qu'à cette époque il a été frappé à l'œil par une branche d'arbre qui l'a rendu aveugle du coup, de cet œil. La vision s'est améliorée graduellement sans cependant atteindre le degré de perfection qu'elle avait auparavant.

Au bout de quelques années, la vision a commencé à baisser de nouveau et aujourd'hui, 27 ans après l'accident, la vision est réduite à une simple perception lumineuse périphérique. L'examen à l'ophtalmoscope révèle une atrophie du nerf optique, une plaque atrophique couvrant toute l'étendue de la macula et de petites plaques d'atrophie disséminées au pourtour du nerf optique. Il n'y a pas de doute que la commotion a dû déterminer au moment de l'accident une apoplexie rétinienne, qui a été suivie un peu plus tard d'une atrophie des éléments nerveux. Cette observation nous a fait voir les lésions tardives d'une commotion de l'œil, celle qui suit nous en a offert les lésions immédiates.

A. G. garçon âgé de 16 ans, est employé dans une station de téléphone dans une ville avoisinant Montréal. Ayant voulu établir une communication téléphonique au moment où éclatait un violent orage, il a éprouvé une commotion, un choc électrique qui l'a renversé par terre, privé de connaissance et criblé de blessures. Après avoir repris connaissance le patient constate qu'il ne voit plus rien de l'œil gauche. En l'examinant quelques heures après l'accident nous constatons que l'index et le médius de la main droite ont été déchirés et pénétrés par un grand nombre d'éclats de cuivre de grosseur variable, mais n'excédant pas le volume d'une tête d'épingle. Les paupières supérieures et inférieures de l'œil gauche ainsi que la partie gauche du front et du cuir cheve

lure sont parsemées de coupures ou de brûlures au fond desquelles on retrouve par-ci par-là des éclats de cuivre. Les cheveux sont grillés, la chambre antérieure de l'œil gauche est remplie de sang. Le patient raconte qu'il a été projeté à une distance de 5 à 6 pieds au moment de l'accident, et que sa mère, occupée non loin de lui, a aussi été renversée sans cependant recevoir aucune blessure.

Trois jours après l'accident, l'hypœma est disparu, l'examen ophtalmoscopique fait constater des lésions des plus curieuses; la rétine est le siège de suffusions hémorragiques multiples, ces dernières au nombre de 6 à 8 sont toutes situées à la partie postérieure au voisinage immédiat de la macula, et dans une étendue limitée à son pourtour, elles sont petites, arrondies ou étoilées et siègent au point de bifurcation des ramuscules vasculaires.

L'acuité visuelle égale 5/20 et reste telle pendant quelques jours.

Les lésions externes étant guéries, le malade est revu une dizaine de jours après l'accident. L'acuité visuelle est revenue à 5/7½. Les hémorragies sont en grande partie disparues, il ne reste que quelques petits points.

Une semaine plus tard l'acuité égale 5/5, le fond de l'œil paraît normal.

Six mois plus tard le patient revient à la consultation, il s'aperçoit depuis quelque temps que sa vue diminue. L'acuité visuelle est en effet réduite à 5/50. L'examen ophtalmoscopique révèle l'existence d'un décollement rétinien partiel, en forme de boudin, qui s'étend de la macula à la partie antérieure de la rétine.

Le malade observé pendant quelques mois conserve une acuité de 5/50, la lésion paraît rester stationnaire.

L'intérêt de cette observation porte sur la nature du traumatisme; il est assez rare en effet d'observer des hémorragies rétinienne à la suite de l'éclat de la foudre. Un autre point de vue intéressant est de savoir par quel mécanisme l'hémorragie rétinienne s'est produite. Y a-t-il eu pénétration dans l'œil de fines parcelles de cuivre? si oui le globe oculaire n'en offrait aucune indice, la conjonctive et la sclérotique n'était atteinte d'aucune lésion appréciable.

Advenant le cas où de fines parcelles de métal auraient pu pénétrer sans laisser de traces à leur entrée, elles ne se sont pas fait jour à travers le cristallin, car il en serait nécessairement résulté une cataracte traumatique. Quant au peu de trouble provoqué dans la rétine il s'expliquerait par l'état aseptique du corps étranger, toutefois nous ne nous arrêtons pas du tout sur ce mode d'interprétation de la lésion et nous sommes convaincu que l'hémorragie rétinienne a été le résultat direct de la commotion, du choc électrique éprouvé sur l'œil.

La disparition rapide des épanchements, et le retour rapide de

la vision a fait croire à beaucoup d'auteurs que l'hémorragie rétinienne par commotion était d'un pronostic favorable. Malheureusement le recouvrement n'est que passager à preuve les deux cas que nous venons de citer, la terminaison n'est pas toujours satisfaisante, il s'établit à la longue une dégénérescence granulo-graisseuse des éléments rétinienens avec lesquels l'épanchement est en contact, et l'acuité visuelle diminue graduellement et d'une manière permanente.

Au point de vue médico-légal les traumatismes graves de l'œil doivent engager le médecin à se tenir dans une sage réserve. La vue peut être immédiatement abolie à la suite d'un traumatisme, et cependant revenir tôt ou tard à l'état normal. Nous en avons un exemple remarquable dans l'hyphéma. La cataracte traumatique peut être envisagée comme une lésion sérieuse, même dans les cas favorables, car la vision, après résorption ou extraction du cristallin est rarement aussi bonne qu'auparavant. Les traumatismes graves des milieux de l'œil tirent leur gravité des dangers d'ophtalmie sympathique et de la perte définitive de l'organe blessé. Les commotions de l'œil, sans blessures extérieures, exigent une appréciation exacte des lésions intra-oculaires immédiates ou éloignées. Un simple coup de poing peut être le point de départ d'une cataracte, ou conduire à une cécité complète et définitive au bout de quelques années, si la commotion a rupturé quelques vaisseaux rétinienens. Enfin, chaque cas exige un examen attentif, et l'emploi de moyens thérapeutiques appropriées car dans les cas où le blessé réclame des dommages intérêts il est important que la défense ne puisse par prouver qu'une lésion bénigne en elle-même n'est devenue grave que par l'ignorance ou l'incurie du médecin qui l'a traitée.

Brûlures.—*Unna.*

P.—Lanoline anhydre.....	10 parties
Axonge benzoinée	20 "
Eau de chaux.....	30 "
M.—Usage local.— <i>Medical Record.</i>	

Acné.—*Brocq.*

P.—Teinture d'hamamelis.....	1½ drachme fl.
Teinture d'aconit.....	15 minimes.
Teinture de noix vomique.....	46 "
Teinture de badiane.....	} 1 drachme fl.
Teinture de gentiane.....	
Teinture de rhubarbe.....	1 drachme fl.

M.—*Dose* : 20 gouttes au début de chaque repas. Pour faciliter la digestion, prendre une tasse d'infusion très chaude de camomille à la fin du repas.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

L'œil dans les maladies nerveuses. par le docteur A TROUSSEAU, médecin de la clinique des Quinze-Vingts.—Il est aujourd'hui de notion commune que l'examen de l'œil peut offrir un sérieux appoint au diagnostic du plus grand nombre des affections générales ; mais celui-là s'exposerait à de réelles désillusions, qui voudrait chercher dans ce seul examen la solution du problème. Certes, le concours de l'ophtalmoscope est précieux en clinique, souvent même indispensable ; mais, dans la majorité des cas, les renseignements fournis par le miroir veulent être complétés par ceux que donne l'étude complète du patient.

Il ne faut donc ni exalter, ni rabaisser la valeur de l'examen des yeux au point de vue de la séméiologie des maladies nerveuses.

Grande est pourtant la valeur de l'examen du fond de l'œil dans le tabès, dont le diagnostic est confirmé si souvent par la constatation d'une atrophie de la papille, dans l'hystérie différenciée des maladies qu'elle peut simuler par l'étude du champ visuel et de la dyschromatopsie.

Sans m'attarder je vais aborder en détail l'étude de la question. Je chercherai à bien déterminer la valeur diagnostique des symptômes oculaires dans chacune des affections que je vais indiquer ; je n'ai pas la prétention, vu le cadre de cet article, d'apporter une étude complète qui nécessiterait la rédaction d'un gros volume. Je ne toucherai qu'aux points principaux, laissant à dessein dans l'ombre ceux qui ne sont pas suffisamment établis ou nécessitent, pour être mis en lumière, des développements trop considérables.

Ainsi compris, ce travail peut être considéré comme un guide pour ceux qui veulent approfondir. Il satisfera j'espère, ceux qui désirent une vue d'ensemble.

I.—*Tabès.*—Les symptômes oculaires du tabès servent très souvent à dépister le mal : ils précèdent de longtemps l'éclosion des phénomènes ataxiques ; parfois même ils constituent à eux seuls toute la maladie pendant une longue période.

Certains de ces troubles étaient mis sur le compte de la syphilis, alors que les travaux modernes de Charcot et de Fournier n'avaient pas encore établi leur rattachement à la période préataxique.

La migraine ophthalmique, avec son estomac, son hémipie est parfois un indice de tabès naissant ; mais elle s'efface devant la

valour des troubles moteurs et des signes ophtalmoscopiques.

Les muscles de l'œil sont souvent paralysés. A l'époque où elles peuvent être étudiées au point de vue du diagnostic, c'est-à-dire au début, les paralysies sont plutôt de simples parésies, diplopies sans strabisme, se développant et disparaissant facilement, quelquefois cessant presque tout d'un coup sans traitement, récidivant avec facilité, affectant un ou plusieurs muscles ensemble ou séparément; plus la maladie se prononce, plus les paralysies montrent une tendance à la fixité, plus le strabisme est disposé à s'établir.

Tous les muscles moteurs du globe peuvent être pris, et aussi les muscles palpébraux: d'où ce léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale signalé par Berger chez les ataxiques, d'où la paralysie des releveurs des deux côtés, vue par Déjerine.

Quelques paralysies ont un caractère un peu spécial: c'est ainsi que de Watterville, Hubscher ont signalé une paralysie éphémère de la convergence, associée à d'autres paralysies.

La pupille d'un tabétique non encore évident est une source précieuse de renseignements; elle doit être interrogée avec soin pour éclaircir tous les cas douteux.

Tantôt il existe un myosis simple ou double, les pupilles sont punctiformes et l'examen du fond de l'œil rendu ainsi très difficile; plutôt il y a mydriase, le plus souvent d'un seul côté. L'inégalité pupulaire peut donc être observée, comme dans la paralysie générale. D'autres fois il y a paralysie de l'accommodation sans mydriase, mais avec anesthésie périorbitaire. Ici, la pupille reste immobile devant un jet de lumière, mais réagit bien à l'accommodation; c'est le signe d'Argyll Robertson, qui peut à lui seul mettre sur la voie de l'ataxie. Là, c'est le contraire. Berger a indiqué la déformation elliptique de la pupille.

Du côté du fond de l'œil on n'observe que trop souvent la terrible atrophie de la papille, dont la fréquence est considérable, puisqu'elle atteint 12 p. c. des ataxiques d'après Erb, 13.5 p. c. d'après Mali, 40 p. c. d'après Schmeichler. Son principal caractère est d'être régulièrement progressive et d'aboutir à cet aspect ophtalmoscopique bien connu: une papille blanc grisâtre, tranchant nettement sur le fond rouge de l'œil. On a voulu faire de la coloration grise de la papille un signe pathognomonique de l'atrophie tabétique; cliniquement, on ne peut admettre cette précision. Le rétrécissement du champ visuel précédé d'une diminution du champ de perception des couleurs dans l'ordre suivant: vert, rouge, bleu; la présence des lacunes et scotomes dans le champ de la vision sont des meilleurs signes.

Le professeur Charcot a montré que la sclérose du nerf optique pouvait précéder la venue des phénomènes typiques du tabes et même les faire prévoir longtemps à l'avance, d'où l'importance considérable de l'examen du fond de l'œil.

Déjerine a prouvé la possibilité de l'ataxie en dehors des lésions

médullaires. Kruche a rappelé 17 cas de pseudo-tabes chez les alcooliques. J'ai montré qu'il pouvait, de par l'œil, y avoir grande difficulté à distinguer les ataxies fausses des véritables, quand, à des troubles très voisins de ceux du tabes, vient s'ajouter une amblyopie à forme spéciale qui n'est autre qu'une amblyopie alcoolique simulante, à s'y méprendre, l'atrophie papillaire au début.

Cependant, la recherche des antécédents du malade, la constatation de ses habitudes d'intempérance et surtout la curabilité presque simultanée des troubles ataxiques et des troubles oculaires permet au médecin de ne pas rester longtemps dans l'erreur.

La constatation des signes oculaires ne suffit pas toujours au chercheur pour se prononcer en faveur de l'une des trois maladies que voici : syphilis cérébrale, tabes, paralysie générale. En effet, toutes trois peuvent s'accompagner de paralysies musculaires, de troubles pupillaires et d'atrophie de la papille ; c'est sans contredit, dans le tabes que toutes ces altérations se rencontrent le plus souvent ; quand elles coexistent, on ne peut s'empêcher de songer au tabes. Tout dernièrement Liebrecht a publié un travail dans lequel il montre la fréquence relative des paralysies musculaires. D'après cet auteur, les paralysies du tabes constituent 29 p. c. de la totalité des paralysies musculaires, celles de la syphilis cérébrale 14 p. c. et enfin celles de la paralysie générale à peine 3,50 p. c. Ce dernier chiffre est certainement beaucoup trop faible et est dû aux conditions dans lesquelles Liebrecht a observé, soit dans une clinique d'oculistique où les paralytiques généraux se rendent peu.

II.—*Sclérose en plaques* — Le professeur CHARCOT a très bien différencié les troubles oculaires de la sclérose en plaques de ceux de l'ataxie.

Les troubles moteurs de la sclérose en plaques consistent non plus en paralysies, comme dans le tabes, mais en un défaut de coordination dans les mouvements nécessités par l'acte du regard ; c'est la paralysie des mouvements associés. Il résulte de ceci que les malades qui sont atteints ainsi ne regardent jamais avec précision ; on observe par la même, souvent les déplacements oscillatoires du nystagmus.

L'iris conserve tous ses mouvements dans la maladie scléreuse.

Dans la sclérose en plaques, l'ophtalmoscope ne révèle souvent que peu de chose, à peine une simple décoloration papillaire. Pourtant, dans cette maladie on observe des amblyopies, qui vont jusqu'à la cécité complète. Celle-ci n'est ordinairement que transitoire et disparaît au bout de quelque temps, mais on l'a vu demeurer définitive.

On voit qu'ici les phénomènes oculaires ne ressemblent en rien à ceux du tabes. Paralysies fréquentes des muscles de l'œil dans l'ataxie, pas de paralysie dans la sclérose en plaques. Signes ophtalmoscopiques précis dans la première affection, peu ou pas de signes du côté du fond de l'œil dans la seconde. Cécité fatale par

atrophie papillaire tabétique à opposer à l'amblyopie transitoire de la sclérose en plaques.

Il est aussi aisé de distinguer par l'examen oculaire une sclérose en plaques de la paralysie générale, mais on avouera que l'analogie est grande entre les yeux des hystériques et ceux des scléreux. J'indiquerai plus loin tous les caractères de l'œil hystérique.

III — *Paralysie générale.*—Les troubles oculaires sont très intéressants à étudier, parce que le plus souvent ils précèdent, même de plusieurs années, les premiers symptômes d'aliénation mentale. Il y a donc intérêt majeur à apprécier leur nature, puisque, si les signes oculaires sont réunis en nombre suffisant et ont une allure bien caractérisée, le médecin pourra porter à l'avance un diagnostic dont l'importance n'échappera à personne qu'il s'agisse de protéger le malade contre lui-même ou de l'empêcher de nuire aux siens, ou de déterminer son degré de responsabilité morale.

Dans la paralysie générale l'œil est donc fréquemment un précieux révélateur de l'état cérébral.

Examinons quels sont les troubles qu'on observera du côté de l'appareil moteur, de l'iris et du fond de l'œil.

Le muscle orbiculaire des paupières peut être le siège de tremblements fibrillaires ou même d'un véritable blépharospasme, parfois d'une ptosis associée presque constamment à des paralysies de la troisième paire.

Les ophthalmoplégies sont fréquentes ; il est peu commun qu'un sujet atteigne la période paralytique sans avoir eu de la diplopie passagère, parfois très fugace. Tous les nerfs de l'œil sont susceptibles d'être paralysés ; pourtant, très rares sont les paralysies de la sixième et de la quatrième paire. Il faut encore remarquer que la mydriase est exceptionnelle dans les ophthalmoplégies internes.

L'inégalité pupillaire est constante au début de la paralysie générale. Elle s'établit souvent avec les diplopies fugaces, dont après un certain temps, elle est la seule trace subsistante.

Dès que le délire éclate, aussitôt, ou peu de temps après, les pupilles tendent à s'égaliser tantôt en myosis dans les formes congestives, tantôt en mydriase dans les formes dépressives ou torpides.

