

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

Pagination continue.

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

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

# LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

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

---

---

VOL. VII. MONTREAL, NOVEMBRE 1892 No 11.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX.

### **Déchirure du col utérin. Pathogénie de ses complications. — Traitement.**

Par M. le Dr J. Adrien Ouimet (Paris) Montréal.

Les causes des lacérations du col peuvent se diviser en chirurgicales et obstétricales ; les premières sont extrêmement rares et ne sauraient se produire que quand on pratique sur l'orifice cervical une dilatation forcée ou une incision dans un but thérapeutique, ou lors de l'extirpation d'une tumeur intra-utérine trop volumineuse.

Pendant l'accouchement, au contraire, le col sera très souvent lésé ; pour qu'il ne le soit pas, il faut, en effet, que sa dilatation se fasse d'une façon régulière et complète ; or chez une primipare, surtout si elle est âgée, le col s'assouplit mal ; chez une multipare, d'anciennes cicatrices lui enlèvent son élasticité, une métrite parenchymateuse chronique, une tumeur, des spasmes, produisent le même effet. Supposons un col bien dilatable, s'il est dévié, si le col de l'utérus ne se trouve pas dans son axe, la force expulsive agira dans un point excentrique à l'orifice cervical.

Dans le cas même où ces conditions n'existent pas, il peut arriver, surtout chez les primipares à large bassin, et quand on administre de l'ergot mal à propos, comme cela arrive si souvent même de nos jours, que l'accouchement se faisant brusquement, le fœtus brise, au lieu de l'écarter, l'obstacle qu'il trouve sur sa route.

Autres causes sont les mauvaises présentations, trop gros volume du fœtus ou de ses annexes, inertie utérine, rupture prématurée de la poche des eaux, le forceps, et enfin les avortements et en particulier les avortements criminels.

Sur 500 femmes accouchées et malades, Emmet a trouvé 164 déchirures.

D'après certains auteurs, Emmet, Mundé, Jacobi, les déchirures seraient presque constantes chez les primipares ; c'est à elles que seraient dues les modifications de l'orifice cervical qui, chez les multipares, est toujours plus ou moins mamelonné ; chacune des dépressions intermédiaires aux petites saillies serait constituée par une cicatrice.

Quand la rupture dépasse l'épaisseur du col et des attaches du vagin, en arrière, le péritoine peut être divisé et il en résulte une péritonite généralement sur-aiguë et mortelle. Emmet commence son chapitre XXVIII par ces mots : "l'importance de cette lésion ne peut être exagérée, puisque plus de la moitié des maux dont souffrent les femmes qui ont eu des enfants doivent être attribués à la déchirure du col."

Pour Mrs. Pozzi, Bouilly, cette théorie pèche en ce qui concerne la fréquence des troubles nerveux chez ces femmes qui souffrent d'une telle lésion. Les déchirures antérieures et postérieures sont rares parce que les lèvres du col sont doublées en ces points de fibres musculaires, verticales ; sur les côtés on n'a plus que des fibres circulaires du col même, et encore, nombre d'entre elles vont elles se jeter directement dans les ligaments larges sans s'entrecroiser aux commissures.

Nous avons donc là un point faible, et c'est en effet là que cède le plus souvent le col quand il est forcé par les efforts de l'utérus.

D'après Emmet, sur 100 cas, les déchirures siègent 48 fois à gauche, 80 des deux côtés, 14 à droite ; 8 fois il eut des déchirures étoilées.

Cette localisation de la déchirure n'est pas sans influence sur son évolution ni sur ses conséquences, les lochies, les liquides vaginaux, le sang baignent cette surface à vif et constituent un milieu très favorable au développement des micro-organismes qui sont normalement dans le vagin ou qui y sont introduits pendant l'accouchement soit par l'accoucheur, ses aides ou les instruments.

#### SYMPTÔMES.

1o L'élément infectieux provoque une fièvre puerpérale intense avec phlegmon péri-utérin, péritonite ou accidents généraux entraînant rapidement la mort. Quand, par hasard, ces terribles complications guérissent, les symptômes consécutifs seront les mêmes que dans le deuxième cas de cette division symptomatique.

2o Déchirure avec lymphangite péri-utérine et autres symptômes évoluant d'une façon bénigne.

3o Déchirure sans complications inflammatoires.

Il faut éliminer ces derniers qui, rares autrefois, tendent à devenir plus fréquentes aujourd'hui, grâce aux progrès de l'antisepsie.

La dernière statistique de la maternité de Paris, portant sur 1154 accouchements ne signale de la fièvre que chez 8 0/0 des accouchées.

Les signes auxquels on peut reconnaître ces déchirures au moment de l'accouchement sont assez vagues.

Si la délivrance est faite et l'utérus bien rétracté, l'écoulement du sang ne pourra avoir que deux origines : le col, le vagin, ou la vulve, d'une part ; la rétention des débris du placenta dans la cavité utérine, d'autre part. Cette dernière cause donnera lieu à une hémorrhagie intermittente avec coliques au moment de l'expulsion des caillots. Dans les lésions du col et des parties sous-jacentes, au contraire, le sang s'écoule d'une façon continue et sans douleurs ; le spéculum complètera le diagnostic et montrera si la plaie siège sur le col ou le vagin. Il ne faut guère compter sur les renseignements fournis par le toucher, en raison de la consistance molle des organes à cette époque.

Depuis longtemps la déchirure du col a été notée comme pouvant être la porte d'entrée de l'infection.

En 1862, Emmet commence à entrevoir sa théorie de la cellulite post puerpérale et depuis Mrs Bouilly, Doleris, adoptent une opinion semblable.

Il faut remarquer que ces auteurs ne refusent ni à la plaie placentaire, ni aux trompes la faculté de servir aussi d'intermédiaire entre l'utérus et les organes du petit bassin pour le transport des agents d'infection : mais ils signalent la déchirure du col comme une voie facile, toute ouverte et particulièrement bien placée pour être contaminée. La déchirure du col, si elle se fait dans un milieu septique se complique donc, même dans des cas en apparence les plus bénins de paramérite et d'endométrite.

Le diagnostic des déchirures du col est délicat en raison de la multiplicité d'aspects que peut prendre la muqueuse sous l'influence de la métrite et des traitements qu'on leur oppose, en raison aussi des modifications du col sous l'influence de la lacération et de ses complications.

Au toucher on pénètre directement dans le col à une certaine profondeur, et l'on remarque que son orifice se prolonge à droite et à gauche, parfois jusque dans les culs-de-sac vaginaux.

Les lèvres du col sont hypertrophiées, généralement molles, donnant une sensation rappelant le contact du velours ou bien on y distingue vaguement des fongosites plus volumineuses ; on sent des granulations dures, arrondies, grosses comme une tête d'épingle et plus, ou des nodules également durs siégeant principalement dans l'angle de la déchirure.

Il est difficile d'introduire le doigt dans les culs-de-sac vaginaux, car ils semblent remplis par cette masse ; mais quand on l'a franchie et

que l'on fait le tour du col, on se rend bien compte de la disposition de ses lèvres renversées en dehors, simulant un champignon à demi-ouvert qui serait implanté dans le col; de chaque côté souvent on trouve dans l'épaisseur des culs-de-sac latéraux des brides fibreuses.

#### COMPLICATIONS DES DÉCHIRURES DU COL.

Les complications des déchirures du col sont nombreuses: certaines d'entre elles sont très fréquentes telles sont la lymphangite et l'endocervite.

Il ne s'agit ici que des accidents qui peuvent compliquer les lacérations cervicales, mais n'en sont pas la conséquence forcée.

1o Rupture du périnée.

La plupart des conditions étiologiques exposées à propos des déchirures du col sont applicables aux ruptures du périnée; ces deux lésions doivent donc souvent coïncider. Il en résultera un trouble dans la cicatrisation du col et dans la suite un prolapsus utérin, d'où congestion passive qui entretiendra l'endocervite.

2o Inflammation du tissu cellulaire péri-utérin ou des annexes de l'utérus.

3o Ovarite pour Mr Doléris.

4o La métrite et la sub involution utérine qui peuvent se retrouver au bout de plusieurs années dans le complexus symptomatique de la lésion du col.

#### TRAITEMENT.

L'état général fournit une première indication à laquelle Emmet attache une grande importance: le système nerveux étant presque toujours affaibli ou au contraire exalté, il importe de rétablir l'équilibre de ses fonctions. Il y a pour cela une médication physique et une médication qu'on peut appeler intellectuelle.

Cette dernière n'est pas à négliger surtout quand il se développe des symptômes hystériques.

La médication physique est surtout hygiénique; une hygiène bien entendue pourra également dispenser d'avoir recours aux calmants ou aux excitants. Elle consistera à régulariser le fonctionnement de la peau, des intestins, des poumons et autres organes: de la peau par les frictions, surtout les douches, qui agiront sur le système nerveux et décongestionneront l'utérus; de l'intestin par un régime alimentaire substantiel et doux, par des purgatifs et des lavements, si c'est nécessaire; se rappelant la connexion étroite qui existe entre l'utérus et le rectum, on évitera soigneusement la constipation. Le jeu des poumons sera favorisé par l'exercice au grand air, le changement de climat s'il y a menace de tuberculose.

Les muscles seront entretenus par le massage, et la marche.

Si l'on a affaire à une métrite purement catarrhale elle pourra guérir rapidement et complètement par les injections chaudes ou astringentes, les pansements de glycérines et autres médications peu énergiques, suffisant cependant à décongestionner l'utérus et à relever sa tonicité musculaire.