Les réflexes lumineux et accommodatif peuvent être dissociés, le second subsistant seul (signe d'Argyll Robertson).

Du côté du fond de l'œil, on ne peut noter que l'atrophie papillaire, qui conduit rapidement les malades à la cécité.

Les paralytiques généraux sont souvent troublés par des accès de migraine ophthalmique avec scotome scintillant, qui débute bien des années avant que la paralysie générale puisse même être présumée.

Les troubles oculaires dans la paralysie générale ont été fort bien étudiés dans la thèse du Dr Marie (1890), un de mes anciens

élèves ; je ne puis que renvoyer à ce travail les lecteurs curieux de détails.

On ne peut s'empêcher de remarquer quelle grande analogie existe entre les phénomènes oculaires qui précèdent le tabes et ceux qui devancent la paralysie générale, si bien que je ne crois pas que, par le seul examen de l'œil, l'ophthalmologiste le plus expérimenté puisse se prononcer sur l'existence de l'une ou de l'autre affection. Il ne pourra qu'établir des probabilités. Cette ressemblance des signes oculaires est un argument de plus en faveur de la théorie qui assimile les deux maladies (Raymond).

Des traces d'iritis, de chorio-rétinites profondes pourraient démontrer l'origine syphilitique de certaines paralysies générales, par suite en préciser la nature.

IV.—*Hystérie*.—Les troubles que l'hystérie concentre du côté de la vision sont si caractéristiques qu'à eux seuls, et n'y aurait-il pas d'autres phénomènes concomitants, ils suffisent à affirmer le diagnostic. On voit de quelle aide ils peuvent devenir pour le médecin embarrassé devant une affection dont la nature se détermine mal. L'hystérie peut jouer certaines maladies graves du système nerveux central ; c'est alors que l'examen oculaire devient indispensable ; on peut dire que, grâce à lui, de colossales erreurs seront évitées.

L'œil hystérique n'est jamais un œil effectivement malade, ce n'est pas un œil à lésions, comme l'œil du tabétique si souvent atteint d'atrophie du nerf optique, comme l'œil des malheureux chez lesquels une tumeur cérébrale crée et développe la névrite optique.

Les méfaits de l'hystérie dans l'œil ont été soigneusement étudiés (1891) par Gilles de la Tourette ; la névrose est génératrice de troubles sensitifs et de troubles moteurs.

Les troubles sensitifs sont l'anesthésie de la conjonctive et de la cornée, le rétrécissement concentrique du champ visuel pouvant aller jusqu'à la cécité, la dyschromatopsie, les couleurs disparaissant dans l'ordre suivant : violet, vert, bleu, rouge, cette dernière couleur persistant toujours.

Dans l'amblyopie hystérique l'acuité visuelle n'est pas modifiée. Les hystériques ne sont pas incommodés de l'étroitesse de leur champ visuel, qu'ils ne soupçonnent même pas.

Les troubles moteurs nous intéressent particulièrement, car, mal interprétés, ils peuvent devenir source d'un diagnostic erroné. Parinaud a bien étudié la diplopie mono oculaire, qui est plutôt une polyopie et qu'il attribue à une spasme du muscle accommodateur. Voici comment se révèle cette polyopie :

Un crayon placé près de l'œil, puis éloigné lentement, est d'abord vu simple ; à la distance de 10 à 20 centimètres, une seconde image apparaît généralement du côté temporal. A mesure que l'on s'éloigne, les deux images s'écartent et il n'est pas rare qu'une troisième moins intense apparaisse du côté opposé.

Cette diplopie s'accompagne habituellement de micropsie et de mégalopsie, c'est-à-dire que l'objet paraît se rapetisser ou grossir quand on l'éloigne ou qu'on le rapproche de l'œil.

Le blépharospasme est clonique ou tonique. Ce dernier est le plus intéressant. Dououreux il est bilatéral et accompagné de photophobie, larmoiement, de douleurs périorbitaires. Non douloureux, il est souvent monolatéral.

La forme la plus digne d'attention de blépharospasme, est celle que Parinaud a décrite sous le nom de ptosis pseudo-paralytique. Les phénomènes spasmodiques sont si peu marqués que la chute de la paupière supérieure simule une paralysie du releveur. Le plissement de la peau n'existe pas et si l'on ordonne au malade d'ouvrir l'œil, il rejette la tête en arrière et on voit le frontal se contracter comme dans la vraie ptosis paralytique.

Il est donc indispensable de pouvoir distinguer cette fausse ptosis de la vraie, sans quoi, en présence de cette chute de la paupière, on serait exposé à croire à une véritable paralysie et par suite à porter le diagnostic de tabes ou de tumeur cérébrale au lieu de celui d'hystérie.

Étudions donc les signes différentiels : dans la ptosis faussement paralytique, la paupière supérieure recouvre exactement l'inférieure, elle retombe énergiquement quand on la relève avec le doigt ; on constate de petits frémissements convulsifs dans la paupière, qui s'accroissent quand le malade essaie d'ouvrir l'œil ; enfin, signe capital, indiqué par Charcot, il y a abaissement du sourcil du côté où siège le spasme, tandis que dans la vraie ptosis paralytique le sourcil est plus élevé que du côté sain.

Le strabisme hystérique peut être aussi trompeur que la ptosis : il est généralement dû à une vraie contracture qui peut se produire isolément ou s'associer à d'autres phénomènes hystériques.

Il me semble à peu près impossible, pour l'oculiste, de distinguer ce strabisme spasmodique du strabisme paralytique, et je crois que en l'absence d'autres phénomènes, l'erreur de diagnostic sera commise 90 fois sur 100.

Les troubles oculaires hystériques peuvent apparaître après un traumatisme, un accident de chemin de fer (hystéro-traumatisme), ce n'est guère que par une longue observation du malade, par des examens répétés qu'on les distinguera des troubles tenant à une commotion ou à une altération des centres nerveux. En semblable occurrence l'expert peut être appelé à se prononcer devant les tribunaux sur la gravité et le pronostic de certaines situations pathologiques : il n'oubliera pas quel précieux concours peut lui donner l'œil (Étude de l'amblyopie hystérique, etc.)

V.—*Lésions cérébrales.*—Les lésions cérébrales (hémorrhagie, ramollissement, etc.), peuvent déterminer des troubles fonctionnels caractérisés par la perte d'une portion du champ visuel. Il y a hémipopie quand chaque rétine a perdu la moitié de son champ visuel.

L'hémiopie est dite homonyme lorsque la moitié du champ visuel est abolie du même côté dans les deux yeux. C'est la plus fréquente ; elle est dite croisée lorsque la moitié du champ visuel est perdue à droite pour un œil, à gauche pour l'autre œil ; cette forme est très rare. La constatation de l'intégrité du fond de l'œil à l'ophtalmoscope et le tracé du champ visuel, fournissant le graphique des scotomes, peuvent permettre d'affirmer que les troubles dont se plaint le malade ont une origine intra-crânienne. Il y a donc là une motion intéressante à conquérir, simplifiant les recherches. Bien souvent l'étude de l'hémiopie fournira des renseignements sur le siège même de la lésion qui l'a déterminée, avec cette réserve que, pour en préciser la nature et parfois même la localisation, le médecin devra toujours étudier les symptômes concomitants (paralyse, anesthésie, aphasie). Je ne puis émettre ici la prétention d'indiquer, même rapidement, les méthodes d'étude des localisations cérébrales. Je me bornerai à l'énoncé des faits les plus simples :

1° Une lésion de la bandelette optique gauche détermine une hémiopie homonyme droite, tandis qu'une hémiopie homonyme gauche révèle une lésion de la bandelette gauche.

2° L'hémiopie croisée indique une lésion de la partie antérieure du chiasma.

3° Les lésions de la partie postérieure de la capsule interne (région lenticulo optique) amènent non seulement de l'hémiplégie, mais encore une hémi-anesthésie semblable à l'hémi-anesthésie hystérique ; il est bon de ne pas oublier que dans cette hémi-anesthésie d'origine cérébrale, il existe une amblyopie croisée dont les symptômes sont les mêmes que ceux qui ont été signalés par l'amblyopie hystérique.

Je suis au regret d'être obligé d'écourter ce chapitre ; mais, pour être suggestif, il devrait à lui seul occuper une étendue bien plus considérable que celle qui m'est accordée pour l'ensemble de cet article.

VI.—*Méningite*.—D'après BOUCHUT, quelles que soient les formes de la méningite, elle produit habituellement, sinon toujours dans le fond de l'œil, des lésions variables de circulation, de sécrétion, de nutrition, qui facilitent grandement le diagnostic de la maladie et peuvent même parfois en faire prévoir l'éclosion.

Le Dr Bouchut a rapporté des cas dans lesquels l'emploi de l'ophtalmoscope a permis de fixer un diagnostic hésitant entre la méningite et quelque autre maladie, la fièvre typhoïde, par exemple, et des cas dans lesquels il a permis de faire le diagnostic avant l'apparition des symptômes caractéristiques de la méningite, alors qu'il n'existait qu'un état fébrile indéterminé.

Je crois avec Bouchut que l'examen du fond d'œil peut rendre de signalés services dans des cas embarrassants ; mais j'hésite à lui accorder toute la valeur que lui octroyait cet auteur. J'ai été à même d'examiner le fond d'œil d'un grand nombre d'enfants atteints

de méningite confirmée, et je dois avouer que je n'ai pas rencontré souvent des lésions parfaitement nettes.

Néanmoins, ce procédé d'exploration ne doit jamais être négligé, et n'aurait-il que rarement l'occasion de se révéler efficace, qu'il faudrait y avoir recours, étant données sa simplicité et son innocuité.

Ces réserves faites, j'indiquerai les désordres les plus caractéristiques que peut produire dans l'œil la méningite, qui, je le répète, laisse celui-ci indemne assez souvent pour qu'on ne puisse conclure de l'intégrité des membranes profondes à l'absence de l'affection méningée.

D'après Bouchut, la congestion et l'œdème papillaires seraient les lésions les plus fréquentes. Il est très difficile de dire où commencent l'hypérémie et la congestion pathologique du nerf optique; il faut pour les bien apprécier, une grande habitude du maniement de l'ophtalmoscope et on ne saurait trop répéter qu'il existe d'innombrables variétés d'aspect de la papille. On n'affirmera donc la congestion et l'œdème qu'après mûr examen et formelle évidence. Bouchut les aurait observés dans plus de la moitié des cas; cette proportion me paraît beaucoup trop forte. Pour moi, elles n'acquiescent de réelle valeur que quand elles coexistent avec de la dilatation et de la flexuosité des vaisseaux veineux, avec ou sans thromboses rétinienne.

Les hémorragies de la rétine se voient parfois dans la méningite, mais aussi dans d'autres affection cérébrales. Elles n'ont donc de signification précise que lorsqu'elles apparaissent chez un enfant soupçonné ou atteint de phlegmasia des méninges.

La concordance et la simultanéité de ces deux phénomènes leur donne une importance séméiotique considérable, et, dans ces cas, elles indiquent une violente gêne de circulation intra-crânienne. Elles coexistent très souvent avec des plaques blanchâtres de dégénérescence graisseuse, ou avec des dépôts noirâtres de pigments qui n'en constituent qu'un stade plus avancé.

Bouchut a signalé les tubercules de la choroïde. Si leur présence était évidente, il n'y aurait pas de doute sur l'existence d'une méningite tuberculeuse. Malgré des recherches longtemps continuées, je n'en ai pas vu un seul cas bien démonstratif. Je pense que ces tubercules sont très difficile à voir à l'ophtalmoscope et qu'à leur sujet ont dû être commises bien des erreurs.

Certains enfants ont le fond de l'œil très pâle, ce qui tient à une atrophie choroïdienne ou plutôt à une disparition du pigment choroïdien. Il ne faut pas voir là un signe d'affection cérébrale; cette disposition s'observe chez des sujets à développement incomplet, partiellement amblyopes ou éminemment astigmatiques et hypermétropes, des dégénérés héréditaires le plus souvent.

L'atrophie du nerf optique est rare dans la méningite aiguë et s'observe surtout dans la méningite chronique. Elle peut survenir

d'emblée ou être précédée d'une neuro-rétinite hémorragique, analogue à celle qu'on rencontre dans les tumeurs cérébrales.

Les lésions oculaires de la méningite n'amènent pas toujours des troubles visuels très marqués ; elles veulent donc être recherchées. Pour les mieux constater, l'observateur aura soin, après avoir instillé la cocaïne, de faire fixer la tête de l'enfant et de lui faire écarter les paupières par un aide exercé. Ces précautions sont indispensables pour un examen valable d'un petit être déjà souffrant, agité, et, pour cela même, par son âge aussi, peu enclin à la docilité, si nécessaire à une complète exploration du fond de l'œil.

En résumé l'ophtalmoscopie est infidèle pour le diagnostic de la méningite, mais, parfois, elle lui prête un concours des plus utiles. On devra donc la pratiquer dans tous les cas douteux.

Ce sont des symptômes de névrite optique qu'on constatera dans la pluralité des examens concluants.

VII.—*Tumeurs cérébrales.*—C'est à de Graeffe (1810) que nous devons la connaissance précise des lésions oculaires dans leurs rapports avec les tumeurs cérébrales. Celles-ci se caractérisent par la production des névrites optiques typiques.

La papille est rouge, boursoufflée, saillante. Les veines rétiniennes, gorgées de sang, présentent des dilatations variqueuses, tandis que les artères sont fines et amincies ; des hémorragies rétinienues, des exsudations blanchâtres parèment la papille ou les régions voisines ; la périphérie du fond de l'œil demeure intacte. Les troubles visuels sont plus ou moins accentués, quelquefois peu marqués, malgré une violente hyperémie du fond de l'œil.

La névrite optique aboutit parfois, si le malade survit, à l'atrophie de la papille, et cette atrophie présente alors des caractères assez nets pour qu'il soit possible de retrouver la cause qui l'a déterminée. En effet, les bords du disque optique restent diffus, ne tranchent pas nettement sur les parties voisines, les veines demeurent tortueuses et dilatées pendant que les artères s'amincissent à l'extrême.

La névrite optique constitue un symptôme très important dans le diagnostic des tumeurs cérébrales, mais malheureusement elle ne peut nous renseigner ni sur le siège, ni sur la nature de la tumeur. Il est hors de doute que les tumeurs cérébrales puissent exister sans amener de névrite, mais des troubles cérébraux accompagnés de névrite ont de grandes chances pour être dus à une tumeur.

Les caractères indiqués de l'atrophie papillaire suite de névrite peuvent être d'un concours utile, alors que le médecin hésite entre les phénomènes dus à une ancienne tumeur ou à l'ataxie. On a remarqué les différences tranchées qui séparent cette atrophie de l'atrophie tabétique.

Lésions traumatiques du cerveau.—Comme l'a fort bien indiqué Panas, la stase de la papille se montre souvent à la suite de di-

verses lésions traumatiques de l'encéphale, telles que commotions, contusions, blessures ou fractures du crâne, sans qu'elle s'accompagne forcément de troubles visuels. Elle doit donc être recherchée. Sa présence et l'atrophie consécutive qu'elle pourrait déterminer ont une importance réelle au point de vue médico-légal.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'Hôpital de la Charité.—Le diagnostic de la fièvre typhoïde peut être rendu difficile par l'atténuation ou, au contraire, l'exagération de certains symptômes, ou encore par le développement de complications.

La durée de la dothiénthérie est parfois très réduite. Cela intéresse le diagnostic rétrospectif et on peut dire que, en général, une maladie dont la durée n'a pas dépassé une dizaine de jours n'est pas une fièvre typhoïde. Dans l'immense majorité des cas, 21 jours sont la durée normale. Cependant, vous savez que la fièvre typhoïde peut revêtir, quelquefois, l'aspect d'une syncope et évoluer aus-i rapidement.

L'intensité de la maladie peut être très diminuée. Il en est ainsi dans le typhus ambulatorius, souvent grave en ce qu'il aboutit à une perforation intestinale.

La fièvre est parfois le seul symptôme atténué et la température peut même ne pas s'élever, rester normale. Dans des cas très rares, elle s'abaisse. C'est ainsi que dans cet hôpital, en 1891, j'ai observé un cas de fièvre typhoïde à évolution régulière, sauf que la température s'est abaissée dès la première période, qu'elle est restée aux environs de 36° au moment de la période d'état, et qu'elle est simplement remontée à la normale au moment de la guérison. Il est vrai que ce fait est unique dans la science. On a admis pour expliquer l'absence d'élévation de la température, que le bacille typhique fabriquait, dans ce cas, des substances hypothermisantes en quantités exagérées. Les dothiénthéries apyrétiques peuvent parfaitement s'accompagner de symptômes graves, d'accidents cérébraux intenses, par exemple, et elles ont alors simulé la méningite, ont été suivies de mort.

Les phénomènes abdominaux sont, dans la fièvre typhoïde considérés comme primordiaux. La maladie peut cependant évoluer presque toute entière avant qu'il se produise de diarrhée. Du reste, la constipation est fréquente dans la première semaine, mais même si elle persiste plus tard, on voit se produire de temps à autre une selle diarrhée.

Le gargouillement dans la fosse iliaque droite, la douleur provoquée par la palpation au même niveau sont des signes de grande valeur et, en dehors de la fièvre typhoïde, on ne les rencontre guère que dans la typhlite; mais alors, dans la grande majorité des cas, ce sont les signes locaux qui dominent la scène morbide, et les autres manifestations manquent ou sont très atténuées.

Les taches rosées se montrent, presque toujours dans le deuxième septennaire. Elles sont un peu saillantes, disparaissent sous la pression du doigt et sont caractéristiques, car les autres affections qui leur ressemblent, l'acné commençante, par exemple, sont rares sur le ventre et ont leur maximum sur le dos. Cependant les taches peuvent manquer dans les formes courtes, mais il est très rare qu'elles soient absentes pendant toute la durée des formes régulières.

Dans certaines épidémies, l'éruption érythémateuse est très marquée et peut revêtir l'aspect d'un érythème palpuleux; dans d'autres elle est rare, et dans une des statistiques publiées par le *London hospital fever*, elle faisait défaut dans un quart des cas.

La recherche du bacille spécifique peut-elle être utile? Théoriquement, oui, car le bacille existe dans les fèces, l'urine, le sang de la rate. Dans la première période, au moment où sa constatation serait le plus utile, il manque souvent dans les gardos robes, son absence ne prouve donc rien à ce moment. Dans les urines il se montre peut-être un peu plus tôt que dans les fèces et plus tôt encore dans le sang de la rate, aussi a-t-on conseillé de faire une petite piqûre dans l'organe avec une seringue de Pravaz stérilisée, et d'examiner la goutte de sang retirée. Mais l'isolement et la reconnaissance du bacille d'Eberth ne sont pas chose facile, il faut faire des cultures sur gélatine, sur pomme de terre, des inoculations aux animaux, tout cela demandera au moins quatre jours et il s'en suivra que, dans la plupart des cas, l'évolution de la maladie aura permis de faire le diagnostic, au moment où les résultats de l'examen bactériologique seront utilisables. Dans certaines recherches de pathologie, ce mode de diagnostic (11 constatations positives sur 14 cas) peut être utile, mais il est impossible de le considérer comme pratique, d'autant plus qu'il nécessite une petite opération qu'une faute minime de technique peut ne pas rendre inoffensive. Si le traitement de la fièvre typhoïde était basé sur l'emploi d'un spécifique, on devrait tout faire pour arriver à un diagnostic précoce, mais comme il n'en est rien, il n'est pas permis de recourir à des procédés pouvant être dangereux pour y parvenir un peu plus tôt.

Lorsque l'ataxie, l'adynamie dominent la scène morbide, on peut croire avoir affaire à une méningite et, du reste, il y a des cas où une véritable méningite se produit pendant le cours de la fièvre typhoïde; l'ataxie s'accompagne parfois de convulsions, de trismus, de raideur de la nuque, mais ce sont les phénomènes rares et généralement le diagnostic demeure possible. Il peut, au contraire, devenir très difficile, quand le délire typhique revêt la forme vésanique, celle de manie aiguë, de mélancolie avec stupeur, et bien des fois on a envoyé dans des asiles d'aliénés des malades qui n'étaient que des typhiques.

Il y a cependant deux symptômes permettant, dans la plupart

des cas, le diagnostic de la dothiénthérie, je veux parler de la stupeur et de la tuméfaction de la rate.

Le stapeur, le changement d'humeur marquésont très importants à constater. Ils peuvent permettre de faire un diagnostic dans des cas douteux. J'ai eu, il y a quelques années, à examiner un collégien qui avait été pris d'accidents mal caractérisés, mais assez intenses pour faire porter le diagnostic de fièvre typhoïde; or, lorsque je vis le malade, je l'entendis donner d'une voix ferme, l'ordre à un domestique de rapporter une casquette. Ce n'était pas là l'allure de la parole d'un typhique, et j'émis l'idée qu'il s'agissait d'une tuberculose aiguë; l'évènement vint malheureusement me donner raison.

La tuméfaction de la rate doit toujours être recherchée avec soin et beaucoup pensent que la palpation suffit pour se rendre compte des dimensions du viscère.

C'est là une erreur profonde et, personnellement, je n'ai jamais pu arriver par ce procédé, à délimiter la rate dans la fièvre typhoïde. Du reste, les résultats obtenus par les auteurs sont très variables et vous pouvez lire dans des observations que les dimensions de la rate hypertrophiée atteignaient 6 cent, tandis que, dans nos salles, nous constatons fréquemment, chez des gens dont la rate est normale, 11 à 12 cent. En réalité, chez les dothiénthériques, la palpation est le plus souvent impossible parce qu'ils ont le ventre, tendu, ballonné; d'autre part, sauf quand elle est fixée par des adhérences, la rate est un organe flottant qui fuit sous la main, et l'estomac, plus ou moins distendu, l'élève ou l'abaisse. Ceux qui conseillent la percussion de la rate ont souvent dit qu'il ne fallait l'explorer qu'à sa partie inférieure, celle qui est accessible à travers les parois abdominales; c'est le contraire qui est vrai et il faut la percuter avec le plus grand soin à travers le poumon; on arrive à des résultats aussi exacts que dans la percussion du cœur. Au contraire, inférieurement, la rate est recouverte par le grand cul de sac de l'estomac, par le colon, et la présence, dans ces réservoirs de gaz, de liquides, de matières solides peut donner lieu à des résultats erronés. Pour pratiquer la percussion de la rate, on ne doit pas aller de la périphérie au centre, c'est-à-dire de la partie mate à la partie sonore mais procéder en sens inverse; il est en effet facile de s'apercevoir du moment où la percussion jusque là parfaitement sonore devient moins éclatante, c'est là que l'on doit placer le bord de l'organe. Naturellement au niveau du poumon on percute profondément, tandis que la percussion sera superficielle inférieurement.

Malheureusement il est impossible de vérifier sur le cadavre les résultats donnés pendant la vie par la percusion de la rate, car cet organe change très rapidement de volume. C'est ainsi qu'il est facile, par exemple, de voir les dimensions du viscère diminuer lorsque l'on dirige le jet d'une douche froide à son niveau.

D'autre part, il faudra se rappeler lorsque l'on utilisera la percussion de la rate pour arriver à un diagnostic, qu'elle peut rester volumineuse à la suite de fièvres intermittentes ou même d'un simple séjour prolongé dans un pays à malaria. Je vous rappelle que le grand diamètre de la rate est long d'à peu près 12 cent, et est dirigé obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

Dans un grand nombre de cas, le diagnostic de la fièvre typhoïde est rendu difficile par des complications. Des érythèmes scarlatiniformes, ou rubéoliformes, l'érythème noueux, l'érythème polymorphe peuvent se développer chez un typhique et, d'autre part, les deux dernières de ces affections s'accompagnent souvent de phénomènes généraux assez marqués.

Lorsqu'une hémorrhagie intestinale vient de se produire et qu'elle est encore interne, la température s'abaisse beaucoup sans que l'on puisse constater de sang dans les gardes-ropes. Si on voit alors le malade pour la première fois, le diagnostic peut rester en suspens.

La perforation intestinale peut être la révélation d'un typhus resté inconnu et il est, naturellement, presque impossible d'arriver à reconnaître sûrement la dothiénthérie si le malade n'accuse pas de maladie avant l'accident.

La péritonite peut aussi se produire dans le cours d'une fièvre typhoïde consécutivement à la perforation de la vésicule biliaire surtout quand cette dernière renfermait antérieurement des calculs. Enfin on peut avoir affaire à une péritonite par propagation et si cette péritonite siège dans la région péricæcale, le diagnostic avec la typhlite peut être délicat.

Parfois la fièvre typhoïde est suivie d'une entérite chronique dont l'apparition peut faire croire à une réitération; mais dans cette dernière, la température remonte beaucoup, les phénomènes de la dothiénthérie évoluant de nouveau, etc. Vous vous rappellerez que le pronostic est très différent dans les deux cas, car l'entérite est une complication grave, et la réitération guérit presque toujours. L'accumulation de matières fécales avec la fièvre qu'elle détermine, peut aussi faire croire à une réitération; un simple purgatif fera disparaître les accidents.

Les accidents de l'anémie cérébrale compliquent parfois la convalescence de la fièvre typhoïde et peuvent faire penser à une méningite; mais il n'y a pas de fièvre, le pouls est très faible, le malade est d'une pâleur extrême.

L'otite moyenne s'accompagne souvent de phénomènes généraux graves et comme le malade, surtout s'il s'agit d'un enfant, n'accuse alors qu'un mal de tête non localisé, le diagnostic peut devenir difficile.

Je ne ferai que mentionner les complications pulmonaires qui ne troublent généralement pas le diagnostic. Cependant si la maladie commence par une pneumonie, réalisant le type que les Allemands

appellent la pleuro-typhoïde, il faudra attentivement examiner le malade, étudier l'état de la rate avec soin, pour ne pas passer à côté de la dothiénthérie dont l'évolution des accidents viendra toujours, du reste, démontrer l'existence.

Enfin le développement d'arthrites purulentes précoces vers le dixième jour, comme dans un cas de Rabin, pourrait obscurcir beaucoup le diagnostic.

Une remarque en terminant :

On a dit souvent que les typhiques se tuberculisaient facilement lorsqu'ils restaient un certain temps dans les salles d'hôpital. Il n'en est rien et lorsqu'on avait examiné avec soin à leur entrée les malades devenus ultérieurement phthisiques, on avait toujours pu constater l'existence des signes de tuberculose; la fièvre typhoïde ne fait que donner un coup de fouet à une maladie préexistante.—
Union médicale, 23 mars 1894.

CHIRURGIE.

Cure radicale des hernies inguinales.—Clinique de M. TILLAUX, à l'hôpital de la Charité.—Je vais m'occuper d'un homme de 34 ans, atteint d'une assez volumineuse hernie inguinale droite. Son histoire est très courte. Son père portait un bandage inguinal double, et sa mère avait aussi une hernie. Cet homme se rappelle qu'à l'âge de sept ans, il reçut un coup de pied d'un de ses camarades : le coup porta dans l'aîne droite et fut si violent qu'il y eut d'abord syncope.

C'est à ce coup que le malade rapporte le début de la hernie, qui apparut peu après. La hernie augmenta petit à petit et elle devint assez volumineuse pour qu'on lui proposa, à Lyon, une opération à laquelle il ne voulut pas se soumettre.

En 1893, à la suite d'un effort il ressentit une déchirure, une douleur vive, et la hernie augmenta encore jusqu'à présenter le volume actuel.

Il se présente actuellement à nous avec une hernie inguinale oblique externe, c'est à dire de la variété indirecte la plus fréquente lorsque le début remonte, comme ici, au jeune âge.

Que contient cette hernie? Certainement de l'intestin qui sort dans les efforts de toux, mais qui est facilement réductible: mais après réduction de l'intestin il reste encore dans le sac une masse pâteuse inégale, irrégulière, qui n'est pas complètement réductible et nous devons admettre que cette entéro-épiplocèle est adhérente quant à sa partie épiploïque.

Nous devons maintenant nous demander quel est l'état anatomique des parties; qu'est devenu le canal inguinal lui-même?

Actuellement, le canal inguinal est affaibli et pour ainsi dire dissocié. L'orifice inférieur du canal inguinal admet deux doigts; en pénétrant dans cet orifice, le doigt va directement jusqu'à la cavité péritonéale; la hernie n'est donc plus oblique externe à proprement parler et le trajet est devenu direct, mais c'est là une apparence que prennent toutes les hernies volumineuses anciennes, où le canal inguinal disparaît en totalité, les deux orifices péritonéal et sous-cutané venant se placer en regard.

Voilà donc l'état anatomique? Faut-il faire une opération, faire ce qu'on appelle la cure radicale? mot bien hardi, puisque le chirurgien serait bien audacieux qui oserait promettre à son opéré de ne plus porter de bandage. Je ne crois pas qu'il faille (et je laisse de côté la hernie du jeune âge) opérer toutes les hernies de l'adulte. Je crois qu'il faut opérer les hernies exceptionnelles par la gêne ou la douleur, le volume et les difficultés de contention.

Dans ces conditions, étant donné le peu de gravité de l'opération, on peut accorder au malade une opération qui le mette dans des conditions telles qu'il ne soit plus gêné par sa hernie pour travailler; c'est l'opinion émise, il y a peu de temps, par la Société de chirurgie et à laquelle je me rattache entièrement.

Or notre malade rentre à peu près dans ces conditions; il a porté sans résultat un bandage; après avoir bien réfléchi, il persiste à réclamer l'opération, et la lésion se présente dans des conditions anatomiques telles qu'il y a lieu de croire que la hernie augmentera jusqu'à acquérir un volume énorme. Aussi allons-nous faire la cure radicale mieux appelée et plus justement cure opératoire.

Le chirurgien doit avoir pour but de débarrasser le malade de sa hernie, en réduisant ou réséquant le contenu du sac, puis en réséquant le sac lui-même.

Mais ce n'est pas tout, il faut encore restaurer la région anatomique pour mettre autant que possible le malade à l'abri d'une récurrence. Pour remplir la première partie de ce programme, voici ce que l'on fait: on incise les parties molles pour absorber le sac, et celui-ci mis en évidence, vous le saisissez et l'ouvrez, afin d'en constater le contenu. Est-ce de l'intestin, il faut le réduire; est-ce de l'épiploon adhérent, il faut l'attirer et le réséquer, comme je vous le dirai tout à l'heure.

Cela fait, il faut remonter très haut jusque dans le canal inguinal dont on a incisé la paroi antérieure déjà affaiblie et isoler le sac le plus haut possible pour pouvoir éviter la section des organes du cordon spermatique au moment de la résection du sac.

La seconde partie de l'acte opératoire consiste à restaurer le canal inguinal et les chirurgiens qui cherchent à bien faire adoptent surtout le procédé dit de Bassini, que mon collègue M. Berger a admis dans sa pratique. Ce procédé a pour objet de rétablir le canal inguinal dans toute son étendue.

Voici en quoi consiste l'opération de Bassini : le malade étant chloroformisé, nous allons pratiquer dans la région *inguinale* et non dans la région scrotale une incision de la paroi abdominale presque verticale, pour mettre d'abord à découvert l'orifice fibreux du canal inguinal ; ceci fait et l'anneau exposé, j'introduirai une sonde cannelée à sa partie supérieure et j'inciserai sur la sonde la paroi antérieure, virtuelle, il est vrai, du canal inguinal. Je chercherai alors avec précaution le sac herniaire, ce qui est parfois assez difficile s'il est mince ; il faut inciser le tissu cellulaire en dédolant. Le sac découvert, je l'inciserai à la partie supérieure le plus haut possible, non pas dans le scrotum, inguinale ; j'en inspecterai alors le contenu ; s'il y a de l'intestin, je le réduirai.

Je vais surtout trouver de l'épiploon et un épiploon adhérent : je le décollerai de la face interne du sac, et je l'attirerai petit à petit à moi après l'avoir libéré de ses adhérences au collet du sac si elles existent ; je ferai alors une ligature en chaîne à deux ou plusieurs fils, suivant l'épaisseur du pédicule ; il faudra bien serrer cette ligature, puis réséquer l'épiploon et laisser le moignon remonter dans l'abdomen.

Alors je procéderai à la décortication du sac : c'est là un temps pénible, auquel il faut procéder avec douceur ; on peut se contenter d'en libérer toute la circonférence au point où portera la résection ; il est mieux, mais non indispensable, d'en extirper totalement le cul-de-sac inférieur qu'on peut abandonner dans le scrotum. Le sac bien disséqué, surtout dans la partie supérieure où il faut le faire glisser en l'attirant, et le pédicule formé, j'introduirai le doigt dans le sac pour constater l'absence de tout organe, intestin ou vessie qui a été signalée ; on passe alors un fil au milieu du sac et on lie par un procédé quelconque, pourvu que le fil soit solide et solidement serré.

On peut à ce moment soit couper le fil au ras du moignon de résection du sac et alors on voit le sac remonter fort haut vers l'abdomen où il disparaît pour ainsi dire, ou bien employer le procédé suivant.

Dans le procédé dit de Barker, on conserve les fils qui étreignent le moignon du sac, on les reprend avec l'aiguille à travers l'aponévrose du transverse et on les fixe ainsi à la partie supérieure du canal inguinal où le moignon du sac n'est plus en regard de l'orifice du canal inguinal.

Voilà la hernie traitée : nous devons maintenant, deuxième temps opératoire, procéder à la réfection du canal inguinal, temps opératoire qui ne doit pas toujours être facile ni même possible.