Dans les déchirures du col, il faut donc autant que possible s'assurer de l'état de la cavité utérine ; au moindre doute, traiter la métrite d'abord (curettage) ; sa guérison entraînera souvent celle de la déchirure du col ; mais si celle-ci ne se cicatrise pas, on devra lui opposer plus tard une opération spéciale sans quoi on s'exposerait à voir reparaitre la métrite et ses conséquences.

Le traitement de la paramétrite demande plus encore que celui de la métrite un diagnostic anatomique précis.

Il y en a trois cas :

1o Phlegmon aigu récent, c'est-à-dire dans les quelques semaines qui suivent l'accouchement : comme dans tout abcès, il faut soigner la plaie absorbante qui n'est plus tant alors la déchirure déjà couverte de bourgeons charnus, que l'utérus qui constitue un vaste clapier ; on doit donc le dilater, le drainer et l'antiseptiser.

Si le pus se collecte, il faut lui donner issue ; il s'évacue parfois de lui-même par l'utérus quand il occupe les trompes ;

2o Phlegmon chronique : quand du pus se trouve enkysté dans des fausses membranes ; ici encore comme dans tout abcès, la seule intervention radicale est l'incision ou tout au moins la ponction.

Si les opérations doivent être combinées avec le curettage, on commencera par le faire, afin d'éviter l'infection de l'abcès après son ouverture.

3o Quand rien dans la paramétrite chronique ne permet de soupçonner la présence du pus, on s'en tiendra au massage, douches chaudes, tamponnement régulier et prolongé des culs-de-sac vaginaux.

Etant donnés des symptômes généraux ou locaux graves, et résistant à tout traitement, on fera la trachélorrhaphie, quelque soit l'étendue de la lacération du col.

Quand les ulcérations, kystes, ont envahi une grande partie des lèvres du col, alors l'opération de Schröder pourra remplacer celle d'Emmet, ou encore l'opération de Bouilly qui est une modification de celle d'Emmet. Puis ce traitement échouera dans certains cas où les altérations utérines et péri-utérines sont trop étendues, alors la seule ressource est la laparatomie.

## CONCLUSIONS.

Les déchirures du col de cause obstétricale sont fréquentes. Fréquentes sont aussi les métrites et pérимétrites puerpérales. Elles sont probablement dues à un germe phlogogène qui pénètre par les plaies consécutives à l'accouchement. Parmi ces plaies, la déchirure du col est dans des conditions particulièrement favorables à la contamination.

Elle peut donc être le point de départ de métrites et pérимétrites puerpérales.

Plus tard, on retrouvera ces mêmes lésions comme complications chroniques de la déchirure du col.

Elles doivent être traitées en premier lieu, leur guérison entraînant souvent celle de la lacération. Si cependant la déchirure du col persiste, on devra en pratiquer la cure par une opération spéciale, tant pour prévenir une récurrence de la métrite ou de la pérимétrite, que par crainte des complications particulières dont elle peut devenir le siège ou la cause.

DR ADRIEN OUMET.

Paris, 27 octobre, 1892.

---

## MEDECINE

---

### **Fréquence de la tuberculose pulmonaire chez les amputés.**

M. Marie, au cours de ses recherches sur les dégénéralions consécutives aux amputations des membres, a été amené à constater que ces malades mouraient fréquemment tuberculeux ; il en a vu cinq cas. Un certain nombre avaient été opérés pour des tuberculoses locales, et il a dû se produire une généralisation ; les autres sont peut être devenus tuberculeux à cause des difficultés plus grandes de l'existence résultant de leur amputation.

M. Marie ne veut tirer aucune conclusion de ces faits, mais simplement attirer l'attention sur ce point.—(*Courrier Médical.*)

### **De l'œdème préascitique des membres inférieurs dans la cirrhose atrophique.**

Le plus souvent dans la cirrhose, l'œdème des membres inférieurs apparaît après l'ascite, et on est même habitué à voir dans cette chronologie un bon signe de diagnostic différentiel avec l'œdème dû aux maladies du cœur. Il est des cas de cirrhose cependant où l'œdème des membres inférieurs se produit tout d'abord, M. le Dr. H. Prusid vient à ce

sujet de publier un travail où il étudie les conditions pathogéniques des cas de ce genre, et il montre que c'est dans différentes altérations de la veine cave inférieure que se trouve cette explication.

M. Presle a constaté en effet que dans ces cas, la veine cave, dans son trajet à travers le foie était notablement rétrécie, et que les grosses ramifications des veines sus-hépatiques offraient des altérations analogues et avaient perdu leur forme cylindrique. C'était en particulier le cas pour un malade observé dans le service de M. le Dr. Gilbert. Quant au mode de production de ce rétrécissement, il paraît devoir se rattacher à l'évolution morbide du tissu du foie, à la rétraction du parenchyme hépatique cirrhosé, qui, dans ce cas, formait au vaisseau une gaine presque complète ; dans un cas aussi, le rétrécissement était produit par une bride fibreuse, passant transversalement derrière le vaisseau.

Il résulte donc de là que la cirrhose peut déterminer des lésions à la veine cave inférieure capables d'altérer d'une façon notable la fonction physiologique du vaisseau. Or, tout désordre suffisamment accentué de cette fonction a pour résultat, en dernière analyse, un œdème plus ou moins étendu des régions inférieures du corps. D'autres part, la cirrhose détermine aussi des lésions de la veine porte dont l'ascite est la conséquence ordinaire ; mais que le processus morbide trouble la fonction physiologique de la veine cave avant celle de la veine porte et on s'explique aisément que l'œdème puisse précéder l'ascite.

Au point de vue symptomatologique, il y a peu à insister sur cet œdème préascitique qui est probablement plus fréquent qu'on ne pourrait le croire par la rareté des observations.

Son époque d'apparition est variable ; il peut se montrer tout à fait au début de la cirrhose, même avant les troubles prémonitoires ordinaires de la cirrhose alcoolique atrophique ; une observation de M. Gilbert ne laisse pas de doute à ce sujet. Le plus souvent, cependant, le malade a déjà des digestions pénibles, du ballonnement du ventre, etc... quand l'œdème se montre. Il peut apparaître trois mois, quatre mois et même un an et demi avant tout épanchement ascitique. Il envahit simultanément les deux membres inférieurs, gagnant les parties génitales, les parois abdominales, les fesses et la moitié inférieure du dos, se développant par conséquent comme celui qui résulte d'une obstruction ou d'une oblitération de la veine cave inférieure. Il y a des cas enfin où il présente une certaine variabilité d'un moment à un autre, ce qui peut tenir à l'altération plus ou moins grande de la veine ou à l'établissement plus ou moins rapide d'une circulation collatérale.

L'œdème préascitique a une grande valeur séméiotique, puisqu'avant

toute trace d'épanchement péritonéal, avant même l'apparition des troubles habituels précurseurs du développement de la cirrhose atrophique, on peut, grâce à lui, soupçonner l'existence de cette affection. (*Journ. de med. et chir. Prat.*)

### **Du rôle des amygdales et des inconvénients de leur ablation.**

La *Semaine Médicale* a publié récemment l'analyse d'un article de M. Lancry, intitulé : *De l'amygdalotomie comme traitement préventif de la diphtérie* (Voir *Semaine Médicale*, 1892, p. 360). L'auteur de cet article croit qu'il y a indication d'enlever les amygdales aux enfants atteints d'hypertrophie de ces organes, lorsque quelqu'autre enfant de la famille a été atteint de diphtérie ; il conseille toutefois d'attendre quelques semaines pour pratiquer cette opération, afin que les germes infectieux introduits dans l'habitation soient détruits.

Persuadé, comme nous le sommes, que cette façon de faire non seulement n'a aucune efficacité, mais qu'elle est éminemment dangereuse, nous croyons qu'il peut être utile de faire connaître les motifs de cette opinion, celle-ci étant basée principalement sur les fonctions qui nous paraissent dévolues aux amygdales.

Dans la plupart des traités de physiologie, même récents, le rôle des amygdales dans l'organisme n'est pas nettement indiqué. Les uns disent qu'elles sécrètent un mucus filant destiné à favoriser le glissement du bol alimentaire ; les amygdales, selon d'autres, ne servent à rien du tout ; la plupart enfin avouent leur ignorance en la matière. En somme, l'amygdale ne serait qu'un organe sans importance. Aussi a-t-elle été torturée au moindre soupçon.

On se rappelle la véritable rage d'amygdalotomie qui régnait il y a quelque vingt ans et tout l'arsenal perfectionné qu'elle a suscité chez les chirurgiens et les fabricants d'instruments. On en revient beaucoup maintenant ; mais, si l'on n'essaie plus aussi fréquemment d'enlever totalement les amygdales, on les décapite, on les ignipuncture, on les cautérise, on les masse.

Nous croyons qu'elles ne doivent pas, d'ordinaire, être traitées aussi brutalement.

En effet, elles remplissent, selon nous, un office un peu semblable à celui du couloir nasal avec ses poils, ses détours humides, ses cornets couverts de mucus et sa glande de Luschka au second plan ; le tout est destiné à retenir au passage les infiniments petits qui fourmillent dans l'air inspiré. Les amygdales jouent le même rôle devant l'ouverture buccale du pharynx.

*Ces deux éponges gluantes, de concert avec la luette, obstruent partiel-*

lement le passage et empêchent la pénétration des poussières en général et, parmi elles, de celles qui peuvent nous nuire. Si la plus grande partie de notre organisme est garantie des atteintes de ces dernières par l'épiderme et l'épithélium, tant que ces vernis protecteurs ne sont pas éraillés, il reste les ouvertures naturelles, celles surtout qui sont destinées à l'alimentation, celles par où ces ennemis peuvent pénétrer au plus profond de nous-mêmes, aux endroits délicats où se font les échanges qui entretiennent notre existence.

Les organes des sens nous avertissent bien, jusqu'à un certain point, de l'approche de ces adversaires microscopiques souvent décelés par l'odorat, le goût, la vue; mais leur vigilance peut se trouver en défaut. Aussi possédons-nous heureusement d'autres lignes de défense pour arrêter ces invasions.

*Les amygdales nous paraissent être une de ces barrières, et non des moins utiles.*

Quand elles ont recueilli au passage sur leur enduit muqueux les germes nocifs que peut renfermer l'air, elles les rejettent facilement au dehors, grâce à un réflexe bien connu.

C'est exactement ce qui se produit avec le mucus nasal. Quand il est bien chargé de corps étrangers, nous sommes avertis par une sensation particulière qu'il est nécessaire de procéder à son expulsion.

Ce rôle que nous attribuons aux amygdales explique les différences de gravité considérables que l'on observe dans les amygdalites.

Sans compter les amygdalites prodromiques de la rougeole, les angines du début de la scarlatine, nous voyons une foule d'infections commencer par les amygdales en provoquant leur inflammation.

Tous les journaux de médecine renferment de nombreuses observations d'"amygdalites" infectieuses, contagieuses même, compliquées d'engorgement ganglionnaire, de phlegmon, de pneumonie, de néphrite, d'orchite, d'endocardite, etc. On trouve dans les sécrétions plus ou moins altérées de ces amygdalas des germes de toute espèce, depuis le leptothrix buccalis jusqu'au streptocoque, au staphylocoque pyogène, au pneumocoque, au bacille de la tuberculose, etc. Et nous ne parlons même pas du plus fréquent de tous ceux qui se logent dans cette région, du bacille de la diphtérie, qui s'arrête, assez souvent heureusement, à la barrière amygdalienne et s'y montre sous la forme d'une angine abordable à nos topiques, au lieu de pénétrer d'un trait dans le larynx et y produire le croup.

Au fond, ces maladies générales infectieuses ne sont pas plus des amygdalites que les fièvres typhoïdes ne sont des entérites.

Les amygdales ont servi de porte d'entrée au toxique, voilà tout. Et, si ce dernier a franchi cette barrière destinée à l'arrêter, c'est que

probablement il l'a trouvée en mauvais état. C'est pour cela que l'auteur de l'article que j'ai signalé, a observé sur ses diphtériques une tendance, même héréditaire, aux hypertrophies, aux amygdalites. Ses malades avaient de l'angine diphtérique, non pas à cause de la grosseur de leurs amygdales, mais parce que ces amygdales étaient enflammées, fonctionnaient mal, se laissaient pénétrer facilement; il est même probable que si ces malades n'avaient pas eu d'amygdales du tout, c'est la laryngite diphtérique, le croup, comme nous le disions tout à l'heure, qu'on eût été appelé à combattre chez eux.

La conclusion à tirer de tout ce qui précède, c'est qu'il *faut se garder d'enlever les amygdales*, même hypertrophiées, même plus ou moins dégénérées.

On en trouve souvent qui, à la suite d'une série d'inflammations, d'abcès de leurs cryptes, ne sont plus pour ainsi dire qu'un morceau de tissu fibreux, cicatriciel, presque sans sécrétion. Eh bien, même ces amygdales dégénérées, nous croyons qu'il y a encore inconvénient à les enlever. On pourra traiter celles qui ont encore quelques portions susceptibles de fonctionner. C'est dans ce cas que la galvano-puncture et le massage produisent parfois de bons résultats. Quant à celles qui sont complètement lardacées, elles continuent, malgré cela, à remplir, imparfaitement il est vrai, leur rôle de barrière collectrice de corps étrangers, pouvant être rejetés ensuite par l'expulsion. Laissons-les donc tranquilles.

Ce n'est qu'au cas où, par leur volume, elles deviendraient une gêne sérieuse pour la déglutition et la respiration qu'on serait autorisé, non pas à les extirper complètement, ce qui, heureusement d'ailleurs, est peu faisable, mais à enlever ce qu'elles ont de trop avec les précautions de rigueur.

Quand elles en sont arrivées là, elles chassent la luette en avant et le sujet, surtout si c'est un enfant, présente une physionomie hébétée toute spéciale. Cette physionomie, d'ailleurs, est due autant et même plutôt à l'hypertrophie concomitante de l'amygdale de Luschka qu'à celles des amygdales palatines.

Dr H. GESGWIND,

Médecin principal de l'armée.

(*La Semaine Médicale.*)

### **Dilatation de l'estomac.**

(Conférence donnée au "Cercle d'études médicales", par le docteur  
LE MARINEL, médecin adjoint à l'hôpital Saint-Jean).

MESSIEURS,—Le traitement mécanique est encore si peu connu dans la plupart de ses applications, si peu de médecins l'utilisent — faute d'en apprécier les précieuses ressources — que je crois intéressant de

vous en parler à propos de la dilatation de l'estomac, affection dans laquelle il constitue pour moi le traitement de choix. Il me semble que s'il était employé d'une façon plus fréquente et s'il entraînait davantage dans la thérapeutique médicale, nous ne verrions pas, comme aujourd'hui, la médecine à peu près impuissante dans nombre de cas d'ectasie gastrique. Je passerai rapidement en revue la lésion anatomique et les symptômes cliniques de la dilatation de l'estomac pour m'arrêter un instant sur les moyens que nous possédons pour la combattre.

L'ectasie stomacale reconnaît comme lésion anatomique propre le relâchement et l'affaiblissement de la tunique musculuse de l'estomac. A l'état normal, cette tunique est peu épaisse et enveloppe l'estomac dans toute son étendue. Elle est constituée par des faisceaux musculaires formant trois couches secondaires composées de fibres longitudinales, circulaires et elliptiques. La contraction régulière de ce muscle produit les mouvements péristaltiques nécessaires au broiement et à l'imprégnation des aliments par le suc gastrique. Les mouvements sont rythmiques et se produisent régulièrement, et d'une façon constante, de gauche à droite, c'est-à-dire de la grande courbure vers l'extrémité pylorique. Il est quelquefois possible de les observer quand on a affaire à des malades très amaigris chez lesquels l'estomac vient faire saillie au niveau de la paroi abdominale. Nous avons eu l'occasion d'observer, il y a quelque temps, dans le service de M. le docteur Stiennon, une malade atteinte d'ulcère de l'estomac chez laquelle on pouvait suivre très nettement, à la vue et même par la palpation, les mouvements péristaltiques de l'estomac. En appliquant la main largement ouverte sur la région gastrique on sentait un mouvement lent de repétition qui prenait naissance vers la grande courbure pour se terminer vers le pylore.

Ces mouvements seraient sous la dépendance de deux nerfs : le pneumogastrique et le grand sympathique qui auraient des actions différentes. Le pneumogastrique serait le nerf moteur de l'estomac et de l'intestin, son excitation aurait pour effet d'accélérer les mouvements de la couche musculaire ; le nerf grand sympathique modérerait ces mouvements et serait considéré comme nerf d'arrêt.

La dilatation de l'estomac peut avoir deux origines : tantôt elle dépend du défaut de contractilité de la couche musculuse, ce qui permet à ses parois de se distendre sous les moindres influences ; tantôt elle est produite par des troubles mécaniques.

Dans le premier cas, la paralysie de la couche musculaire peut être le fait de l'atonie générale du système musculaire, comme dans l'hystérie et la neurasthénie, ou de modifications apportées à l'innervation

de l'estomac, ou bien encore la parésie peut résulter de l'inflammation et être consécutive aux différentes formes de la gastrite chronique, ce qui est très fréquent.

Dans le second cas, la dilatation est d'origine mécanique. Elle peut être due à l'ingurgitation longtemps continuée et excessive de grandes quantités d'aliments et de boissons ; c'est la dilatation gastrique des grands mangeurs et des grands buveurs. Des états semblables peuvent très bien être désignés sous le nom d' "*estomacs surmenés* " par analogie avec des dilatations de même nature qui se rencontrent au cœur. Ici également l'état pathologique ne commence qu'après que la rupture de la compensation s'est produite et que la tunique musculaire hypertrophiée n'est plus en état d'expulser, en quantité suffisante, les aliments de l'estomac.

La dilatation d'origine mécanique est la plupart du temps un état secondaire qui s'établit à la suite d'un rétrécissement du pylore. Ce rétrécissement est dû à des cicatrices d'ulcères, rarement à une compression qui agit de l'extérieur.

Quelle que soit la cause qui ait présidé au développement de l'estomac, l'ensemble symptomatique est le même, du moins pour les signes locaux, les seuls qui permettent de poser le diagnostic et sur lesquels nous ayons à insister ici.

L'inspection simple permet souvent de reconnaître à travers les parois abdominales, les contours de l'estomac élargi et rempli. C'est le fond et la grande courbure qui se dessinent le plus nettement. Parfois on peut constater aussi à l'inspection, les mouvements péristaltiques très nets à travers les parois de l'abdomen. L'inspection peut être aidée et facilitée par la dilatation artificielle de l'estomac, au moyen d'acide carbonique (poudres de bicarbonate de soude et d'acide tartrique, prises successivement). Il se forme une saillie qui permet d'apprécier très nettement les contours de l'estomac.

La palpation permet quelquefois, mais plus rarement que l'inspection, de reconnaître la grande courbure et le fond de l'estomac au moment où la couche musculaire entre en contraction.