C'est la cure de Bassini : il faut chercher et libérer le cordon et le porter en haut à l'aide d'un écarteur.

Cela fait, on va reconstituer la paroi postérieure du canal inguinal : on passe son aiguille sur un débris du fascia transversalis ou

à son défaut sur une plicature de l'arcade crurale elle-même, en se rappelant que l'artère et la veine iliaque sont dans le voisinage. Il faut prendre autant que possible la partie postérieure de l'arcade. En dedans, il faut venir avec l'aiguille au niveau du bord externe du muscle droit de l'abdomen, en ne craignant pas de comprendre quelques fibres musculaires; on passe alors un fort fil de soie qui est bientôt suivi de plusieurs autres parcillemeut placés.

De cette façon vous reconstituez au canal un plancher solide; puis, laissant le cordon reprendre sa place, vous venez procéder à la réfection de la paroi antérieure à l'aide de points séparés; enfin on termine par la suture habituelle de la peau,

Dans ces manœuvres les ligatures étreignent presque toujours l'artère épigastrique, cela ne présente aucun inconvénient; Bassini dit que cette circonstance est presque inévitable.

Voilà ce qu'il faut faire sur notre malade: c'est l'opération qui me semble la plus propre à prévenir la récurrence et c'est celle que j'avais en vue lorsque je lui ai proposé la cure radicale.

Nota.—Le programme opératoire a été exécuté de point en point. L'opération lentement conduite, fait capital comme le faisait remarquer M. Tillaux, a duré une heure. La résection du sac en totalité et de l'épiploon, la résection des parois antérieure et postérieure du canal inguinal ont été conduites suivant les indications précédentes et la reconstitution solide du canal inguinal paraît parfaite.—*Tribune médicale.*

Abcès du foie; opération de Stromeyer Little.—L'hépatite suppurée dans nos climats est assez rare, mais n'est cependant pas assez exceptionnelle pour que tout médecin ne puisse être appelé à pratiquer l'opération de Stromeyer-Little qui seule peut alors sauver le malade. M. le Dr. Massart, médecin en chef de l'hôpital de Honfleur, rapporte un cas très instructif de ce genre pour lequel il a dû pratiquer cette opération

Il s'agit d'une femme n'ayant jamais quitté la France, alcoolique, misérable, et chez laquelle il fut assez facile de diagnostiquer un volumineux abcès du foie paraissant bilobé. Une ponction exploratrice confirma le diagnostic, et l'opération fut faite de la façon suivante:

Lavage de l'abdomen au savon de sublimé; jusqu'au moment de l'opération, le champ opératoire est recouvert de solution de sublimé au 1/2000. Chloroformisation. Précautions antiseptiques les plus complètes des personnes, des instruments et objets de pansement. Ponction avec le plus gros trocart de Dieulafoy, jusqu'à la garde; il sort par la canule du pas blanc, crémeux. La ponction est faite à 6 centimètres à droite et 2 au dessus de l'ombilic. Une lame de bistouri de la longueur du trocart est glissée le long de la canule, puis incision large de 5 à 6 centimètres de tout ce qui se trouve sous le tranchant de l'instrument. Immé-

diatement, issue en flot de près de deux litres de pus blanc, bien lié, sans odeur, rien qui ressemble à une membrane quelconque. Introduction ensuite d'un large drain par lequel on injecte une solution tiède de sublimé au 1/5000 jusqu'à ce qu'elle sorte claire.

La grosse tumeur de gauche s'est affaissée; la matité y est remplacée par de la sonorité. La partie droite, celle qui s'étend dans la fosse iliaque, est encore dure. En pressant sur le foie et les fausses côtes, le pus sort encore en très petite quantité et s'arrête dès qu'on cesse ce mouvement. Il y a donc un second abcès qui a du mal à se vider.

Le doigt antiseptisé est introduit et reconnaît un orifice de communication étroit qui est élargi par quelques tiraillement et il s'écoule encore une livre et demi de pus.

Iodoforme sur la plaie, gaze iodoformée, ouate avec solution de sublimé à 1/1000, ouate sèche et bandage de corps en flanelle.

Les suites de l'opération furent normales, et la malade était guérie complètement au bout de deux mois environ.

Il s'agit, en somme, d'une hépatite suppurée de nos climats. Mais quelle en était l'étiologie? M. Massart n'hésite pas à l'attribuer à un ensemble de causes qui se sont rencontrées chez cette malade. D'abord, c'est une alcoolique qui poussait le culte de l'alcool jusqu'à l'ivresse, et cela bien souvent. Cette alcoolique a beaucoup fatigué, elle a eu 8 enfants; elle a été atteinte d'influenza à deux reprises différentes (janvier 1890 et novembre 1891); la première fois d'une façon assez bénigne, la seconde fois d'une façon bien plus sérieuse, à tel point qu'après cette maladie elle ne retrouva plus ses forces; ajoutons la ménopause arrivant pendant ce temps là, et nous trouvons de quoi expliquer cette hépatite. Un terrain préparé par l'alcoolisme et les autres causes deviennent des causes efficaces.

C'est du reste un fait accepté par tous les auteurs, que la température élevée du climat n'est pas la cause directe de l'hépatite aiguë; il faut avec la température élevée d'autres facteurs qui tous sont des causes de débilité, telles sont la dysenterie et l'alcoolisme. Dr. reste, cette maladie s'observe dans certains pays froids comme l'Islande et la Hollande. Seulement les pays chauds réalisent mieux les conditions qui favorisent l'évolution de cette maladie.

M. Massart ajoute deux remarques importantes au point de vue pratique. La première est qu'il est assez difficile de faire glisser un bistouri sur un trocart cylindrique pour couper une épaisseur de tissu aussi considérable. Il serait préférable, en pareil cas, d'introduire dans la canule un stylet trois fois plus long qu'elle et de retirer ensuite cette canule en laissant le stylet à sa place.

La seconde est que si la malade avait été opérée plus tôt, le second abcès aurait pu passer inaperçu comme cela est arrivé plusieurs fois et changer le résultat de l'opération.

La statistique de L.-E. Bertrand montre qu'à Toulon, de 1882 à

1889, sur 14 opérations pour abcès du foie par la méthode de Little, il y a eu 6 guérisons et 8 décès. Or, sur les huit décès, cinq ont eu lieu parce que tous les abcès n'avaient pas été ouverts.

Probablement cette malade serait morte du second abcès, tandis qu'aujourd'hui elle est sortie guérie et ayant retrouvé toutes ses forces, malgré la pluralité d'abcès, cause fréquente de décès même dans le cas où l'opération ne produit pas d'accidents.

Traitement des abcès périurétraux de la région périnéale.

—Les abcès périurétraux du périnée constituent une affection pour laquelle une intervention rapide et décisive est nécessaire, et pour cela il est indispensable que le médecin ait une règle de conduite bien précise à suivre quand il se trouve en présence d'un cas semblable. M. le Dr CHOISNET étudie, dans sa thèse, les divers procédés usités par les chirurgiens et conclut en faveur de celui de M. le professeur GUYON, qu'il expose ainsi qu'il suit :

Cette méthode nécessite deux temps opératoires : 1o traitement de l'abcès ; 2o traitement du canal.

1o *Traitement de l'abcès.* — Il faut ouvrir le plus tôt possible et ne pas attendre que la fluctuation soit trop apparente, car plus on ouvre tôt et plus on a de chances d'éviter la fistule ; si l'ouverture est trop tardive, le canal, baignant dans le pus, peut se fissurer s'il ne l'est déjà ; de plus, on s'expose par l'ouverture tardive à une complication encore plus grave que la fistule ; l'infiltration urinaire, la fièvre purulente. Si on voulait différer, on userait de cataplasmes laudanisés et belladonnés avec application d'onguent mercureiel. Mais, nous le répétons, il faut ouvrir le plus tôt possible, car l'incision soulage immédiatement le malade et met un terme à des douleurs souvent très vives ; on pare aussi par l'incision aux accidents graves (sphacèle, infiltration d'urine). De plus, on arrête l'infection et la fièvre tombe dès le soir même. Donc incision de bonne heure, sitôt le diagnostic d'abcès périurétral fait, et ne pas attendre que la fluctuation soit trop évidente. Il suffit de constater l'œdème, la chaleur, la douleur, pour inciser. On peut employer le thermo-cautère ou bistouri.

L'incision doit être large : elle ira de la racine des bourses, jusqu'à 1 centimètre de la marge de l'anus, sera antéro-postérieure et située exactement sur la ligne médiane en suivant le raphé ; sans cela on pourrait avoir beaucoup de sang, ce qui gênerait l'opérateur, car les parties latérales du périnée sont riches en vaisseaux ; on peut même inciser une partie des bourses sans craindre d'attaquer la vaginale, si on reste sur le raphé médian.

Souvent en incisant on ne trouve rien dans les couches superficielles, il faut aller jusque dans la profonde au voisinage de l'urètre pour trouver le pus. Donc il faut traverser l'aponévrose superficielle inclusivement pour trouver le pus qui sépare d'elle les vaisseaux et les organes importants de la région.

L'incision peut avoir une profondeur de 6 à 7 centimètres avant d'atteindre le foyer purulent. Pour faire cette incision, le malade doit être placé dans la position de la taille périnéale, les cuisses également fléchies, la région ayant été au préalable rasée et antiseptisée par les procédés ordinaires. Il faut inciser couches par couches, jusqu'à ce que le pus jaillisse de la plaie, avec ses caractères particuliers, féuidité et liquidité. Sitôt la poche purulente ouverte, on introduit l'index gauche dans la plaie, et on débride avec soin toute les anfractuosités; il faut faire attention de ne laisser aucun cul-de-sac purulent. Si l'incision était insuffisante il ne faudrait pas craindre de la prolonger du côté des bourses en ayant soin de ne pas s'écarter de la ligne médiane. Le point important de cette partie de l'opération est le débridement avec le doigt ou la sonde cannelée de tous les clapiers ou cloisons incomplètes qui pourraient mettre obstacle à la cicatrisation en retenant le pus et en s'opposant à son libre écoulement.

La cicatrisation se fait régulièrement sans drainage à l'aide de mèches iodoformées et d'un pansement à plat pour les abcès périurétraux aigus dans lesquels le canal n'est pas endommagé, ni en communication avec la plaie, et quand celle-ci est régulière et non anfractueuse. Si la cicatrisation se faisait trop vite, c'est-à-dire si les bords de la plaie voulaient se réunir avant que le bourgeonnement de la profondeur ne fût assez avancé, il suffirait de passer de temps en temps le doigt dans la plaie pour retarder un accolement trop rapide des bords de la peau. Sans cette précaution, la cicatrisation se ferait plus vite du côté de la peau que du côté de la profondeur, et c'est le contraire qu'il faut obtenir; autrement, on favoriserait la récurrence et on s'exposerait à un trajet fistuleux persistant.

L'incision étant faite, on lave la plaie d'une façon antiseptique en ayant soin de passer dans toutes les anfractuosités et on place le drain au plafond.

Le drainage qui avait été employé pour la première fois par M. Després, avait un inconvénient qui compliquait le manuel opératoire, c'était de nécessiter une contre-ouverture; M. Guyon modifia cette méthode en fixant le drain au plafond, c'est-à-dire au sommet de la plaie vers la racine de la verge, à l'aide d'un crin de Florence. Ce drain s'oppose à la cicatrisation trop rapide, permet à la plaie de se refermer lentement et rend au périnée sa force et en même temps sa souplesse. Pour fixer un drain au plafond, on prend un crin de Florence que l'on passe à une extrémité du drain et on arme ce crin sur une aiguille de Reverdin. L'indicateur gauche étant placé au sommet de la plaie vers la racine de la verge, on conduit l'aiguille sur lui et on la fait traverser la peau au niveau de la racine. Cette manœuvre est rendue facile par la disposition de l'aponévrose. On retire ensuite l'aiguille en laissant le crin en place; on tire sur le crin de façon à bien ame-

ner le drain au sommet de la plaie. Le malade peut ainsi faire tous les mouvements sans craindre un déplacement. Ce drain qui doit être assez gros, sera changé seulement quand le bourgeonnement sera suffisant pour combler presque toute la plaie ; on le remplacera alors par un autre plus petit.

En certains cas, il est nécessaire de placer deux drains en canons de fusil. Quelques chirurgiens se contentent du large débridement sans drainage, avec pansement à plat, ou mettent un drain sans le fixer au plafond. (M. Bazy.)

Le pansement consiste en applications de gaze iodoformées ou de compresses phéniquées placées entre les lèvres de la plaie. S'il existait une fistule, ne pas s'en inquiéter outre mesure, et veiller à ce que l'urine s'écoule librement, sans qu'il y ait stagnation. La cicatrisation est lente, et il faut quelquefois quatre mois avant qu'elle ne soit complète.

En résumé, incision large et profonde sur la ligne médiane, débridement des anfractuosités, drain laissé en place jusqu'à oblitération presque complète. On a remarqué que les plaies périnéales absorbaient très facilement l'acide phénique. On attribuait, de plus, la cicatrisation lente au mouvement incessant de la région et à l'impossibilité de maintenir le pansement en place.

Traitement du canal.—Doit-on urétrotomiser ou dilater le canal immédiatement après l'ouverture de l'abcès, ou bien attendre quelques jours? Les opinions sont très partagées. Il faut tenir compte surtout de l'état du malade. Si le rétrécissement était facilement dilatable, il faudrait procéder à la dilatation immédiate. Dans le cas contraire, en présence d'un rétrécissement très serré, il faudra attendre que la plaie soit bien bourgeonnante. Cependant, s'il y avait des signes d'infection, des symptômes fébriles, il faudrait faire l'urétrotomie en pleine fièvre. On a remarqué un abaissement de la température quand on procédait de cette façon.

On ne doit pas sonder, recommande M. Guyon, quand on a affaire à un abcès aigu, cette intervention étant inutile et ne changeant en rien la manière d'agir. S'il y avait rétention d'urine, elle cesserait de la façon, que l'urine s'écoulerait directement par l'urètre ou par la plaie ; les mictions deviennent aussi moins douloureuses et moins difficiles. On a constaté qu'après l'ouverture de l'abcès, on introduisait des sondes plus grosses qu'avant l'incision. Avant de procéder à l'urétrotomie, il faut constater que toute trace d'inflammation phlegmoneuse a disparu ; il faut aussi que la plaie soit bourgeonnante. Sans cette précaution on pourrait avoir de la pyohémie par l'inflammation du cylindre spongiovasculaire de l'urètre en communication avec un foyer purulent.

Il n'est pas non plus nécessaire, s'il existe une fistule, de mettre une sonde à demeure dans la vessie, avant de faire l'urétrotomie ; nous savons, en effet, que l'urine peut baigner impunément la plaie, pourvu que son libre écoulement soit assuré. L'urine en

passant sur la plaie ne met aucun obstacle à sa cicatrisation. Quand la cavité de l'abcès est presque comblée par la bourgeonnement, et qu'il ne reste plus qu'un étroit passage qui laisse filtrer un peu d'urine à chaque miction, il faut s'opposer à ce passage qui devient un obstacle pour la cicatrisation complète. On recommande alors au malade de se sonder à chaque miction avec une sonde de Nélaton. Si le rétrécissement était trop serré pour laisser passer la sonde, et si les mictions étaient trop fréquentes, on placerait une sonde à demeure, pendant quelques jours.

Au moins quinze jours après l'incision, quand la plaie est bien bourgeonnante et que toute trace d'inflammation a disparu, on procède à l'urétrotomie ou à la dilatation simple; on passe des sondes tous les deux jours, et de cette façon on obtient une guérison plus rapide. Nous ne donnerons pas ici la description de l'urétrotomie.

Foyers anciens, mêmes indications. On fera toujours l'incision médiane et on placera le drain. Quelquefois cette incision n'est pas suffisante, et il faut ouvrir les prolongements fistuleux à la sonde cannelée, ou cautériser au thermo-cautère les parois de l'abcès mis à nu. On doit faire l'excision de toutes les indurations, de façon à libérer l'urètre et fouiller toutes les anfractuosités de la plaie; si on trouve des trajets fistuleux, il est nécessaire de faire des débridements latéraux. Quelquefois même, quand le canal de l'urètre est trop endommagé, la résection partielle est nécessaire. Quelquefois certaines indurations disparaissent dans les jours qui suivent l'ouverture de l'abcès. S'il restait une petite fistule, elle pourrait guérir par l'urétrotomie; si elle persistait après cette opération, il suffirait d'injecter des substances caustiques pour la voir disparaître. Dans le cas d'une fistule trop considérable, on aurait recours au traitement habituel.—*Journal de Médecine pratique & de chirurgie.*

UN VAGIN TOLÉRANT.—M. Brazzandla rapporte l'étrange observation suivante:

Un mari introduisit violemment, dans le vagin de sa femme, un verre à boire; le fond du verre était au contact du col. Le corps étranger resta dix ans dans cette situation, sans provoquer d'autre inconvénient qu'un abondant écoulement. Au bout de ce temps, la femme réclama l'assistance médicale. Le verre fut d'abord amené dans une situation transversale, puis il fut extrait à l'aide d'un étroit forceps, sans provoquer aucune lésion des parties molles. La muqueuse vaginale présentait en quelques points, de la nécrose superficielle, mais il ne s'était produit aucune perforation, ni du rectum ni de la vessie. La guérison était complète au bout de deux semaines.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Les reflexes utérins.—La question si controversée de réflexes utérins vient d'être mise à l'ordre du jour par une longue discussion qui n'a pas occupé moins de deux séances de la *Société anglaise de gynécologie* (11 et 25 mai 1893). Nous nous bornerons pour aujourd'hui à résumer cette importante discussion, réservant pour un autre travail l'exposé de nos idées personnelles sur ce sujet.