Un signe de grande importance clinique est le clapotement que l'on provoque soit en secouant brusquement l'abdomen du malade, soit en pressant la paroi abdominale par des mouvements vifs et répétés. On entend et on sent très nettement le va et vient du contenu liquide de l'estomac. Ce bruit ne peut devenir signe de dilatation que s'il se produit dans certaines conditions. Lorsqu'il a lieu dans les limites de l'estomac, ce signe a peu d'importance et, comme l'a bien fait remarquer Audhoui, c'est là un symptôme physiologique, mais pour qu'il ait toute sa valeur il faut que ce bruit de clapotement se produise au-

dessous d'une ligne horizontale menée de l'ombilic au bord gauche des cartilages costaux. Pour que ce bruit se produise, il est nécessaire que l'estomac contienne une certaine quantité de liquide ; aussi, quand les personnes sont à jeun, sera-t-il utile de les faire boire avant d'examiner la région stomacale.

La percussion, quoiqu'en dise Strümpell, me paraît le meilleur mode d'exploration pour la détermination des dimensions de l'estomac. Généralement on constate une sonorité exagérée dans tout l'hypocondre du côté gauche au niveau des parois costales, sonorité qui résulte de la distension du grand cul-de-sac de l'estomac qui refoule le diaphragme. La percussion doit se faire dans le décubitus dorsal et dans la station debout, et alternativement dans l'état de vacuité et de réplétion de l'estomac. Si l'estomac descend au-dessous du nombril, il y a dilatation.

Strümpell attache encore une grande importance à l'examen pratiqué au moyen de la sonde stomacale. Tandis que chez les personnes saines la sonde pénètre à une profondeur de 60 centimètres à compter de la bouche, elle peut s'enfoncer jusqu'à 70 centimètres dans le cas de dilatation. Parfois on peut sentir le bout de la sonde à travers les parois relâchées du ventre, comme Leube l'a fait observer le premier. Plus le bout de la sonde se rapproche d'une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antérieures et supérieures, plus on est en droit d'admettre une ectasie anormale dans l'estomac. Dans les circonstances ordinaires, l'extrémité de la sonde atteint tout au plus la ligne transversale passant par l'ombilic.

Les symptômes subjectifs ne présentent rien de particulier ; ce sont à peu près ceux de la gastrite chronique : pesanteur d'estomac, pyrosis, renvois, vomissements, etc. Les vomissements sont cependant assez souvent caractéristiques en ce sens que ce sont des quantités énormes qui sont vomies en une seule fois, quelquefois deux ou trois litres de matières alimentaires qui ont séjourné dans l'estomac pendant plusieurs jours. Ces vomissements sont surtout fréquents dans les ectasies d'origine mécanique.

Un symptôme concomitant, presque constant et très pénible de la dilatation gastrique, est la constipation. Elle est souvent opiniâtre et due à la même cause que l'ectasie stomacale : le relâchement de la couche musculieuse de l'intestin.

Le traitement de l'ectasie stomacale peut être divisé en traitement symptomatique et en traitement curatif.

Le traitement symptomatique est le seul qui puisse être appliqué dans les dilatations consécutives aux retrécissements ou compliquant des tumeurs. Je n'insiste pas sur ce traitement qui est identique à

celui des carcinomes de l'estomac. Les amers, l'acide chlorhydrique, le charbon végétal, les lavages, etc., trouveront ici leurs indications, suivant les différents symptômes qui se présenteront. Les lavages surtout rendront de grands services en déchargeant l'estomac dilaté des aliments surabondants qui s'y trouvent.

Le traitement curatif comporte l'emploi combiné de plusieurs moyens qui, bien employés, arrivent dans la plupart des cas à produire une guérison complète. Ces moyens sont : les indications symptomatiques, la diététique et le traitement mécanique.

1. *Indications symptomatiques.* — Ce qui provoque la plupart des symptômes si pénibles de la dilatation, c'est l'accumulation des matières alimentaires non digérées qui séjournent pendant plusieurs jours dans l'estomac et s'y décomposent. Le malade est soulagé de temps en temps par un vomissement qui vide plus ou moins complètement son estomac, mais ce soulagement ne saurait être comparé à celui que donne le lavage. Aussi l'indication symptomatique principale est-elle rendue par le lavage de l'estomac auquel on devra avoir recours d'une façon fréquente et souvent même journalière au début du traitement et *alors que les autres moyens n'auront pas encore eu le temps de produire une diminution de la capacité gastrique.* Ce traitement améliore en même temps la gastrite chronique, compagne ou cause de la dilatation.

Pour ce lavage on se servira, suivant les indications, soit d'eau pure, soit d'une solution à 1 ou 2 p. 100 de bicarbonate de soude ou de sel de Carlsbad, soit d'une solution antiseptique quelconque, eau salicylée, boriquée, résorcinée, chloroformée, etc.

Les autres indications symptomatiques pourront nécessiter l'administration de divers médicaments que je crois inutile de d'énumérer ici.

2. Le régime doit être réglé avec soin chez les dilatés. Les repas doivent être fréquents et constitués par des aliments nourrissants sous un petit volume. On donnera de préférence les viandes saignantes finement coupées ou hachées, les œufs et le lait en petite quantité. On évitera de donner des corps gras, des légumes et des féculents qui séjournent souvent très longtemps dans l'estomac sans subir de modifications. On recommandera aussi au malade d'être sobre de boissons. Certains auteurs, Huchard notamment, conseillent vivement la privation absolue des liquides, mais peu de malades peuvent s'astreindre à suivre ce régime qui est très pénible.

3. Le traitement mécanique constitue pour moi le vrai traitement curatif de l'ectasie gastrique et c'est sur lui que j'attire particulièrement

votre attention. J'ai souvent l'occasion de l'employer et j'en obtiens d'excellents résultats.

Il consiste en massage proprement dit et en exercices de gymnastique médicale.

Le massage se pratique de la façon suivante : le malade est placé dans le décubitus dorsal, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin, les jambes fléchies sur les cuisses. Le médecin, après avoir délimité bien exactement le fond de l'estomac, se place à la gauche du patient, la face tournée vers les genoux de celui-ci. C'est à ce moment que commencent les opérations qui sont au nombre de deux. Dans la première, on enfonce profondément les doigts dans la paroi abdominale et on saisit l'estomac entre le pouce et les autres doigts qui s'appliquent sur la face profonde, puis on lui fait subir un pétrissage et une malaxation énergiques. Cette opération se pratique successivement sur toutes les parties accessibles de la paroi gastrique et a une durée de cinq à dix minutes selon la sensibilité du sujet.

Dans la seconde, on exécutera une série de pressions profondes ayant pour but de comprimer l'estomac contre la paroi thoracique postérieure ; ces pressions seront faites avec force et lenteur et successivement de gauche à droite, dans toute l'étendue de la région stomacale.

La plupart du temps les dilatés étant également des constipés, on terminera la séance par un massage énergique de la masse intestinale, massage qui rendra les plus grands services en faisant disparaître la constipation, cette complication si sérieuse et si tenace de la dilatation. Le massage est en effet, d'après moi, le meilleur traitement de la constipation chronique, comme j'ai déjà eu précédemment l'occasion de vous le dire.

La gymnastique médicale sera un adjuvant très utile du massage en agissant comme tonique, comme excitant de la circulation générale et en fortifiant le système musculaire du malade. Les mouvements que l'on recommandera spécialement seront ceux qui augmentent la force des muscles abdominaux : les mouvements de flexion, d'extension et de circumduction du tronc, les mouvements de flexion et d'extension des cuisses.

Dans ce dernier ordre d'idées la douche peut également rendre d'excellents services, en stimulant la circulation générale et en tonifiant l'individu.

On a recommandé aussi l'emploi de l'électricité dans le traitement de l'ectasie gastrique. On s'est servi de la faradisation et de la galvanisation, soit à travers les parois de l'abdomen, soit en introduisant dans la cavité stomacale un électrode adapté à la sonde œsophagienne. Les courants appliqués à la surface externe du corps n'ont pas d'action

sur l'estomac lui-même, ils agissent uniquement sur les muscles des parois abdominales.

Il n'en est plus de même lorsque l'on porte directement l'électricité dans la cavité stomacale. Bardet a construit à cet effet un appareil très simple qui se compose d'un mandrin en maillechort terminé par une olive de charbon que l'on fait pénétrer dans une sonde œsophagienne introduite préalablement dans l'estomac. On a soin de remplir d'abord l'estomac d'une certaine quantité d'eau, de façon que l'extrémité inférieure de la sonde plonge dans ce liquide, et c'est par cet intermédiaire que l'on électrise la surface interne de la muqueuse. On emploie le courant continu, le pôle négatif dans l'estomac, le pôle positif appliqué sur la région antérieure de l'abdomen au niveau de l'estomac.

Cette méthode donne de bons résultats dans certains cas, mais il arrive souvent qu'elle n'est pas supportée par les malades chez lesquels elle augmente la sensibilité déjà excessive de la muqueuse.

Pour moi, je préfère de beaucoup le massage.

Lorsque le médecin a la patience et surtout la persévérance d'appliquer ce traitement pendant un certain temps, ses heureux effets ne tardent pas à se manifester. Sous l'influence des excitations auxquelles il est soumis, l'estomac reprend sa vitalité, la contractilité se réveille, les mouvements péristaltiques se rétablissent, l'estomac revient progressivement à ses limites normales et les symptômes généraux de l'ectasie diminuent et finalement disparaissent. La guérison sera évidemment d'autant plus lente à se produire que l'affection sera plus avancée et l'état général du malade plus altéré. Il n'est donc pas possible de fixer une limite à la durée du traitement ; je dois dire cependant qu'il m'est arrivé plusieurs fois d'obtenir en trois mois des guérisons radicales.

Le massage pour être bien appliqué demande certaines qualités de toucher et de force que le médecin acquerra facilement s'il veut se donner la peine de s'y livrer et qu'il devrait posséder. Il est regrettable, en effet, de voir négliger, comme aujourd'hui, un traitement aussi simple, aussi rationnel et qui donne d'aussi brillants résultats.