C'est le Dr Macnaughton Jones qui a ouvert le débat par sa communication sur "les réflexes utérins, les lésions à distance et les symptômes éloignés dus à l'irritation utérine."

Macnaughton Jones rappelle l'opinion de ses contradicteurs qui posent en axiome qu'un grand nombre de troubles utérins, élevés au rang de maladies utérines, ne sont que de simples manifestations de la névrose; il reconnaît volontiers qu'on abuse des termes de "névralgie ovarienne," "névralgie utérine," "utérus irritable," sans savoir toujours reconnaître les causes pathologiques de la névralgie ou de l'irritation, soit de l'utérus, soit de l'ovaire, mais il n'en affirme pas moins que les troubles fonctionnels et les lésions de l'appareil utéro-ovarien retentissent plus que les lésions de tout autre viscère sur les autres fonctions et spécialement sur celles du système nerveux. Les femmes supportent du reste d'une façon très diverse les effets d'une lésion locale, si bien que souvent l'intensité de la douleur est en raison inverse de l'importance de la lésion.

Il est fréquent, dit-il de rencontrer de grosses maladies de l'ovaire, de la troupe ou de l'utérus qui s'accompagnent à peine de douleur. C'est le cas habituel pour les fibromes utérins qui ne sont guère douloureux que par les phénomènes de compression produits par le gros volume de la tumeur. La même remarque s'applique aux kystes ovariens et parovariens. En fait, à ne considérer que l'élément douleur, on voit souvent qu'il est plus accentué dans les cas où on ne peut trouver aucune lésion utérine et il est également vrai que la douleur ovarienne et la dysménorrhée sont constamment en rapport avec des altérations peu accusées.

Dans un des cas les plus désespérés de dysménorrhée que l'auteur ait observés et qui guérit complètement après l'ablation des ovaires, on ne trouve qu'un peu de sclérose et de dégénérescence kystique de ces organes. On rencontre au contraire souvent, chez les femmes ayant des méorrhagies et ne se plaignant pour

ainsi dire d'aucune douleur, des hypertrophies de l'ovaire et de l'hydrosalpinx; les affections malignes de l'utérus peuvent évoluer sans que les malades accusent d'autre symptôme que les hémorrhagies; les tumeurs fibreuses et fibro-kystiques peuvent atteindre un gros volume sans qu'il y ait de douleur. C'est, en revanche, un fait d'observation journalière que les troubles locaux et généraux, les douleurs les plus pénibles et les plus continues sont en rapport avec des affections utérines intra-pariétales, les déchirures du col, les érosions et les poussées légères de paramétrite.

Un grand progrès serait réalisé dans le traitement des maladies des femmes si les médecins et les chirurgiens étaient bien convaincus de ce fait que des affections relativement bénignes de l'appareil utéro ovarien sont susceptibles de produire des troubles fonctionnels des organes éloignés, comme le cerveau, les yeux, le nez, le cœur, les viscères abdominaux, etc., jusqu'à ruiner la santé et même jusqu'à produire la folie.

La plupart des phénomènes réflexes qui sont la conséquence des maladies utéro ovariennes s'expliquent par les rapports qui existent entre les nerfs de l'utérus et des ovaires avec les nerfs splanchniques, le plexus hypogastrique et la moelle épinière dans ses régions lombaire et sacrée.

Les relations qui existent entre l'utérus et la glande mammaire, entre l'utérus et le nerf sciatique montrent que l'utérus peut agir à distance sur d'autres organes et sur des troncs nerveux périphériques. Ne sait-on pas que les troubles de la menstruation, par l'intermédiaire du système nerveux, peuvent retentir sur presque tous les organes de la femme ?

La névrite optique et l'irritation de la rétine sont souvent en rapport avec la suppression ou l'irrégularité des menstrues; dans les mêmes conditions, on observe aussi la névralgie des nerfs sus-et sous-orbitaire, de petites secousses épileptiformes des muscles faciaux, des névralgies dentaires, l'aphonie, de la parésie des muscles du larynx, la rhinite hypertrophique, du vertige et des bourdonnements d'oreille, des névralgies et des congestions temporaires des seins. On trouve aussi, comme conséquence des irrégularités menstruelles, des douleurs dorsales et lombaires, des éruptions herpétiques de la peau, des irrégularités fonctionnelles du système cardiaque, de la gastralgie et des nausées, de petites attaques d'ictère, de l'atonie ou de l'irritabilité de l'intestin, de l'irritation de la vessie, une plus grande fréquence des mictions, diverses variétés du mal de tête et des hémicrânes très pénibles. Ces symptômes s'expliquent par des actions vaso dilatatrices ou vaso constrictives en rapport avec l'arrêt ou l'inachèvement d'un processus physiologique.

Si la simple perturbation d'une fonction physiologique peut avoir de telles conséquences, ne devons-nous pas nous attendre à

constater des troubles plus accentués encore lorsqu'il existe une lésion palpable de l'utérus ou des annexes? C'est en effet ce que la pratique permet de vérifier chaque jour.

Dans les désordres prolongés de l'utérus (hypertrophie, dépôts hyperplastiques, processus de sclérose), dans ces états pathologiques déterminés par les déchirures du col, dans les érosions profondes, dans les versions ou flexions non soignées, dans les déplacements et les distensions tubaires, dans les affections chroniques des ovaires, nous observons non seulement les réflexes énumérés plus haut, mais encore des changements pathologiques plus graves et des troubles fonctionnels plus sérieux. Nous observons cette exagération des réflexes morbides du côté de l'œil sous forme de thrombose ou d'embolie, comme les infarctus de la rétine et les extravasations avec leurs conséquences : atrophie et perte partielle ou complète de la vision ; du côté du nez, sous forme d'épistaxis, de catarrhe nasal, de perversion de l'odorat ; du côté de l'oreille, sous forme d'apoplexie labyrinthique, avec tous les symptômes caractéristiques du vertige de Ménière ; du côté du cerveau, sous forme d'hallucinations, d'illusions, de trouble plus ou moins grave des facultés mentales ; du côté des centres nerveux, sous forme d'aggravation de l'hystérie, de l'hystéro-épilepsie et de l'épilepsie ; du côté de la peau, sous forme de prurit et d'herpès ou sous forme d'acné et d'eczéma. L'apparition de l'alopecie nerveuse, l'aggravation périodique des maladies cutanées, comme le psoriasis et le lupus érythémateux sont des résultats fréquents des désordres menstruels. Du côté du cœur, des irrégularités qui conduisent souvent à une hypertrophie permanente ou des syncopes par abaissement de la tension sanguine ne sont pas un phénomène rarement observé.

Pour l'estomac, nous trouvons l'irritation gastrique avec la possibilité de troubles congestifs qui mènent peut-être jusqu'à l'ulcère de l'estomac. Il y a des atonies intestinales qui tendent d'une part à la constipation et d'autre part à la diarrhée. Les désordres sexuels et périmétriques entraînent fréquemment de la congestion du rectum, compliquée d'hémorroïdes. Les rapports entre les affections utérines et rectales sont si bien connues qu'en beaucoup de cas, on reconnaît la nécessité de n'opérer le rectum qu'après avoir guéri l'utérus.

Il est cruel de se contenter de dire à une femme qu'elle est "nerveuse," "hystérique" ou "hypochondriaque" alors qu'elle souffre d'une affection pelvienne qui accentue ou aggrave les conséquences ordinaires de son état névropathique, et il est plus qu'injuste de négliger d'une façon délibérée l'influence que peut exercer une lésion locale sur son système nerveux central.

Macnaughton Jones termine sa communication par une statistique de 270 cas divers de réflexes utérins. Malgré l'intérêt des tableaux présentés par l'auteur, nous croyons inutile de repro-

duire, pour ne pas allonger trop cette Revue, la plupart des réflexes observés ayant été déjà énumérés dans l'analyse qui précède.

Nous donnerons, dans notre prochain n^o, l'analyse de la discussion qui a suivi la communication de Macnaughton Jones.

L'accouchement Méthodique Rapide pendant l'Agonie ou Post Mortem.—C'est une question bien délicate que celle de l'accouchement *post mortem*; opération césarienne ou accouchement par les voies naturelles.

Cette pratique a des côtés religieux qu'aucun praticien n'a le droit de méconnaître et soulève en même temps des points de responsabilité dont certains médecins peuvent être victimes.

M. le professeur Tarnier a consacré une intéressante clinique, recueillie par la *Gazette Médicale de Paris* que nous résumons brièvement, à l'étude de l'accouchement provoqué chez les femmes agonisantes ou récemment mortes.

Combien de temps peut vivre un enfant après la mort de sa mère? La survie dépend de la cause de la mort. Dans une mort accidentelle, le fœtus ne subit pas toujours le sort de la mère. Grâce à la petite provision d'oxygène du sang fœtal, l'enfant peut survivre quelque temps à sa mère. Ce temps peut varier, suivant les observations contrôlées, de quelques minutes à quelques heures. Pour Dépaül, ce temps ne dépasserait pas 20 ou 30 minutes. Il n'y a rien de précis. Le professeur Tarnier rapporte le fait d'une femme enceinte de 8 mois, qui prise en écharpe par un train, est tuée net. Il était 6 heures du soir. Un médecin appelé fit, à 8 heures du soir, l'opération césarienne et retira un enfant vivant.

L'opération césarienne *post mortem* est donc une opération bien légitime. Mais il y a des surprises dramatiques: c'est une femme qui sort de léthargie sous le couteau de l'opérateur; c'est une femme qui se ranime au moment de l'extraction de l'enfant. Le docteur Rizzoli, de Bologne, n'a-t-il pas été accusé d'avoir, si pas tué, au moins précipité le décès d'une femme à laquelle il avait ainsi pratiqué l'opération césarienne? Heureusement l'expertise médico-légale prouva la mort par rupture d'un anévrysme; mais les faits ne seront pas toujours aussi faciles à établir devant une accusation intéressée, portée de mauvaise foi.

C'est qu'il faut que la mort soit bien établie et pendant qu'on recherche les signes certains de la mort, le malheureux fœtus passe de vie à trépas. Aussi s'est-on demandé si on pouvait extraire les enfants par la voie génitale.

Schonck, en 1663, proposait déjà ce moyen.

Rigaudeau, de Douai, en 1745, appelé auprès d'une femme qu'il jugea morte, ayant trouvé une dilatation presque complète du col, fit l'accouchement par les voies naturelles et fut assez heureux pour amener un enfant qui vécut.

L'opération césarienne *post mortem* pouvant causer beaucoup d'ennuis aux opérateurs, hors les cas bien évidents et patents de mort, Rizzoli a publié après son procès et en se basant sur le fait de Rigaudeau, un mémoire concluant formellement à l'accouchement par la voie génitale. Ce qui donne un appui considérable à son opinion, c'est que, dans l'accouchement par la voie génitale on peut opérer avant la mort, et que certaines femmes peuvent parfois, dans cette opération, ressusciter et avec moins de dommages que par l'opération césarienne. Pellegrini a fait avec succès deux accouchements de ce genre et depuis lui, les observations se sont multipliées. On compte actuellement 19 cas dans lesquels on a obtenu 17 enfants vivants.

Voici les conseils donnés par Tarnier pour conserver toutes les chances de succès :

La première chose à faire est de bien fixer le globe utérin ; car vous allez exercer une pression de bas en haut pour dilater le col, et, sans cette précaution, le vagin s'allongera et vous risquerez, en continuant vos efforts, de le déchirer. Pour dilater le col, vous procéderez patiemment en introduisant d'abord un doigt, puis deux, puis trois, etc. Il faut environ un quart d'heure, une demi-heure pour obtenir la dilation complète. Vous ne pourriez agir ainsi chez une femme bien portante sans occasionner de graves dommages ; mais à l'agonie, il y a un relâchement des fibres musculaires du col utérin comme de tous les sphincters. Dans certains cas, la résistance du col ne permettra pas aux doigts de pénétrer. Hyernaux se sert alors d'une longue pince à pansement, dont il écarte les mors ; on peut utiliser aussi mon dilateur, qui est plus facile à manier que les pinces. Enfin Heymann a proposé, dans le cas où ces moyens échoueraient, de faire des incisions sur le col. Ces incisions ont été pratiquées plusieurs fois par le Dr Rosario Vitanza qui a obtenu de très beaux résultats, en pratiquant l'accouchement *forcé*, avec ou sans incisions.

Voilà la dilation obtenue ; comment va-t-on extraire l'enfant ? par le forceps ou par la version ? Dans plusieurs cas, j'ai appliqué le forceps ; mais, en somme, il est plus favorable de faire, si possible, la version ; car l'application du forceps est fort difficile, parce que les *partes fœtales* sont élevées. L'accouchement est, d'ailleurs, plus ou moins faciles, suivant que le col est plus ou moins long ou dilaté.

Alors même que le col n'est pas dilaté chez une femme à l'agonie, il faut donc faire l'accouchement forcé : mais cette dénomination ayant été adoptée, en obstétrique, pour un mode d'accouchement fort discrédité, il vaut mieux l'appeler *accouchement méthodiquement rapide*.

PEDIATRIE.

Traitement de la scarlatine et de ses complications.—Un des pédiatres les plus sagaces, M. JACOBI, a exposé devant l'Académie de médecine de New York ses idées sur le traitement de la scarlatine et de ses complications. Cette communication fort intéressante mérite d'être reproduite *in extenso*.

D'après M. Jacobi, dans la scarlatine légère, les mesures hygiéniques sont le point essentiel du traitement. La chambre du malade sera maintenue à une température constante tout en étant bien aérée. Le régime alimentaire devra être léger. On administrera le calomel pour prévenir l'auto-intoxication et on pratiquera sur la peau des onctions avec des substances grasses. Le malade gardera longtemps le lit pour éviter autant que possible les complications rénales qui peuvent si facilement survenir sous l'influence du moindre froid, même dans les cas les plus légers de scarlatine.

L'emploi des moyens modérateurs de la fièvre est souvent nécessaire, car il arrive qu'une température (même peu élevée, est mal supportée, surtout à la période initiale de l'affection. Dans ces cas, le bain chaud ou des doses modérées d'alcoolature d'aconit peuvent rendre des services. Quant aux médicaments antipyrétiques proprement dits, tels que l'antipyrine, l'acétanilide et la phénacétine, on fera bien de s'en abstenir. De temps à autre, on pratiquera des lotions sur toute la surface du corps au moyen d'une éponge imbibée d'un mélange d'alcool et d'eau. C'est là un excellent moyen contre l'hyperthermie. M. Jacobi rejette l'emploi de la quinine, attendu que ce médicament provoque facilement des troubles gastriques.

Dans les cas graves de scarlatine, on commet souvent, d'après l'orateur, la faute de ne pas recourir à des médications assez énergiques. La complication principale dans les cas de ce genre est l'affection pharyngienne. L'angine scarlatineuse ne doit pas être traitée par des applications médicamenteuses locales qui déterminent si facilement des lésions de l'épithélium malade, mais simplement au moyen d'injections nasales, de solutions faibles d'acide borique ou de sublimé. Les abcès ou phlegmons d'origine ganglionnaire qui se forment parfois dans le cours de la scarlatine exigent une incision précoce, suivi de curage, afin d'enlever autant qu'on peut, tous les tissus mortifiés. La cavité de l'abcès est tamponnée ensuite avec la gaze salicylée. La tarlatane

iodoformée ne doit pas être employée à cause de la possibilité de l'absorption de l'iodoforme et de l'intoxication par cette substance. La gaze phéniquée ne convient pas non plus parce qu'elle produit la coagulation des liquides organiques avec lesquels elle est en contact. L'incision des abcès scarlatineux ne doit pas être pratiquée sous le chloroforme, le malade étant généralement trop affaibli pour pouvoir tolérer cet anesthésique.