—*La Clinique.*

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

PRÉSIDENTE DE M. DESNOS

### Contagiosité de l'érysipèle

Par MM. GUYOT, LE GENDRE, JUHEL-RÉNAL, LAVRAN, GÉRIN-ROZE, RENDU, SEVESTRE.

M. GUYOT.—Après avoir été convaincu en 1885 que l'érysipèle était aussi contagieux que la rougeole, la variole, etc., je crois aujourd'hui qu'il l'est beaucoup moins.

Depuis sept ans que je suis chargé du service d'isolement à Beaujon, j'y ai vu 70 malades envoyés avec le diagnostic d'érysipèle et qui étaient en réalité atteints d'érythème, d'eczéma, d'éruptions, contusions ou plaies de tête, de fluxion. Aucun de ces malades ne contracta l'érysipèle dans le service. Par contre, j'ai vu deux malades convalescents de pneumonie contracter l'érysipèle au voisinage d'un érysipélateux, et deux de mes externes atteints de varicelle légère le contracter dans le service. Je pense donc que l'érysipèle est contagieux, mais il faut que les sujets soient dans un état d'opportunité morbide que nous ne pouvons deviner. J'ai même été étonné que les malades atteints d'eczéma et de plaies de tête n'aient jamais gagné l'érysipèle. L'incubation de cette maladie est très courte, le froid cause fréquemment des rechutes. L'albuminurie est rare, l'endocardite exceptionnelle. L'alcoolisme assombrit le pronostic. Il n'y a pas de traitement qui arrête la maladie.

M. LE GENDRE.—Dans le service d'isolement de Saint-Antoine, j'ai observé fréquemment l'albuminurie, j'y ai vu plusieurs cas d'endocardite et de péricardite. Je n'ai observé qu'un cas de contagion et j'ai été surpris de voir que l'on pouvait placer impunément des femmes récemment accouchées à côté de malades atteintes d'érysipèle.

M. JUHEL-RÉNOY.—Je crois que l'albuminurie est la règle et j'ai observé plusieurs cas de contagion.

M. GUYOT.—Je fais remarquer simplement que la contagion est rare.

M. LAVRAN.—On pourrait conclure de la communication de M. Guyot qu'il n'est pas utile d'isoler les érysipélateux, conclusion qui serait dangereuse. J'ai vu plusieurs cas de contagion dans les services de médecine.

M. GÉRIN-ROZE.—J'ai obtenu de bons résultats des pulvérisations de sublimé ; elles empêchent souvent l'extension de la maladie.

M. GUYOT.—Je n'en ai pas obtenu de résultats certains.

M. LE GENDRE.—Ces pulvérisations peuvent laisser sur la peau une pigmentation persistante. Je préfère mettre une couche épaisse et étendue d'onguent napolitain. On obtient aussi de bons résultats par des enveloppements avec la tarlatane trempée dans une solution concentrée de salicylate de soude.

M. RENDU.—A Necker, nous gardons les érysipèles dans les salles ; les cas de contagion sont rares et se montrent par séries. Les cachectiques contractent l'érysipèle plus facilement que les malades atteints de maladies aiguës ; de même les albuminuriques et les diabétiques. Je crois que l'isolement est nécessaire.

M. BURLUREAUX.—Les irrigations nasales et buccales semblent abrégéer la durée de la maladie.

M. SEVESTRE.—La contagion de l'érysipèle se fait par le contact d'un malade à l'autre ou indirectement par l'intermédiaire des personnes ou des objets. La contagion de la rougeole semble se faire par l'air. C'est là ce qui explique la différence entre la contagiosité de ces deux affections. En 1889, j'ai soigné une infirmière atteinte d'érysipèle par les bains antiseptiques. L'érysipèle, qui durait depuis six jours, et gagnait le tronc après avoir envahi la tête, avait résisté au traitement ordinaire. Le sulfate de quinine, l'acide salicylique n'avaient pu faire tomber la température qui oscillait entre 40° et 41°. Je fis alors donner chaque jour plusieurs bains à 34°, contenant 500 gr. de borate de soude et d'une durée d'une demi heure. Dès le deuxième jour, l'érysipèle s'arrêtait dans sa marche, le cinquième, la défervescence était complète. Il me paraît impossible de nier l'heureuse influence des bains antiseptiques.

M. GALLIARD.—En six mois à l'hôpital Saint-Antoine, j'ai observé 350 érysipélateux. L'érysipèle est contagieux mais beaucoup moins que la rougeole ; je n'ai observé que trois cas de contagion, et j'attribue cette rareté aux pratiques antiseptiques.

L'albuminurie, rare dans les cas bénins, s'est montrée dans les deux tiers des cas graves ; j'ai vu six fois survenir la néphrite aiguë avec hématurie.

Les alcooliques résistent mal à l'érysipèle, les cardiaques se comportent de façon fort différente.

On observe quelquefois des souffles pendant la période fébrile, mais ils disparaissent avec la fièvre ; je n'ai noté que deux fois l'endocardite ou la péricardite ; je n'ai pas vu de myocardite.

Le pseudo-rhumatisme y est rare et léger, je n'ai vu qu'une arthrite supprimée.

Localement je traitais l'érysipèle des membres par l'enveloppement avec de la tarlatane imbibée de solutions antiseptiques ; quelquefois

des scarifications sur les limites des plaques érysipélateuses ont paru arrêter la marche de la maladie. Pour la face et le cuir chevelu j'employais la vaseline au sublimé, à la résorcine, à l'acide borique. Le traitement de Talamon ne m'a pas donné de bons résultats.—La vessie de glace calme la céphalalgie.

J'ai employé avec succès les bains froids dans les formes hyperpyrétiques ou ataxiques. J'ai employé largement le salicylate de soude, la potion de Todd, le sulfate de quinine. Je faisais faire des gargarismes antiseptiques.—*La Tribune Méd.*

---

## THERAPEUTIQUE

---

### Traitement de l'érysipèle, par l'essence de térébenthine.

D'après l'expérience de Winckler de Brême et du chirurgien allemand Lucke, les onctions faites avec cette essence constituent le meilleur traitement contre cette affection. Les frictions sont faites avec un pinceau ou un tampon de coton imbibé après un premier lavage de la partie enflammée avec un peu d'éther ou d'alcool absolu et se répètent quatre ou cinq fois par 24 heures en dépassant les limites du mal. Après chaque friction, on recouvre la partie malade avec du coton aseptique assujetti par une bande de tarlatane au milieu. Les premières frictions produisent de la chaleur à la peau ; mais, après 4 ou 5, ils cessent de sentir les sensations pénibles de tension si désagréable particulière à l'érysipèle, et au bout de 4 ou 5 jours le malade est guéri.

Dr GÉLINEAU.

(*Médecine Hypodermique,*)

### Traitement du tremblement par le sulfate de spartéine.

Par le Dr CH. POTTS.

M. Potts donnait des soins à un vieillard de 72 ans, affecté d'une insuffisance aortique, et qui avait en outre un tremblement très prononcé des mains. Il le traita par le sulfate de spartéine. Or, sous l'influence de cette médication, non seulement les troubles en rapport avec la lésion cardiaque s'amendèrent, mais encore le tremblement des mains diminua très sensiblement, pour reprendre son intensité première, sitôt qu'on eut suspendu l'administration de la spartéine. Un retour à cette médication fit ensuite disparaître momentanément le tremblement.

Depuis lors, M. Potts a traité par la spartéine neuf trembleurs. L'un de ces malades présentait des symptômes de syphilis cérébrale. Le traitement spécifique avait dissipé tous les accidents, à l'exception du tremblement, qui céda ensuite à l'administration du sulfate de spartéine.

La même médication a exercé une influence plus ou moins salutaire sur le tremblement chez les autres sujets, dont un ébéniste qui tremblait des mains depuis huit années, 3 neurasthéniques, 2 hémiplégiques, un malade chez lequel le tremblement était survenu à la suite d'une insolation.

Par contre, chez un malade qui depuis fort longtemps présentait des symptômes de la paralysie agitante, l'influence de la spartéine sur le tremblement a été quasi nulle.

M. Potts administrait le sulfate de spartéine à la dose de 0 gr. 015 à 0 gr. 03.—(*Revue générale de Médecine, etc.*)

### Traitement de la chorée.

(JUMON.)

Les médicaments les plus utiles dans la chorée (car il n'y en a pas de spécifique) répondent à des indications assez bien définies et ont chacun une époque déterminée qui correspond à leur maximum d'effet utile : 1° dans les chorées vulgaires, l'antipyrine et l'arsenic sont les médicaments qui donnent les meilleurs effets ; 2° dans les chorées rhumatismales ou avec manifestations rhumatismales, c'est encore l'antipyrine qui sera indiquée ; on pourra y joindre le salicylate de soude ; les bains sulfureux seront très utiles ; 3° s'il existe un fond d'hystérie, c'est aux bromures, d'après Dujardin-Beaumetz et Ollivier, qu'il faudra demander la guérison (M. Sée craint la débilitation résultant toujours des bromures) ; 4° enfin, dans les chorées cardiaques, on évitera les traitements nuisibles et, en première ligne, le chloral, et l'hydrothérapie, et on instituera les moyens cardiaques, tels que l'iodure de potassium et surtout de calcium ; 5° dans tous les cas simples, les exercices gymnastiques, les moyens dits *reconstituants* seront indiqués, et quelquefois employés avec succès.—(*Journal de médecine de Paris.*)

### Traitement de la trachéite par les inhalations de vapeurs de menthol.

Ce traitement employé avec succès, depuis près de trois ans, par deux confrères parisiens, MM. les docteurs Lubet-Bourbon et A. Martin, exige un appareil très simple qui consiste en un flacon à deux tubulures dans lequel sont contenus des cristaux de menthol. Comme le menthol se volatilise à 85°, il suffit, pour procéder à l'inhalation, de plonger la partie inférieure du flacon dans un petit vase rempli d'eau chaude (ou de la chauffer doucement au-dessus de la flamme d'une

lampe). On voit alors le flacon se remplir d'une nuée blanchâtre de vapeurs de menthol que le malade aspire par l'une des tubulures munie d'un tube en caoutchouc se terminant par un embout de verre. Les premières aspirations doivent être faites avec précaution et lentement, car une trop grande quantité de menthol pourrait donner un petit accès de suffocation.