L'otite moyenne est une complication importante de la scarlatine qu'on peut éviter en traitant l'affection pharyngienne au moyen d'injections nasales. Les complications articulaires de la scarlatine (rhumatisme scarlatineux) sont justiciables du salicylate de soude. Le bruit de souffle cardiaque perçu au cours de la scarlatine est souvent attribué à une endocardite. D'après M. Jacobi il serait d'origine myocardique et se produirait par suite de la dégénérescence des fibres musculaires du cœur sous l'influence de la fièvre. Dans le traitement de cette complication cardiaque, l'orateur conseille de s'abstenir de l'emploi de la digitale et de se borner à l'usage de l'opium et aux applications de glace sur la région du cœur.

Pour combattre certains symptômes nerveux, on pourra recourir à la phénacétine, si le bain chaud ou les enveloppements chauds se montrent insuffisants. La chorée post-scarlatineuse, due à une embolie cérébrale ou à l'anémie, sera traitée symptomatiquement ou bien suivant les indications causales. La méningite serait toujours une conséquence de la complication pharyngienne, ce qui montre à nouveau combien il est important de bien soigner cette dernière affection. Les troubles moteurs post-scarlatineux seront traités par le repos physique et intellectuel.

Rien ne devra être négligé pour éviter la production de la néphrite. Si cette complication survient, l'enfant gardera le lit, prendra un bain chaud tous les matins et il lui sera interdit de sortir de sa chambre jusqu'à ce que les symptômes morbides se soient complètement dissipés. Dans le traitement de la néphrite, le calomel rend aussi des services en exerçant une action favorable à la fois sur l'intestin et sur les reins. Les cas les plus malins de néphrite scarlatineuse sont ceux où il n'y a pas d'anasarque car alors il existe, à la place de celle-ci, de l'œdème du cerveau.

Contre les convulsions urémiques, l'orateur administre le chloroforme ou bien la morphine, cette dernière toujours associée à l'atropine ou à l'hyoscyamine. La pilocarpine et la trinitrine peuvent être également utiles, mais doivent être données avec précaution. L'emploi de la digitale doit être rejeté.

Enfin, le meilleur traitement de la néphrite chronique consiste, pour M. Jacobi, dans l'usage interne de l'iodure de potassium et du sublimé, qu'on administre alternativement.—*Tribune Médicale.*

L'athrepsie infantile.—Chaque année, dès que la température devient plus élevée, on voit apparaître sur les statistiques de décès un chiffre relativement élevé de morts par athrepsie. Est-ce à dire qu'il n'y en ait pas en tout temps? Certainement non: mais les troubles digestifs prédominent pendant la saison chaude parce que la salubrité de l'alimentation des nouveau-nés devient plus difficile et plus rare, et nombre d'enfants y succombent.

Beaucoup de médecins ont pris l'habitude d'étiqueter ces troubles graves, *athrepsie*, et c'est pour cela que le chiffre paraît fortement grossi. En fait, nous croyons que ce mot "*athrepsie*", créé par Pariot, est généralement mal appliqué et qu'on manque beaucoup de précision dans la généralité des diagnostics infantiles.

Il y a assurément de grandes difficultés à bien préciser le siège et la nature d'une maladie chez le tout petit enfant; c'est une raison pour étudier la question d'un peu près et pour chercher une classification moins vague et plus clinique.

I.—TABLEAU CLINIQUE. — *Athrepsie* signifie défaut d'assimilation, et non inanition; la plupart des enfants athrepsiques sont des enfants qui prennent trop de nourriture et qui, pour cette raison, ne peuvent s'assimiler les principes nutritifs utiles; il en faut donc jamais traduire aux parents qui demandent l'explication de l'expression "cet enfant est athrepsique" par cette phrase erronée et dangereuse: "cet enfant meurt de faim"; il faut dire: "Cet enfant ne digère pas bien, et a une alimentation trop forte." Ces mots expressifs frapperont l'esprit des parents dans un sens salutaire à l'enfant.

Ceci dit, exposons, aussi brièvement que possible, le tableau clinique de l'athrepsie: L'enfant athrepsique a généralement l'aspect d'un petit vieillard; la face ridée, amaigrie, le front plissé, le nez effilé, les joues creuses, laissant voir les saillies osseuses, le teint pâle, jaunâtre, subictérique; le crâne est décharné, les fontanelles, les saillies et dépressions des pariétaux et de l'occipital sont toutes dessinées sous la peau amincie et ratatinée; les yeux sont voilés et caves; la bouche toujours enflammée, les muqueuses labiale et buccale rouges, de coloration vineuse; souvent on remarque du muguet ou des aphthes sur la langue et aux gencives. Le thorax est décharné, ainsi que les membres supérieurs et inférieurs; partout on ne voit que la peau et les os, tout le squelette est apparent, côtes, clavicules, humérus, fémurs, etc.; partout cette même peau ridée, parcheminée, qui fait mal à voir. Les épaules, les fesses sont creuses; il n'y a plus un muscle qui donne aux membres la forme normale. On n'ose toucher à ce frêle squelette, tant il paraît fragile. Le ventre est souvent ridé comme le reste, plat, rétracté; d'autres fois aussi, il est ballonné, tympanisé, recouvert de veinosités très développées, comme un ventre de cirrhose atrophiques avec ascite; la peau est plucheuse, desquamée et de coloration terreuse. Aux fesses, fréquemment on

trouve de petites écorchures ou crevasses, mais plus souvent encore aux *talons*.

Les solles sont diarrhéiques ou constipées, jamais d'un jaune d'or de bon aloi, mais gris verdâtre avec des grains blancs de lait non digéré.

La voix est généralement affaiblie et cassée, car l'enfant pousse des cris continuels. Il ne dort pas la nuit et a de fréquentes convulsions.

D'après ce court tableau, on voit facilement que bien des affections infantiles peuvent être prises pour l'athrepsie, en premier lieu la tuberculose, en second lieu, les dyspepsies simples par dilatation stomacale, les gastrites par intoxication alimentaire, les entérites, les adénopathies mésentériques, les hépatites, le rachitisme et la syphilis. C'est le diagnostic de ces différentes affections qu'il importe de faire pour instituer un traitement rationnel.

II. — DIAGNOSTIC. — La tuberculose ressemble fréquemment à l'athrepsie, quand on n'y regarde pas de très près, et c'est ainsi que de nombreux cas de tuberculose infantile sont restés méconnus avant les travaux de Landouzy et de ses élèves. La tuberculose produit, elle aussi, une sorte d'athrepsie, mais d'un genre différent et malheureusement peu modifiable par le régime et les médicaments. C'est un caractère fort important de la tuberculose que de résister à toute médication ; mais, de plus, il y a ce qui a été appelé la polymicroadénite tuberculeuse qui fait rarement défaut ; les aisselles, les aines et le cou (régions sternomastoïdiennes) sont le siège de polyadénites, qui sont fort nettement appréciables quoique peu volumineuses. Bien entendu, les suppurations auriculaires, oculo-palpébrales, de nature scrofulo-tuberculeuses, les gommes tuberculeuses des fesses, des jambes, du dos, de la tête, sont de nature à permettre d'établir un diagnostic plus ferme. Nous ne parlons pas des signes stéthoscopiques pulmonaires que nous considérons comme sans valeur. La thermométrie a une tout autre importance ; tout d'abord, la thermométrie générale indique une élévation vespérale marquée ; la thermométrie locale a ici plus de précision encore que chez l'adulte, mais il faut avoir la patience de la rechercher. Il est rare que les deux côtés de la poitrine soient à la même température chez les enfants tuberculeux.

La dyspepsie par dilatation stomacale en impose très fréquemment pour l'athrepsie. Cela vient de ce que la délimitation n'est pas faite entre ces deux maladies. L'athrepsie est un manque d'assimilation dû aussi bien à l'apepsie et à la dyspepsie qu'à la débilité, à l'insuffisance assimilatrice de chaque cellule en particulier. L'athrepsie est comme la fatigue, le surmenage de la terre trop cultivée, trop surchargée d'aliments et ne pouvant plus suffire à la sève des plantes qu'on y veut faire pousser. L'athrepsie

sie n'est pas congénitale; c'est l'usure précoce de la puissance vitale des cellules de tout l'organisme (*morbus totius substantiæ*). Toute dyspepsie prolongée, chronique, mène à l'athrepsie l'enfant nouveau-né; mais il ne faut pas confondre l'effet et la cause. La dyspepsie est moins grave, moins irrémédiable que l'athrepsie, et bien que le tableau auquel elle aboutit ressemble beaucoup à celui de l'athrepsie, il ne faut pas se hâter de se prononcer pour le plus grave. Avant donc d'être athrepsique, l'enfant est dyspeptique. La muqueuse s'enflamme, les glandes continuellement actives s'épuisent, se dessèchent, acide et pepsine disparaissent. L'estomac garde le lait à moitié digéré, l'absorption ne se fait plus, des fermentations se font, les gaz et les liquides distendent la poche, l'enfant crie et, pour le calmer, on lui entonne une nouvelle provision de lait qui élargit encore l'estomac, sans se laisser digérer davantage, et ainsi de suite. Au début l'enfant vomissait le trop plein; maintenant il le garde, ce qui ne signifie pas que cela lui profite; bien au contraire: son estomac est dilaté. Les toxines, l'empoisonnement, lui donnent la diarrhée; rapidement l'enfant s'amaigrit et devient comme un petit squelette. Est-il athrepsique? Non. Palpez son ventre lentement, doucement; perceutez-le, vous le trouverez tympanisé, douloureux à la pression, un clapotage ombilical vous indiquera que l'estomac est dilaté et rempli de gaz et de liquide. Massez-le, pétrissez-le plus fort, l'enfant fera des efforts de vomissement. Quelquefois, le caillot stomacal est tellement dense qu'à la percussion, on trouve la région de l'estomac mate au lieu d'être sonore. L'amaigrissement n'est pas si profond que dans l'athrepsie. Un régime approprié du reste permet à l'estomac de se débarrasser de cet encombrement et l'état général redevint rapidement meilleur. Donc, dans l'athrepsie ce qu'il y a de caractéristique, c'est l'aspect de vieillard et en même temps la persistance de cet aspect.

Les gastrites par intoxication alimentaire comme les entérites sont de nature aiguë et ne peuvent être confondues avec l'athrepsie que dans le cas où l'on voit l'enfant pour la première fois, et que l'on n'a pas de commémoratifs. La brusquerie et la gravité de ces empoisonnements par toxines et ptomaines alimentaires sont bien différentes de l'athrepsie. L'enfant a des vomissements, de la diarrhée, ses traits s'effilent, s'amincissent, les yeux se voilent, s'excavent, le ventre s'affaisse, les pieds se refroidissent, la peau se cyanose ou se couvre d'érythèmes; en un mot, ce sont les signes de la gastro-entérite cholériforme: rien de commun donc avec l'athrepsie, maladie de langueur des cellules, maladie de ralentissement de la nutrition de tous les organes.

Le carreau ou adénite mésentérique tuberculeuse généralisée est souvent confondue par les parents plus que par le médecin avec la dilatation stomacale et tympanisme du dyspeptique. Le diagnostic est facile avec l'athrepsie, par l'aspect même de l'en-

fant, qui est chétif, mais non ridé, non ratatiné comme le petit athrepsique. Le ventre est gros, dur en certains points, mat à la percussion, et très souvent douloureux. De plus, il y a généralement de la polymicroadénite inguinale. La péritonite tuberculeuse avec ascite est à peu près semblable; il y a, de plus, du liquide dans le péritoine.

Les hépatites infantiles sont assez fréquentes et personne n'ignore combien de nouveau-nés meurent d'ictère grave. Donc, généralement, quand il y a hépatite, il y a ictère; l'ictère n'est pas un signe d'athrepsie, il est généralement infectieux ou toxémique. Il est cependant des cas d'athrepsie qui se terminent par ictère grave mortel.

Le rachitisme diffère de l'athrepsie d'abord par l'âge de l'enfant: l'athrepsie, se montrant habituellement avant deux ans, le rachitisme au contraire est plus fréquent après deux ans; toutefois, il y a des cas exceptionnels et l'un peut être pris pour l'autre. Cependant, le rachitisme s'accompagne de déformations osseuses, le plus souvent épiphysaires, qui ne se voient point dans l'athrepsie; la carène thoracique et le ventre de batracien, les fémurs arqués, les tibias contournés, la tête asymétrique et volumineuse, ne se trouvent pas dans l'athrepsie, l'air vieillot du rachitique n'est pas l'air ridé de l'athrepsique; vieillot et vieillard ne sont pas synonymes; car l'air vieillot s'applique aux traits de la face qui paraissent être ceux d'un enfant de 10 à 12 ans, et non pas d'un vieillard de 80 ans comme c'est le cas dans l'athrepsie.

La syphilis, enfin, peut donner au nouveau né un aspect débile qui fait penser à l'athrepsie: le plus souvent, les éruptions péri-buccales et périanales, le teint cireux ou plombé des téguments, le pemphigus des extrémités, le coryza chronique et les rides labiales mettent facilement sur la voie du diagnostic. Tous les cas ne sont cependant pas aussi typiques. Mais ce qu'il y a de caractéristique, c'est, d'une part, le mode de début de l'athrepsie, qui n'est pas aussi précoce que celui de la syphilis héréditaire, et, d'autre, part la coloration jaunâtre pâle des téguments du syphilitique qui est cachectique, mais non ridé comme l'athrepsique.

III.—TRAITEMENT.—L'athrepsie étant reconnue, et sa vraie cause à peu près entrevue, que reste-t-il à faire pour la combattre? 1^o Il y a eu surmenage, puis épuisement consécutif: il faut donc donner une alimentation légère et facilement digestible. Le lait peut être trop riche en matériaux azotés et par suite funeste à l'enfant. Le premier point sera donc de changer la nourrice de l'enfant. Les tétées seront absolument régulières, et espacées, au début, de 2½ ou 3 heures. Pendant 10 à 15 minutes, l'enfant sera laissé au sein. On lui lavera attentivement la bouche avec de l'eau de chaux ou de l'eau de Vichy. Si, malheureusement, on ne peut donner une nourrice, on comptera moins sur de bons résul-

tats. On s'adressera au lait d'ânesse pur, si cela est possible ; on enverra l'enfant à la campagne et avec d'infinies précautions on lui donnera du lait non bouilli coupé de moitié eau bouillie sucré et additionné d'une ou deux cuillerées à café d'eau minérales alcaline. En tout cas, jamais de bouillies, de panades, de biscottes, de farines lactées à un enfant athrepsique. 2° Il y a ralentissement de la nutrition, et probablement absence de ferments digestifs passagers.

Dans ce but, il est nécessaire d'associer des toniques stimulants à l'alimentation lactée exclusive, toniques *intus et extra*.

Dans le premier ordre d'idées, on donnera l'alcool sous forme de liqueur d'Hoffman, de potion de Todd, de teinture de quinquina ou d'écorce d'orange, mélangé ou non au lait du biberon ou avant chaque tétée au sein. Quand nous parlons de biberon, nous n'admettons plus que le petit flacon de verre muni à son goulot d'une tétine large en caoutchouc rouge ayant la forme d'un petit chapeau et pouvant se retourner comme un doigt de gant pour le nettoyage. Nous donnons 1 cuill. à café de potion de Todd, quatre fois par jour ou bien cinq gouttes de teinture d'Hoffman, de quinquina, etc., matin et soir, pendant quatre ou cinq jours, dans le lait. On suspend les médicaments pendant quelques jours, puis on reprend si l'on n'a remarqué aucune amélioration.

En ce qui concerne les toniques extérieurs, nous donnons tous les jours un bain sinapisé, d'une durée de 2 minutes, puis nous le faisons suivre de frictions et de massages à l'eau de Cologne ou de lavande. Les pieds et les jambes sont peints de vaseline boriquée et enveloppés d'ouate, on recouvre l'ouate de taffetas gommé, et cet appareil extérieur de réchauffement est renouvelé 5 ou 6 fois par jour, afin d'éviter son imbibition par l'urine et les fèces.

Bien souvent une bonne nourrice suffit, ce qu'il est aisé de voir au bout de quelques jours ; toutefois, même avec une nourrice, quelques excitants internes et externes sont d'utiles adjuvants.

Quant au lait stérilisé, nous n'en avons pas parlé, pour la simple raison qu'il ne nous paraît pas indiqué dans l'athrepsie. Autant ce lait est excellent dans les gastro-entérites par intoxications alimentaires, autant il est défectueux dans l'athrepsie ; il est épais, grumeloteux, difficile à digérer. Mais s'il n'est pas bon de donner du lait stérilisé, il ne s'en suit pas qu'il ne faille pas seigner la qualité du lait ; le lait frais, non bouilli, provenant de vaches bien saines, est le seul aliment idéal que ne remplaceront jamais tous les laits stérilisés du commerce.—DR PAUL HUGUENIN in *Concours Médical*.

FORMULAIRE.

Palpitations du cœur des neurasthéniques.—*Zerner.*

P.—Pyrophosphate de fer.....	} ââ	54 grains.
Bromure de zinc.....		
Teinture de digitale.....		$\frac{1}{2}$ once fl.
Ergotine.....		3 drachmes
Sirop de fleurs d'oranger.....		6 drachmes fl.
Eau distillée.....		$3\frac{3}{8}$ onces fl.