On peut faire plusieurs séances par jour, à quelques heures d'intervalle, et à chaque séance le malade fait cinq ou six aspirations.

(*Mouvement Thérapeutique.*)

### Nouveau traitement du goître exophtalmique.

La *Médecine moderne* rapporte d'après la *Revue de thérapeutique générale et thermale* qu'indépendamment des moyens classiques, digitale (0,10 à 0,40 centigrammes de poudre de feuilles), du bromure, du courant continu, de l'hydrothérapie, de la belladone, du veratrum viride, et de l'antipyrine (2 grammes environ par jour associés au bromure de strontium 2 à 3 grammes par jour), le professeur Dieulafoy a imaginé un traitement pathogénique nouveau.

Voici ce traitement, dont l'idée première lui est venue par analogie avec ce qui se passe chez les tuberculeux en proie à une hémoptysie, ou chez lesquels on craint une hémoptysie en raison de l'agitation du cœur, de l'éréthisme cardio-vasculaire. Dans ces cas, on administre de l'ipéca, et, sous l'influence de ce médicament, le pouls diminue de fréquence et d'amplitude, l'éréthisme cesse, et, consécutivement, l'hémoptysie est arrêtée ou empêchée.

Or, dans un cas de maladie de Basedow, l'indication primordiale à remplir est également de combattre l'éréthisme cardio-vasculaire ; dans ce but, M. Dieulafoy a eu l'idée de traiter cette affection comme on traite les malades en proie ou en imminence d'hémoptysie. Il a associé l'ipéca à la digitale et à l'opium, dans des pilules ainsi composées.

|                                     |                          |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Poudre d'ipéca.....                 | 0,035 centigrammes.      |
| Poudre de feuilles de digitale..... | 0,02 —                   |
| Extrait d'opium.....                | 0,0025 dix-milligrammes. |

Pour une pilule. En prendre quatre à six par 24 heures. Il a traité de cette façon plusieurs malades atteints de goître exophtalmique, et une amélioration considérable de tous les symptômes a été la règle ; elle a été surtout frappante et rapide chez deux de ces malades ; certainement aucun traitement n'aurait donné un pareil résultat.

L'effet de cette médication se traduit par une atténuation des symptômes de la maladie, atténuation bien appréciable au bout de quelques jours, très notable après quelques mois, et équivalant à une guérison. Le seul inconvénient de ce traitement est, dans certains cas, la diarr-

hée, qui persiste jusqu'à ce que l'accoutumance se soit produite.—  
*Journ. de Méd. et Chir. prat.*

### **Essence de laurier pour corriger l'odeur de l'iodoforme**

En frottant avec un peu d'essence de laurier une spatule ou une pince de chevreille à laquelle adhère l'odeur de l'iodoforme, on l'en débarrasse complètement. Le parfum de l'essence de laurier n'est pas persistant et s'enlève facilement des objets en les nettoyant avec de la sciure de bois finement pulvérisée.—(*Les Nouv. Remèdes.*)

### **Sulfate de quinine contre les attaques hystériques**

*Casariani* recommande contre les attaques hystéro épileptiques, surtout quand elles surviennent périodiquement, le sulfate de quinine à la dose de 0gr,8-1 gramme, à prendre une heure avant le début présumé de l'attaque.—(*Les Nouv. Remèdes.*)

### **De l'emploi du baume de copahu et de sa résine dans la cirrhose atrophique du foie.**

M. Georgiewskya recueilli une série d'observations dans la clinique du professeur Lioch, à Saint-Petersbourg, ayant rapport à l'action diurétique du baume de copahu et principalement de sa résine dans l'ascite hépatique.

Il a fait également un certain nombre d'expériences personnelles, tendant à rechercher l'action de la résine de copahu sur les reins des animaux.

Voici les principales conclusions de son travail :

1<sup>o</sup> L'action diurétique du baume de copahu et de sa résine dans l'ascite du foie est incontestable ; elle est énergique et durable, comparativement à celle des autres médicaments diurétiques ;

2<sup>o</sup> Il est préférable dans ces cas de donner la résine du copahu, parce que l'administration du baume s'accompagne souvent de certains inconvénients (renvois, vomissements) ;

3<sup>o</sup> L'emploi prolongé, même pendant six semaines, n'entraîne aucune conséquence fâcheuse pour les organes digestifs et rénaux.

Les selles, dans les premiers jours, deviennent plus liquides, mais non pas diarrhéiques. On trouve quelquefois dans l'urine, de petites quantités de globules rouges du sang.

Après un long usage de grandes quantités de ce médicament, l'auteur a remarqué la présence de cellules rénales en faible quantité dans l'urine.

4<sup>o</sup> Comme beaucoup d'auteurs ont attiré l'attention sur l'action irritante du baume de copahu sur les voies digestives et rénales, l'auteur

a fait une série d'expériences à ce sujet sur des lapins et des chiens.

Il soumettait les lapins à des doses (par kilogr. en 24 heures) de 16 à 160 fois supérieure à la dose thérapeutique pour l'homme (5 centigr. à 10 centigr. par kilogr. en 24 heures).

Il trouvait dans l'urine une quantité plus considérable de globules blancs du sang, rarement des globules rouges et des cellules épithéliales du rein.

Par l'analyse microscopique il n'a observé aucune inflammation, ni dégénérescence parenchymateuse des organes rénaux. Ce qui frappait dans ces expériences, c'était la richesse en sang de ces organes.

Les chiens reçoivent une quantité de 10 à 30 fois supérieure à la dose thérapeutique pour l'homme dans une intervalle de quatre jours à un mois. Les selles devenaient plus liquides; on n'observait pas de vomissements et l'appétit était conservé.

Les résultats des analyses urinaires et rénales (microscopiques) donnèrent les mêmes résultats que chez les lapins.

Ainsi donc, la résine de copahu doit être classée parmi les remèdes fortement diurétiques, et on peut compter sur elle dans les cas d'ascite du foie.

Il n'est pas inutile d'ajouter que l'emploi prolongé de ce médicament est sans inconvénient pour le malade.—(*Le Courrier Médical*).

### **Des sels de strontium. Étude physiologique et thérapeutique,**

PAR ARMAND MALBEC (de Paris).

Après un historique de la question, le docteur Malbec s'occupe de la composition chimique des divers sels de strontium, des moyens de les obtenir et de leur réactif. Il fait observer que les sels naturels de strontium (carbonates et sulfates) sont souvent unis à la baryte, corps éminemment toxique dont il faut les débarrasser, afin de ne pas attribuer à la strontiane une nocivité, qu'elle n'a pas par elle-même. La conclusion est qu'on ne saurait trop s'assurer de la pureté chimique des composés de strontium appliqués à la thérapeutique. Le deuxième chapitre consacré à la pharmacologie se ressent certainement d'une thérapeutique encore à ses débuts. Aussi est-il très court. L'auteur conseille les solutions solubles de lactate, bromure et iodure de strontium que l'on peut donner dans de l'eau distillée, du sirop de sucre ou d'essences d'oranges amères ou encore mêlé au vin pendant les repas. Pour l'adulte, la dose du premier sel est de 2 à 10 grammes. Les deux autres peuvent être donnés aux mêmes doses que leurs congénères potassiques. Les sulfates et les phosphates étant insolubles doivent être donnés en cachets ou mélangés aux aliments ou mieux encore en

biscuits. Dans la deuxième partie de ce travail, l'auteur fait une étude très complète et très intéressante de l'action physiologique et toxique des sels de strontium sur les principales fonctions de l'organisme. Il résulte de cette étude expérimentale confirmée dans ses résultats par l'observation chimique : 1<sup>o</sup> que les sels de strontium ne sont nullement toxiques ; 2<sup>o</sup> qu'ils paraissent agir sur l'organisme de façon à faciliter les actes nutritifs (lactate) ; 3<sup>o</sup> que leur action élective paraît s'exercer, d'une part, sur la fonction de circulation du sang en augmentant sensiblement la pression intra-vasculaire ; d'autre part, en exerçant sur les phénomènes digestifs un retard dans la peptonisation des albuminoïdes, retard qui peut être favorable dans certains cas pathologiques, et en diminuant l'action des ferments figurés. Le dernier chapitre de cette deuxième partie (chap. III) est consacré à une étude physiologique spéciale des composés de strontium. Elle montre par des expériences que le mécanisme physiologique du bromure et de l'iodure de strontium est le même que celui du bromure et de l'iodure de potassium ; que l'azotate de strontium détermine une diurèse manifeste, favorise l'élimination de l'urée. Des données physiologiques qui précèdent doivent découler des indications d'applications immédiates à la thérapeutique. C'est ce que l'auteur a réuni dans la troisième partie de son ouvrage. D'après lui, le lactate de strontium est indiqué et trouve son application dans certaines formes d'albuminurie, et aussi dans les affections gastriques, surtout celles qui sont caractérisées par l'hyperpepsie avec la douleur qui l'accompagne. Il peut ainsi remplacer avantageusement les bicarbonates alcalins. Le bromure de strontium est un succédané du bromure de potassium mieux toléré par l'estomac, et qui ne provoque pas les accidents du bromisme. L'iodure de strontium doit être préféré à l'iodure de potassium comme médicament cardiaque et circulatoire, lorsque celui-ci est mal toléré. L'azotate de strontium est un bon diurétique. Enfin le phosphate et le sulfate, surtout le phosphate, peuvent être utilisés comme antiseptiques, antiparasitaires et reconstituants nutritifs. Comme corollaire, le docteur Maibec termine son travail sur les sels de strontium par une courte étude sur leur application à l'industrie. Il parle de l'emploi, dans la pyrotechnie, de l'azotate de strontium qui a la propriété de colorer les flammes en rouge ; dans l'industrie sucrière, de l'hydrate de strontiane qui sert à extraire le sucre des melasses ; dans le déplâtrage des vins, du tartrate de strontiane. Cette dernière application se trouve parfaitement justifiée, en dehors de toute autre considération, par l'innocuité absolue de ces composés.

## **Emploi de la teinture de cantharides dans le traitement de l'albuminurie.**

M. Lancereaux a apporté à l'Académie les résultats obtenus par lui de l'administration de la teinture de cantharides dans l'albuminurie, lorsque ce symptôme est dû à une néphrite épithéliale. L'auteur a produit 36 observations ainsi traitées, le médicament étant donné à raison de 6 à 12 gouttes dans les vingt quatre heures. Les résultats auraient été excellents et dans plusieurs cas M. Lancereau a vu disparaître rapidement l'anasarque, en même temps que la fonction urinaire se rétablissait.

Cette médication n'est pas neuve, Boyer et Grisolle l'ont préconisée, Lecorché et Talamon l'ont condamnée en se basant sur les expériences de Cornil qui a montré que la cantharide amenait rapidement une inflammation de glomérules avec une véritable néphrite parenchymateuse. Aussi doit-on suivre le conseil de MM. Sée et Dujardin-Béaumont qui s'opposent à l'emploi de ce poison rénal dans le traitement de l'albuminurie, les dangers qu'il fait courir sont en effet beaucoup trop sérieux. — (*Nouv. Remèdes.*)

## **Traitement des adenopathies cervicales**

Par le Dr LEGENDRE, (*Concours méd.*)

Si la consistance reste ferme, qu'il n'y ait aucun accroissement, et que le ganglion soit à peine apparent à l'extérieur, mieux vaut n'y pas toucher et se contenter du traitement interne, modificateur de l'infection tuberculeuse ou du terrain purement lymphatique.

S'il y a tendance à l'accroissement et surtout au ramollissement par caséification, on est autorisé à pratiquer, suivant les cas, soit l'extirpation, soit les injections interstitielles de naphthol camphré.

S'il y a véritable fluctuation et que le ganglion soit transformé en un kyste purulent, la ponction aspiratrice suivie d'une injection d'éther iodoformé, peut être faite, ou bien il faut faire le curage de la poche caséo-purulente.

Quant on est en présence de ces grosses masses ganglionnaires qui forment un chapelet difforme le long du cou, depuis l'apophyse mastoïde jusqu'à la clavicule, ou s'étendant transversalement sous le maxillaire d'un côté à l'autre cou, on peut essayer de provoquer la sclérose du tissu cellulaire en pratiquant en divers points de cette masse, autour des ganglions les plus accessibles, l'injection de quelques gouttes de la solution de chlorure de zinc au 1/10 (méthode sclérogène de Lannelongue).

Il est toujours temps de se résoudre à l'énucléation de toute cette masse, intervention de grande chirurgie.

Ces extirpations ont souvent, d'ailleurs, un côté décourageant : à peine un groupe de ganglions est-il extirpé qu'un autre s'hypertrophie et suppure à son tour. J'ai vu des sujets opérés plusieurs fois ainsi en peu d'années.

Quant aux traitements médicaux à opposer à toutes les variétés d'adénopathies scrofuleuses du cou, ils sont efficaces dans beaucoup de cas, à la condition d'être poursuivis avec ténacité et à des doses suffisantes.

Il en est un, le plus ancien, c'est l'huile de foie de morue, et je puis affirmer par expérience que ce vieux remède est vraiment efficace, mais la condition d'être employé à hautes, très hautes doses, comme M. Grancher le professe.

Ce n'est pas deux ou trois cuillerées à soupe par jour qu'il faut faire prendre, c'est au moins six et souvent beaucoup plus. J'ai vu une jeune fille de quinze ans prendre, dans le service de la Clinique des Enfants, quatorze cuillerées à soupe d'huile de foie de morue ; elle avait d'énormes masses ganglionnaires qui ont littéralement fondu en trois ou quatre mois. Mais il va sans dire que ce traitement réclame un estomac et un intestin excellents, car il ne faut pas encore que l'huile ingérée entrave l'alimentation normale. Peut-être pourrait-on obtenir un résultat analogue par l'usage du morrhuol, mais je n'ai pas de fait probant à citer.

Aussi, dans la plupart des cas, j'accorde ma confiance à l'une des deux médications internes suivantes : l'iodoforme et la teinture d'iode.

M. Verneuil a insisté avec raison sur l'efficacité incontestable de l'iodoforme dans certaines tuberculoses locales. J'y souscris sans réserve pour les adénopathies aplegmasiques : suivant l'âge des sujets on donnera cinq, dix, quinze, vingt centigrammes d'iodoforme pro die, en pilules de cinq centigrammes que j'enrobe volontiers dans le tannin et la poudre de café porphyrisé pour les désodoriser. Au bout de quelques semaines, s'il y a de l'embarras gastrique, on suspend pendant une semaine ; on donne un ou deux purgatifs, pendant quelques jours l'antisepsie intestinale avec les naphthols ; puis on recommence pendant des mois. J'ai vu des exemples saisissants de ganglions en voie de caséification qui rétrocédaient, se sclérosaient. On avait déjà préparé le bistouri pour intervenir quand on assistait à la rétrocession graduelle.

Puis la teinture d'iode, donnée à la dose de dix à quarante gouttes pro die dans du vin d'Espagne ou simplement de l'eau sucrée, produit aussi de bons effets, mais surtout chez les sujets à scrofule franchement toxique ; car l'iode, sous cette forme, provoque plus facilement des poussées réactionnelles subaiguës ou même aiguës dans les ganglions

et leur atmosphère celluleuse. Dès que cette réaction devient trop vive, il faut diminuer ou cesser l'iode sinon la suppuration suit.

Pour alterner avec les médicaments précédents, le sirop d'iodure de fer et les préparations iodotanniques jouent un rôle utile dans le traitement de certains sujets lymphatiques et anémiques, soit avec catarrhe bronchique sans induration pulmonaire ni bacilles dans les crachats ; dans les cas de bacilles pulmonaire, la créosote devient indispensable.

De temps en temps, une petite cure arsénicale interviendra utilement lorsqu'il n'y a pas de poussée subaiguë.

Il n'y a pas lieu de dédaigner certains topiques, comme les applications fréquentes de compresses de tarlatane imbibées d'eau salée à 3 pour 100, les pommades contenant de l'ichthyole, voire même des applications réitérées de petits vésicatoires volants suivies d'onctions avec l'onguent mercuriel ou l'emplâtre de Vigo.

Il ne faut pas oublier que l'alimentation du malade doit être l'objet de soins attentifs ; que la viande, les œufs, les poissons gras, les sardines à l'huile, les purées de farineux, le laitage feront la base de l'alimentation.

On utilisera encore les bains salés, iodés et bromés.

—*Le Mouv. Thérap.*

### Sur l'usage des alcalins dans le prurit

Dans quatre cas de prurit rebelle à tout traitement, Lange ayant remarqué que les urines chez ces malades étaient chargées d'acide urique et d'urates, prescrivit l'emploi des alcalins, tels que bicarbonate de soude, carbonate de lithium, eaux alcalines. Les résultats obtenus furent excellents ; les symptômes morbides s'amendèrent peu de jours après l'institution du traitement ; en le continuant pendant quelques mois consécutifs, il réussit à guérir complètement tous ces malades.—*Le Mouv. Thérap.*

## GYNECOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

### Traitement de la blennorrhagie chez la femme.

Irrigations boriquées chaudes au millième, suivies d'insufflations d'iodoforme. Tous les quatre ou cinq jours, badigeonner le vagin au nitrate d'argent, solution au cinquantième.

HORAND.

Tampon de ouate assez gros, lié au milieu avec un fil servant à le retirer, et saupoudré de colophane porphyrisée (le renouveler trois fois par jour.)

C. S. 7.

Injection avec solution de chlorure de zinc au millième.

MARTINEAU.

Injection de Boys :

|                      |              |
|----------------------|--------------|
| Eau distillée .....  | 150 grammes. |
| Glycérine.....       | 30 —         |
| Teinture d'iode..... | 3 —          |
| Acide phénique.....  | 1 goutte.    |

M. S. A.

On peut aussi employer : l'eau blanche, l'alun, le chlorure de soude, l'acétate de zinc, l'acide borique, le vin aromatique, l'infusion de roses rouges, etc.

Toniques généraux, reconstituants et anti-scrofuleux, bains salés et sulfureux, air marin. Pepto santal de Ticario. Dr MONIN.

(*Gazette de Gynécologie.*)

### Traitement des gerçures du sein.

Pour atténuer presque immédiatement les douleurs et amener la cicatrisation rapide des gerçures du sein, Allen conseille de badigeonner avec du blanc d'œuf le bout du mamelon et, en particulier, les parties exulcérées.