M.—*Dose* : De une à trois cuillerées à thé par jour.—*American Medical and Surgical Bulletin.*

Tonique du cœur.—*E. C. Mann.*

P.—Muriate de caféine.....	$1\frac{1}{2}$ drachme.
Sulfate de strychnine.....	1 grain.
Extrait de belladone.....	$1\frac{1}{2}$ “
Extrait de bile de bœuf.....	1 drachme.
Extrait de coloquinte composé.....	30 grains.
Extrait d'aloès.....	30 “
Extrait de taraxacum.....	45 “

M.—Diviser en 30 pilules. *Dose* : Une pilule trois fois par jour.—*Physician and Surgeon.*

Toux irritable.

P.—Acide hydrocyanique dilué.....	$1\frac{1}{2}$ drachme fl.
Acétate de morphine.....	$1\frac{1}{2}$ grain.
Mucilage d'acacia.....	1 once.
Sirop de prunier de Virginie.....	4 onces.
Eau.....	q. s. pour faire 6 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé, à répéter toutes les quatre ou six heures.—*Practitioner.*

Pharyngite douloureuse.

P.—Sulfate de morphine.....	4 grains.
Acide phénique.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
Tannin.....	$\frac{1}{2}$ “
Glycérine.....	4 drachmes fl.
Eau.....	4 “ “

M.—En badigeonnage sur l'arrière gorge, deux ou trois fois par jour.—*England Medical Press.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, MAI 1894.

BULLETIN.

L'exercice de la médecine aux Etats-Unis

Le *Journal of the American Medical Association* du 10 mars 1894, publie un article des plus importants, concernant les dispositions de la loi au sujet de la pratique de la médecine aux Etats-Unis.

Les jeunes médecins qui ont l'intention d'aller pratiquer chez nos voisins feront bien de prendre connaissance de ce que nous reproduisons ici.

Dans l'*Alabama*, les diplômés ne confèrent pas le droit de pratiquer. On donne un certificat au porteur du diplôme à condition qu'il subisse un bon examen devant le Bureau des examinateurs en médecine (*Board of medical examiners*).

Dans l'*Arizona*, on exige l'enregistrement, chez un greffier de comté (*County Recorder*), d'un diplôme émis régulièrement par un Collège de médecine légalement organisé par les lois de l'Etat où le dit Collège est situé.

Dans l'*Arkansas*, les diplômés ne donnent pas le droit de pratiquer. Il faut un certificat d'examen subi avec succès devant le Bureau des examinateurs en médecine de l'Etat.

En *Californie*, un certificat est émis sur présentation du diplôme d'un collège de bonne réputation (*good standing*), ou après un examen subi avec succès devant un Bureau d'examineurs en médecine, qu'il soit régulier, homéopathique, ou éclectique.

Au *Colorado*, mêmes dispositions qu'en Californie, sauf le fait qu'il n'y a qu'un seul Bureau d'examineurs en médecine.

Dans le *Connecticut*, on accorde un certificat d'enregistrement du diplôme d'un Collège " reconnu avoir une bonne réputation par une des Associations médicales de l'Etat ", qu'il soit régulier, homéopathique, ou éclectique. Ou encore un certificat d'examen satisfaisant subi devant un comité choisi dans ce but, par le Bureau de Santé de l'Etat (*State board of Health*).

Delaware.—On accorde un certificat basé sur l'enregistrement d'un diplôme d'un *Collège médical honorable* ou encore sur un examen complet et impartial devant le Bureau des examinateurs en médecine de l'Etat.

District de Columbia.—Nominalemeut; la présentation d'un diplôme, ou un examen devant un comité de la Société médicale du District. Pratiquement: on n'exige rien du tout.

En *Floride*, les diplômes ne donnent pas le droit de pratiquer. On exige un examen satisfaisant devant le Bureau des examinateurs en médecine de l'Etat ou d'un district.

Georgie.—On exige l'enregistrement d'un diplôme de tout "Collège médical incorporé, Ecole de médecine ou Université." Les greffiers des Cours Supérieures sont les seuls juges de la valeur du diplôme comme preuve de compétence à l'exercice de la médecine.

Idaho.—Enregistrement d'un diplôme au siège d'un comté.

Illinois.—On exige un certificat émané par le Bureau de Santé de l'Etat sur le diplôme d'une institution médicale de bon aloi, possédant une charte légale, tel que déterminé par le Bureau, ou après un examen satisfaisant subi devant le Bureau.

Indiana.—Enregistrement, dans le bureau d'un greffier de comté, d'un diplôme de tout Collège médical de bonne réputation.

Territoire indien.—*a*: Nation Cherokee: Examen par le Bureau des examinateurs en médecine.—*b*: Nation Choctaw: Produire un certificat basé sur un diplôme ou sur un examen subi devant le Bureau des examinateurs en médecine.—*c*: Nation Creek: Paiement de \$25 par année à titre d'honoraires de licence.

Iowa.—Mêmes conditions que dans l'Illinois.

Kansas.—Enregistrement d'un diplôme émané par "une respectable Ecole de médecine" ou d'un certificat de qualification émané par une Société médicale d'Etat ou de Comté.

Au *Kentucky*, on accorde un certificat du *State Board of Health*, émis sur présentation du diplôme d'un Collège de médecine de bonne réputation et ayant une charte légale.

En *Louisiane*, on demande l'enregistrement d'un diplôme "de toute institution médicale respectable et honorable", après avoir été endossé par le *State Board of Health*.

Dans l'Etat du *Maine*, on n'exige rien de légal. En 1887, un acte tendant à régulariser la pratique de la médecine fut adopté par la Législature, mais le Gouverneur y mit son veto.

Au *Maryland*, les diplômes ne donnent pas le droit de pratiquer. On accorde un certificat émané après un examen satisfaisant subi devant le Bureau d'examineurs en médecine de l'Etat.

Massachusetts.—Aucune exigence légale.

Minnesota.—Mêmes conditions que dans le Maryland.

Mississippi.—Mêmes conditions que dans le Maryland, à l'exception que l'examen a lieu devant le *State Board of Health* et que le certificat est émis par le même Bureau.

Missouri.—Mêmes conditions que dans l'Illinois.

Montana.—Dix ans de pratique ; un certificat d'un diplôme émis par un Collège de bon aloi (*in good-standing*), ou encore un examen à subir devant le Bureau des examinateurs en médecine de l'Etat.

Nebraska.—Le *Board of Health* exige un certificat, émis par lui-même, sur production du diplôme " d'une Ecole ou Collège de médecine ayant un charte légale et ayant une bonne réputation ", tel que défini dans la section 8 de l'acte de juillet 1891.

Dans le *Nevada*, il suffit de l'enregistrement d'un diplôme d'une Ecole de médecine possédant une charte.

New-Hampshire.—Aucune exigence légale.

Dans le *New-Jersey*, tout comme dans le Maryland, les diplômes ne confèrent pas le droit de pratiquer. Il faut obtenir une licence en subissant un examen satisfaisant devant le Bureau des examinateurs en médecine.

Dans le territoire de *New Mexico*, on donne un certificat sur production d'un diplôme d'une institution de bon aloi et possédant une charte légale ; on peut encore subir un examen devant le Bureau des examinateurs en médecine.

Dans l'Etat de *New York*, les diplômes ne confèrent pas le droit de pratiquer. Une licence est accordée à la suite d'un examen subi avec succès devant un des Bureaux d'Etat des examinateurs en médecine (*State Board of Medical Examiners*), qu'ils soient réguliers, homéopathiques ou éclectiques.

De même que dans *New-York*, le Maryland et le *New-Jersey*, les diplômes ne confèrent pas le droit de pratiquer dans la *Caroline du Nord* et dans le *North Dakota*. Dans ces deux états, on accorde une licence à la suite d'un examen jugé satisfaisant par le Bureau des examinateurs en médecine de l'Etat.

Dans l'*Ohio*, on accepte le diplôme d'une Ecole respectable de médecine, ou un certificat de qualification d'une Société médicale d'Etat ou de Comté.

Dans le territoire d'*Oklahoma*, le surintendant de la Santé publique accorde une licence sur présentation d'un diplôme ou après un examen.

Dans l'*Orégon*, un certificat est accordé sur présentation d'un diplôme émané par un Collège bien qualifié, ou encore après un examen subi devant le Bureau des examinateurs en médecine.

Depuis le 1er mars 1894, les diplômes ne confèrent aucun droit de pratiquer dans l'Etat de *Pennsylvanie*. Une licence est accordée à la suite d'un examen satisfaisant subi devant un des Bureaux des examinateurs en médecine.

Rhode-Island.—Aucune exigence légale.

Caroline du Sud.—On exige un certificat vérifiant le diplôme de tout Collège de médecine à bonne réputation.

Dans *South Dakota*, les diplômés ne confèrent aucun droit de pratiquer. On accorde une licence après examen satisfaisant subi devant le Bureau de Santé de l'Etat.

Tennessee.—Une licence est accordée aux porteurs du diplôme d'un Collège de médecine de bon aloi (*in good-standing*) ou après un examen subi devant le Bureau des examinateurs en médecine.

Dans le *Texas* et l'*Utah* les diplômés ne confèrent aucun droit de pratiquer. On accorde une licence après un examen subi devant le Bureau des examinateurs en médecine.

Vermont.—On se contente de faire l'enregistrement d'un diplôme endossé par un des Bureaux de Censeurs médicaux (*Boards of Medical Censors*), ou d'un certificat d'examen subi devant un des Bureaux susdits.

Virginie.—Les diplômés ne confèrent aucun droit de pratiquer. On accorde une licence, après examen subi devant le Bureau des examinateurs en médecine.

Washington.—Mêmes conditions qu'en Virginie.

Virginie Ouest.—Une licence est octroyée au porteur d'un diplôme émis par un Collège honorable, ou après un examen subi devant le Bureau de Santé de l'Etat.

Wisconsin.—Enregistrement d'un diplôme médical par les Censeurs de l'Etat ou des Sociétés médicales des Comtés.

Wyoming.—L'enregistrement d'un diplôme chez un greffier de contrats (*Registrar of deeds*).

Il est plusieurs faits, dans ce qui précède, sur lesquels nous désirons attirer l'attention. Les Bureaux d'examineurs en médecine qui existent dans plusieurs Etats: Alabama, Arkansas, Delaware, Maryland, New-Jersey, New-York, Pensylvanie, etc., correspondent exactement au Bureau central d'examineurs que la profession médicale de notre province, en dehors des Ecoles et Facultés de médecine, réclamait à grands cris. Ce système semble bien fonctionner aux Etats-Unis.

On trouvera peut être étrange que dans certains Etats les Bureaux de Santé—*Boards of Health*—aient le droit de faire subir des examens en médecine. Or voici l'explication de ce fait. Ces Bureaux de Santé, et celui de l'Illinois est celui qui est le mieux organisé, comprennent à la fois une section spéciale pour les questions d'hygiène et de santé publique et une autre section ayant pour attribut principal le droit de faire subir un examen médical aux porteurs de diplômes ou à tout candidat à l'exercice de la médecine dans l'Etat de l'Illinois. Ce Bureau est composé de six médecins et d'un homme de loi. Or au point de vue des intérêts de la profession médicale, ce Bureau exerce la plus grande surveillance et protège très efficacement les praticiens contre tous les charlatons et soi-disant guérisseurs. Ce Bureau est donc chargé de mettre à exécution, d'une part la loi concernant l'hygiène, et

d'autre part la loi intitulée: *The Illinois Medical Practice Act*, loi qui, en juin 1887, est approuvée venue en force le 1er juillet 1887. Cette loi renferme les clauses suivantes :

Be it enacted that no person shall practice medicine in any of the departments in this State, unless such persons possesses the qualifications required by this Act.

If a graduate in medicine, he must present his diploma to the STATE BOARDS OF HEALTH for verification as to its genuineness. If the diploma is found genuine and from a legally chartered medical institution in good standing, and if the person named there in be the person claiming and presenting the same, the STATE BOARDS OF HEALTH shall issue a certificate to that effect signed by all the members thereof, and such certificate shall be conclusive as to the right of the lawful holder of the same to practice medicine in the State.

If not a graduate, the person practicing medicine in this State, shall present himself before said BOARDS and submit himself to such examination as the BOARDS may require, and if the examination be satisfactory to the BOARDS, the said BOARDS shall issue its certificate in accordance with facts, and the lawful holder of such certificate shall be entitled to all the rights and privileges herein mentioned.

Comme on le voit le Bureau agit ici comme un Bureau Central d'examineurs, tel que cela se fait dans les États de New-York, Maryland, New Jersey, Pensylvanie, etc.

Le rapport annuel du Bureau de Santé de l'Illinois est très bien fait et contient la liste de tous les noms des médecins qui pratiquent dans l'État. Nous y avons constaté le nom d'un de nos amis M. le docteur Patrick Georges Jennings, docteur en médecine de l'Université Laval (Québec) gradué en 1876, et double certificat porte la date du 5 octobre 1878. Nous y avons aussi trouvé le nom de M. le docteur J. Flarian Lavoie, gradué de l'École de médecine et de Chirurgie de Montréal en 1890 et dont le certificat porte la date du 12 juillet 1890.

Si les renseignements qu'on nous a fournis sont exacts, l'État de Massachusetts où il n'y a actuellement aucune législation médicale, est à la veille d'en adopter une qui sera semblable à celle qui est en vigueur dans les États de New-York, New-Jersey et Pensylvanie. La chose est déjà faite, comme nous l'apprend le *N. Y. Medical Record* du 12 Mai, qui publie ce qui suit: "Un bill pourvoyant à l'enregistrement des médecins dans l'État du Massachusetts vient d'être adopté par le Sénat des États-Unis."

Myalgie.

P.—Liniment de chloroforme.....	} 2â
Liniment d'aconit	
Teinture d'opium.....	
Liniment de savon.....q. s. pour faire	
	4 drachmes fl.
	3 drachmes fl.
	4 onces fl.

M.—En frictions sur la partie douloureuse.—*Practitioner.*

CORRESPONDANCE.

A Monsieur le Dr LAMARCHE,

Directeur de l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Honoré confrère,

Vous avez gracieusement accordé l'hospitalité de votre estimable journal, en janvier dernier, à une note que je vous ai adressée sur *une nouvelle formule tœnifuge* qui me paraît faciliter, à tous les points de vue, et assurer l'expulsion des tœnias chez les malades de tout âge et de toute condition, porteurs de ces parasites ! Puisque vous m'avez admis ainsi parmi vos collaborateurs, voulez vous me permettre de vous adresser aujourd'hui, comme par reconnaissance, les quelques lignes qui suivent, où j'ai condensé certains faits nouveaux du mouvement médico pharmaceutique, en notre pays, pendant ces derniers mois.

Liquides organiques. — L'ingénieuse nouveauté thérapeutique inaugurée par notre regretté professeur de Paris, dont nos confrères du nouveau continent ont pu apprécier de près la haute intelligence, par le Dr Brown Séquard que la mort vient d'enlever, se jouant ainsi de ceux à même qui travaillent à lui ravir ses victimes, — je veux parler du traitement des maladies chroniques par les sucs organiques ou animaux — a été appliquée avec des succès de plus en plus encourageants à la cure du *myxœdème*. Cette affection du corps thyroïde, qui donne au malade l'aspect d'un goîtreux, avec bien des incommodités et de vraies souffrances en plus, cède assez rapidement à l'injection sous la peau de suc thyroïdien, combinée avantageusement aussi avec l'absorption de fragments de glande thyroïde. Cela résulte des instructives communications faites successivement à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par les Drs Pierre Marie et Louis Guérlain, par le Dr Chantemane, par le Dr J. Voisin, par les Drs Bussaud et Souques, qui ont vu chacun leurs malades considérablement améliorés au point de vue physique et au point de vue intellectuel, par ce traitement thyroïdien. Ces faits s'accordent d'ailleurs avec des observations de même genre publiées à l'étranger par le Dr W. Pasteur, en Suisse, par Castongo, en Italie, par Leichstentern, Hauffmann et Furbringer, en Allemagne, etc., etc. Auparavant, dans le *Bulletin général de thérapeutique* du Dr Dujardin-Beaumez, le Dr Moncorvo avait montré, par une vingtaine d'observations, les effets tonifiants des injections d'extrait liquide de cerveau, tant chez les adultes

que chez les enfants nerveux et affaiblis. C'est là la confirmation pratique de l'idée qui veut qu'un organe malade trouve dans l'organe sain d'un autre sujet, le principe curatif de son mal. En somme, il faut conclure que le traitement du myxœdème par le suc thyroïdien repose sur un procédé rationnel, et que les essais de guérison par les sucs organiques en général ont un noyau scientifique sérieux et respectable!

Contre les angines pseudo-membraneuses, le Dr Piédallu préconise un sirop ioduré à 50 pour mille, avec addition de 0 gr. 50 de biiodure, qu'il administre aux enfants, selon leur âge, par cuillerées à café ou à dessert, toutes les deux heures, jusqu'à apparition de signes d'iodisme. L'enfant est soumis en même temps au régime lacté. L'effet de ce traitement est rapide et sûr comme s'il maintenait dans la bouche et la gorge un gargarisme antiseptique permanent. Sur 40 cas jusqu'à ce jour, M. Piédallu n'a pas eu d'insuccès!

L'enveloppement hydropathique du thorax est recommandé non sans raison, par notre ami le Dr P. LeGendre, contre les affections aiguës des voies respiratoires chez les enfants, dont il a guéri un bon nombre par ce moyen à la portée de tous. On trempe dans l'eau froide ordinaire une pièce de gaze pliée en huit doubles, assez haute et large pour couvrir tout le tronc du malade. On l'enroule autour du thorax, et on la recouvre d'un taffetas gommé. Après quelques minutes, l'agitation, la dyspnée, la toux diminuent, et la congestion ne tarde pas à se dissiper. On revient à la charge plusieurs jours de suite jusqu'à guérison complète!

Traitement alcalin du prurit.—Certaines démangeaisons nocturnes sont, comme on sait, sous la dépendance de troubles gastriques, dilatation, dyspepsies, etc. Le Dr. E. Besnier les traite par le bicarbonate de soude pris à la dose de 2 à 3 grammes, le soir, avant de se coucher. Il y a longtemps que ce traitement est employé, avec un égal succès, contre certaines formes d'urticaire! Quand on administre les alcalins, il faut les prescrire d'abord avant les repas, une heure environ, pour exciter la sécrétion gastrique,—puis deux heures après, pour neutraliser l'excès d'acide, s'il en existe;—mais jamais pendant les repas. Donc, il ne faut pas abuser des eaux alcalines à table même!

L'emploi du diiodoforme contre le chancre simple, a donné à MM. Hallopeau et Brodier des résultats excellents, comme l'établissent leurs observations communiquées à la Société de Thérapeutique. Il aurait sur l'iodoforme l'avantage de ne dégager aucune odeur, tout en agissant aussi heureusement sur les chancres non phagédéniques et les abcès vénériens. MM. Eugène Regnault et Ferdinand Vigier ont montré aussi, dans les *Nouveaux-Remèdes*, les résultats favorables que ce corps leur a donnés dans les pansements chirurgicaux.

Du traitement de la tuberculose par des substances succinogènes.—

Le professeur Lancereaux et le Dr Caruvias recommandent contre cette terrible maladie toutes les substances qui se convertissent dans l'organisme en acide succinique, comme la viande crue, les graisses, l'acide benzoïque, la pepsine neutre, les légumes verts, les carottes, etc... Les malades soumis à un régime ayant pour base ces substances élimineraient dans leurs urines 3 à 4 grammes, par jour, d'acide succinique : celui-ci n'agit pas sur la matière tuberculeuse, mais autour d'elle, et, grâce à son pouvoir antiseptique, il s'oppose à l'envahissement bacillaire, en modifiant simplement le terrain. C'est de la sorte qu'agissent aussi les eaux minérales, et en particulier les eaux sulfureuses si justement appréciées en France, dans le traitement de la tuberculose et surtout de la tuberculose pulmonaire.

Stérilisation de l'eau.—En ce temps où les affections gastro-intestinales de nature microbienne ont chance de devenir plus fréquentes, il est bon de répandre le moyen simple et pratique que le Dr Constantin-Paul, et après lui le Dr H. Weber, ont recommandé pour priver toute eau potable de ses germes malfaisants. Il suffit de faire dissoudre, par litre d'eau incriminée, 0 gr. 20 d'alun. Au bout de vingt-quatre heures, la stérilisation est complète, et l'eau n'a pas de saveur désagréable ni de pesanteur indigeste, comme l'eau bouillie !

Les *Nouveaux Remèdes* ont fait ressortir, dans une note intéressante, *l'influence des dissolvants sur les antiseptiques*. D'après Koch, Vallin, Lenti, l'alcool, surtout absolu, et la glycérine annihilent ou diminuent le pouvoir bactéricide du sublimé et de l'acide phénique, quand la proportion d'eau dans la solution n'atteint pas un taux déterminé. Le lysol, comme l'acide phénique, dissous dans l'huile, perdent toute leur action désinfectante. Il en résulte que dans la préparation de la solution antiseptique, il faut éviter l'usage exclusif et même l'addition d'alcool, de glycérine, ou de corps gras, et qu'il vaut mieux s'adresser à des antiseptiques qui, pour se dissoudre parfaitement, n'ont pas besoin d'excipients capables de neutraliser ou d'affaiblir leur action antifermentescible.

L'embélate d'ammoniaque a été recommandé comme tœnifuge dans une thèse de Bordeaux, puis dans des journaux allemands. Pour qu'il agisse, il faut que, pendant trois jours consécutifs, le malade soit soumis au régime lacté : le patient prend le remède au deuxième jour, et, 2½ heures après, 30 grammes d'huile de ricin.

Sans connaître les résultats de cette nouvelle médication, longue et ennuyeuse, je rappellerai que j'ai simplifié le traitement des tœnias, en le rendant autant que possible prompt, sûr, inoffensif et économique, par mon *Tœnifuge français*, à l'extrait chloroforme huileux de sougère male des Pyrénées, dont l'UNION MÉDICALE DU CANADA a fait apprécier les avantages, et à la vertu duquel

plusieurs distingués médecins de Montréal peuvent rendre, même personnellement témoignage!

Veillez agréer, honoré et estimé confrère, l'expression de mes sentiments dévoués,

DR DUHOURCAU,

Lauréat de l'Académie de Médecine et des hôpitaux de Paris.
Médecin aux eaux de *Cauterets*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

BOUCHARDAT—Réunir en un volume les formules magistrales tant anciennes que nouvelles, mais en faisant un choix parmi ces dernières, et en n'admettant que celles dont l'expérience a confirmé l'utilité, tel est le problème heureusement résolu par le Prof. G. BOUCHARDAT, membre de l'Académie de Médecine, dans la trentième édition du *Formulaire magistral* de A. Bouchardat, dont il continue la publication chez l'éditeur Félix Alcan. Le succès de ce *vade-mecum* du médecin et du pharmacien ne se ralentit pas. C'est que tous les praticiens familiarisés depuis longtemps avec son emploi savent qu'ils y trouvent tout ce qui leur est nécessaire pour l'application de la thérapeutique, à côté de nombreux et utiles renseignements sur l'art de formuler, l'emploi des eaux minérales, l'emploi des contre-poisons, les secours à donner aux asphyxiés et aux empoisonnés, l'hygiène thérapeutique, le régime dans les maladies et en particulier dans la glycosurie.

Cette édition contient plus de deux cents articles nouveaux, parmi lesquels nous citerons : *les hypnotiques, le sulfonal, le trional, la chloralose*, les dernières substances proposées comme *antithermiques* ou *analgésiques*, *les succédanés du salol et de l'iodoforme*, ainsi que les *préparations des sels mercuriques à bases organiques* plus facilement tolérées par l'estomac que les anciennes préparations. On y trouve également les formules les plus réputées, adoptées ou introduites dans leur pratique par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux de Paris. Deux chapitres inédits sont consacrés à la préparation des pansements antiseptiques et aux injections sous-cutanées. (1 vol. de 688 pages in-18 compactes, broché 3 fr. 50, cartonné à l'anglaise 4 fr.—Paris. Félix Alcan éditeur.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le successeur de feu Sir Andrew CLARKE à la présidence du Collège Royal des médecins de Londres, est le Professeur James Russell Reynolds.

Faculté de médecine de Paris.—M. le docteur RAYMOND vient d'être nommé professeur à la chaire de Clinique des maladies du système nerveux en remplacement de M. le professeur Charcot.

La pléthore professionnelle.—En 1893, d'après un rapport au Conseil général des Facultés, le chiffre des étudiants inscrits dans les diverses Facultés de médecine égalait au moins la moitié des médecins en exercice dans toute la France continentale.

M. le professeur W. PEPPER s'est démis de ses fonctions de *Provost* de l'Université de Pensylvanie, tout en continuant de donner un cours de Pathologie interne. Comme *Provost* il a été remplacé par M. Charles C. Harrison, de Philadelphie.

Le nombre des candidats reçus au doctorat a été au total de 723, c'est à dire excédant de 88 les docteurs reçus en 1892 et de 218 ceux qui ont été reçus en 1891. Etant donnés les difficultés professionnelles immenses que le Corps médical accuse, dans toutes les localités; villes importantes ou petites bourgades, on se demande quel sera l'avenir des nouveaux arrivants. Cette pléthore, redoutable, ne semble point devoir s'atténuer.

Il serait temps vraiment d'envisager cette grave question à un point de vue moins étroit et de se rendre compte des causes universitaires qui s'opposent à sa solution efficace et rationnelle.

Voilà ce que les rapports officiels omettent de faire connaître. Il est vrai que l'Université n'est point tout à fait étrangère à ce mouvement dans les mœurs publiques.—*Journal des praticiens.*

Les étudiantes à Paris.—Le nombre des étudiantes à Paris s'élevait au commencement de l'année scolaire à 343, dont 171 Françaises et 172 étrangères. Elles sont ainsi réparties dans les diverses Facultés : 3 à la Faculté de Droit, dont 1 Française ; 155 à la Faculté de médecine, dont 16 Françaises ; 16 à la Faculté des Sciences, dont 7 Françaises ; 164 à la Faculté des Lettres, dont 141 Françaises.—*Lyon médical.*

Les femmes médecins aux États-Unis.—On compte aujourd'hui aux États-Unis 2,000 femmes médecins, dont 580 allopathes,

130 homœopathes, 65 orthopédistes, 40 oculistes et auristes, 610 spécialistes pour les maladies du sexe, 70 aliénistes et 30 se consacrant à l'électrothérapie; 70 femmes ont été médecins des hôpitaux et chefs de clinique; 95 professeurs des Ecoles de médecine.—*Lyon médical.*

NECROLOGIE

LE DOCTEUR PHILIPPE WELLS

Nous enregistrons avec un pénible regret la mort de l'un des vétérans de la faculté de médecine de l'Université Laval à Québec, et sans contredit l'un des plus éminents praticiens: le docteur Philippe WELLS.

Le docteur Wells était le compagnon d'études et le camarade de classe du Dr C. J. TACHÉ, le professeur titulaire de physiologie à la même Faculté. Ils étaient restés étroitement unis durant leur vie par des liens d'amitié, et, coïncidence assez singulière, ces deux hommes d'élite ont été couchés au tombeau le même jour.

Il fut un temps que l'ancienne génération se rappelle encore où il n'y eut pas à Québec de médecin plus populaire que le regretté défunt. On l'aimait à cause de ses belles qualités personnelles et on l'estimait encore davantage pour sa science profonde, rarement mise en défaut. Le docteur Wells a possédé jusqu'à ces dernières années—alors qu'une maladie longue et incurable le contraignit à prendre sa retraite—l'une des plus belles clientèles. Il faut dire aussi qu'il était l'homme par excellence du dévouement et qu'il faisait bénéficier également de ses soins éclairés tous ceux qui avaient recours à ses lumières, riches ou pauvres.

La carrière du docteur Wells a été une carrière des plus laborieuses. car les quelques loisirs que lui laissait sa nombreuse et absorbante clientèle, il les consacrait au service des hôpitaux. Il a agi en effet pendant de longues années comme médecin-visiteur à l'Hôpital-Général, à l'Hôtel Dieu, aux Ursulines, au Bon Pasteur, en même temps qu'il donnait, à l'Université, le cours de matière médicale.

Le docteur est mort dans sa 71ème année.

La famille et l'Université Laval voudront bien accepter nos meilleures sympathies dans le deuil qui les frappe.

Nécrologie.—CANADA.—A Ottawa, M. le docteur J. C. TACHÉ, docteur en médecine et ès lettres, Chevalier de la Légion d'Honneur, professeur titulaire de physiologie à l'Université Laval.—

A Québec, M. le docteur Philippe WELLS, professeur de matière médicale à la Faculté de Médecine de l'Université Laval, Québec.

ETRANGER.—A Lille, M. le docteur J. ARNOULD, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lille.—A Paris, M. le docteur CUSCO, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, fondateur de la chaire d'histoire de la médecine et inventeur du spéculum qui porte son nom.

Naissance.

HÉBERT-BISSONNETTE—A St-Raymond, comté de Portneuf, le 15 mai, madame Dr. A. E. HÉBERT a donné naissance à une fille. Monsieur et madame Théophile Beland, de Québec, ont présenté l'enfant au baptême.

Décès.

POUPART—Monsieur et Madame J. POUPART, M.D., ont la douleur de vous apprendre la mort de leur enfant bien-aimé, Marie-Antoinette-Fidelia, décédée le vingt-quatre avril, à l'âge de treize mois.

VARIÉTÉS.

LA FOLIE AMOUREUSE

L'amour, cette coupe enchanteresse que chacun de nous a portée à ses lèvres au moins une fois, en sa vie : l'amour, ce philtre enivrant, dont nous nous sommes nourris en disant : encore... encore et sans nous lasser jamais ; l'amour est de nos jours une des causes les plus fréquentes de la folie. Et cela n'a rien de surprenant.. S'il est vrai que la folie ne soit autre chose que l'exagération du caractère, le développement d'un penchant inné en nous, il est facile de comprendre que, ressentant tous cette soif instinctive d'aimer ou d'être aimé, ce besoin finit par nous dominer, par absorber notre volonté, paralyser nos résistances et nous enlever, dans certaines circonstances, l'appréciation sensée de nos actes ainsi que le libre arbitre de nos impulsions.

Il y a longtemps, du reste, que les philosophes grecs, ces personnages graves qui posaient dès cette époque pour la galerie et se prévalaient en public de leur sagesse (on ne les voyait pas en deshabilité), ont dit que chez tout amoureux, il existe un grain de folie ; peut-être bien est-ce là ce qui en double le charme. Si

notre imagination ne se complaisait pas à parer une image adorée, à l'entourer d'une auréole romanesque, peut être notre bonheur serait-il moins grand et sa durée plus éphémère. Descendu jusqu'à nous sur les ailes d'un songe irisé, il s'évanouirait aussitôt que nous l'aurions goûté, comme ces papillons aux ailes de pourpre et d'or, qu'un enfant a saisis et qui s'échappent de ses mains, mutilés, flétris, à jamais privés de leur parure diamentée.

Mais si les joies de l'amour heureux sont immenses, si son prestige caressé par notre imagination est enchanteur, il inspire, quand il est contrarié, les peines les plus vives et le plus souvent son chemin est semé d'épines et de souffrances. Les contrariétés, l'opposition des parents, refusant une union désirée, la contrainte, le monde, les devoirs sociaux, la jalousie, voilà des sources de chagrins profonds avec lesquels il faut compter et quand le poids des intérêts emporte la balance de leur côté, la raison fuit, une pensée unique, absorbante, domine tout notre être, et l'intelligence fait naufrage sans avoir trouvé de port assuré contre ces tempêtes du cœur.

Chez certaines natures, hommes ou femmes dont une sensibilité excessive est l'apanage, l'amour est un tyran foulant sous ses pieds nos autres sentiments ; l'être adoré attire, concentre toutes nos facultés aimantes. On dit souvent de par le monde " *il l'aime à la folie* " et c'est la vérité. Ceux qui chérissent éperdûment sont déjà à demi fous et la catégorie de ces affolés est plus nombreuse qu'on ne croit. Ce sont des prédestinés. Dès leur enfance, ils donnent leur cœur pour apprendre à souffrir en apprenant à aimer ! Voyez ce jeune homme, il gardera pour son amie une constante adoration ; il a juré de l'aimer uniquement, de ne vivre que pour elle ; mais les parents interviennent, leur autorité s'impose ; cette affection rêvée, cet amour partagé, ils seront le lot d'un autre et le désespoir envahit l'âme du pauvre martyr. La folie l'a marqué de son sceau fatal. Il s'était voué à cette femme comme l'enfant maladif est voué par une mère craintive à la vierge miséricordieuse, et cette femme disparue, il s'imagine qu'il n'en existe plus d'autres sur la terre, qu'il n'est plus de tendres regards, de sourires enivrants, plus de verdure dans les campagnes, plus d'abris mystérieux dans la forêt, plus de fleurs dans la prairie, plus de vagues murmures au lever de l'aurore, plus de douces rêveries à deux au déclin d'un beau jour, plus de femme adorée à suivre des yeux avec ivresse, plus de mère à consoler, plus de père tremblant à soutenir, plus de sœur à protéger, plus rien !... Rien... et tout cela pour une femme qu'on a perdue !... Folie ... oui, Folie !

(*A suivre.*)