Le soulagement donné par ce procédé très simple est presque toujours instantané. La cicatrisation serait souvent complète en quelques heures.—(*Courrier Médical.*)

### L'hydrastis canadensis comme remède contre les vomissements de la grossesse-

Dans quatre cas successifs de vomissements dits incoercibles de la grossesse, un gynécologiste russe, M. le docteur P. Fedorow (de Karkow) a obtenu un succès rapide et complet par l'administration de l'extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 gouttes répétée quatre fois par jour. Le médicament agirait, d'après notre confrère, en abaissant la pression sanguine, en décongestionnant l'utérus et en calmant l'hyperexcitation des centres vaso-moteurs du tube gastro-intestinal.—(*Courrier Médical.*)

### Carbonate de soude pour douches vaginales

Fritsch recommande le carbonate de soude, à solution à 3 0/0 à la température de 29-80° R. (35-36°,25 C), comme le meilleur liquide pour injections intra-vaginales. Cette solution se recommande surtout pour ses propriétés muco-dissolvantes.—(*Les Nouv. Remèdes.*)

**Ecoulements vaginaux.**

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Acidé phénique pur.....     | 1 gramme. |
| Alcool ou eau de Cologne... | 30 —      |
| Eau .....                   | 70 —      |

Mélez.

A l'aide du spéculum, on introduit, une ou deux fois par jour, des tampons imbibés de ce mélange et chaque fois qu'on les enlève, on pratique des injections légèrement astringentes. Dès que les surfaces sont détergées, on remplace les tampons d'alcool phéniqué par d'autres, imprégnés d'une solution moins active, telle que la suivante :

|                     |             |
|---------------------|-------------|
| Acide tannique..... | 15 grammes. |
| Glycerine pure..... | 90 —        |

(*Gaz. de Gynécologie*, 1892 ; n° 138.)

**Traitement des tumeurs utérines.**

Voici quelles sont les conclusions d'une communication du Dr Chas. A. L. Reed sur ce sujet :

1° Tout utérus myomateux accompagné d'hémorragies continues, quelle qu'en soit la variété, doit être opéré de bonne heure.

2° Chez les femmes jeunes, ayant des tumeurs multiloculaires donnant lieu à des hémorragies excessives, les annexes doivent être extirpées, si c'est possible, le résultat pouvant être le même que par l'extirpation totale de la tumeur. Cette dernière opération doit être pratiquée toutes les fois que la nature de la tumeur permettra son extirpation, en faisant courir moins de dangers à la malade que ceux qui se produiraient par la présence de cette tumeur.

3° A ces tumeurs déjà reconnues comme exigeant une intervention, on peut ajouter celles qui résultent du développement de l'utérus et qui peuvent produire une compression dangereuse pour les parois utérines et amener leur destruction, car par ces moyens peuvent se produire des accidents septiques.

4° Toute tumeur sous-séreuse, indolente, mais se développant d'une façon continue et devenant une gêne pour les organes voisins, doit, qu'elle donne lieu ou non à des hémorragies, être l'objet d'une laparotomie exploratrice dans le but : 1° d'extirper les ovaires ; 2° le néoplasme, si cela est possible.

5° Toute tumeur ayant tendance à augmenter de volume, survenant chez une femme après la ménopause, doit être enlevée de préférence par la voie vaginale, ou si cela est impossible, par la laparotomie.

6° Quand il y a une indication très nette d'intervenir, il faut pratiquer l'opération au premier moment favorable.—(*Gaz. de gynécologie.*)

## PÆDIATRIE

### Traitement de l'urticaire chez les enfants.

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| Chloral.....                  | } <i>dâ</i> 3 gr. 75 |
| Camphre pulvérisé .....       |                      |
| Poudre de gomme arabique..... |                      |

Triturez jusqu'à liquéfaction et ajoutez :

Cérat simple..... 30 grammes.

Le soir, en couchant l'enfant, frictionnez avec cette pommade les parties affectées ; diminution du prurit, sommeil tranquille, l'enfant cesse de se gratter,

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| Acide phénique.....     | 0 gr. 45   |
| Glycérolé d'amidon..... | 30 grammes |

Pour badigeonner le matin les mêmes parties.—(*Courrier Médical.*)

### De quelques troubles provoqués par les végétations adénoïdes chez les enfants du premier âge.

*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, p. 499, 1891.)

Lubet-Barbon étudie :

A. LES TROUBLES DE L'ALIMENTATION déterminés par la gêne respiratoire, éprouvée au moment de la tétée par le petit malade, qui prend deux ou trois gorgées de lait, avale avec bruit, puis, manquant d'air, lâche le sein, respire et recommence ensuite à téter. Quelquefois le lait tombe dans le larynx, d'où accès de toux suivi dans certains cas de vomissements. Dans ces conditions, l'enfant dépérit et peut même devenir athrétique.

B. TROUBLES DE LA RESPIRATION.—Bouche ouverte, narines dilatées, visage pâle, amaigri, traits tirés ; respiration bruyante, pénible, quelquefois ronflante, etc. ; inquiétude constante. Pendant le sommeil, l'oxigénéation insuffisante peut déterminer l'intoxication du bulbe et provoquer un accès de faux croup. Le ronflement est beaucoup plus accentué pendant le sommeil, qui est agité, avec sueurs abondantes.

Coryza constant, éternûments fréquents ; jetage incessant avec exulcération des narines, muco-pus dans le naso-pharynx ; avec le temps, les amygdales palatines peuvent acquérir un développement considérable

Toux fréquente, à répétition, pouvant être dure, éclatante, quinteuse, coqueluchoïde, survenant à l'occasion de l'ouverture de la bouche et jamais quand on comprime la trachée, comme dans les trachéïtes.

Inspirations et expirations forcées, déterminant à la longue de l'emphysème ; respiration lente, humée, déformations thoraciques quelquefois permanentes.

*Diagnostic.*—Il se déduit de l'ensemble symptomatique. Dans le coryza syphilitique, le jetage est séro-sanguinolent, odorant, la toux n'est pas aussi marquée. Le toucher digital, pratiqué avec soin, permettra le plus souvent de s'assurer de la présence des végétations.

*Traitement.*—Combattre tout d'abord le catarrhe nasal par l'introduction, dans le méat inférieur, de mèches d'ouate imprégnées de pommade boriquée (175°).

Si les accidents ne cèdent pas, procéder à l'ablation des végétations au moyen des pinces dont la portion coudée doit être très courte et presque complètement formée par les cuillers. On peut faire l'opération en une seule fois ou en plusieurs séances. La préhension du vomer et l'hémorrhagie post-opératoire sont des complications fort rares, de même des accidents inflammatoires consécutifs.—(*Mouv. Thérapeutiq.*)

### **Les derniers traitements de la diphtérie employés dans les hôpitaux de Paris**

Notre savant confrère le Dr Mengeaud, après une rapide étude des données acquises à la science par Klebs, Lœfler, Roux et Yersin dans le domaine de la bactériologie, en tire quelques déductions pratiques à savoir : évolution très rapide du bacille, sa pullulation à la face profonde de la fausse membrane, la nécessité d'une plaie pour favoriser l'inoculation, la persistance de la virulence due à la vitalité considérable du bacille de Klebs et à sa résistance considérable. — D'après l'auteur, les Drs Roux et Yersin seraient parvenu après un médecin russe de Moscou, à détruire la virulence du bacille diphtéritique en le desséchant à 45° et en l'associant aux virus produits par le streptocoque de l'érysipèle. Le médecin russe osa même inoculer l'érysipèle à 12 enfants atteints de diphtérie.—Les neuf premiers guérirent et les trois autres chez lesquels il ne put être greffé succombèrent. Le Dr Mengeaud conclut des principes généraux surénoncés, — que les antiseptiques doivent être utilisés, que la muqueuse ne doit pas être lésée, qu'il faut lutter contre l'absorption de la muqueuse par des applications d'agents balsamiques.—Après avoir rappelé les traitements de Mrs J. Simon, Gaucher, l'auteur rappelle les nombreuses applications de la créosote conseillées par le Dr Legroux, à savoir badigeonnage toutes les 4 heures de la gorge avec de la glycérine alcoolisée, de la créosote 1730°, — 2° Pulvérisation constante de l'atmosphère par l'alcool créo-

soté au 100°, enfin, dans les cas graves, injections hypodermiques avec la solution suivante.

|                         |         |
|-------------------------|---------|
| Huile d'olive aseptique | 180 gr. |
| Créosote de hêtre.      | 20 gr   |

Cette méthode aurait donné 30 guérisons et 38 décès sur 68 cas, dans la pratique hospitalière. Bien plus, l'administration de la créosote à l'intérieur a été donnée systématiquement aux enfants atteints de croup, opérés ou non. Dans près de la moitié des cas, les enfants auraient échappé à la broncho pneumonie post opératoire, en raison de son action antiseptique et elective (désobstruante) sur les voies respiratoires.—Le Dr Mengeaud, passe ensuite en revue, le traitement du Dr Legendre qui consiste à enlever sans violence les fausses membranes et à badigeonner avec un tampon imbibé de.

|           |         |
|-----------|---------|
| Naphtol   | 5 gr.   |
| Alcool    | 5 gr.   |
| Glycérine | 100 gr. |

Puis à faire des irrigations toutes les deux heures avec la solution suivante :

|         |                |
|---------|----------------|
| Eau     | 1000 gr.       |
| Naphtol | 0, 30 centigr. |

Après une sensation de chaleur vive, apparaît l'anesthésie de la muqueuse et la réfrigération.—(6 cas de guérison sur 24 malades) sur six enfants tachéotomisés, un seul a guéri.—Nous insisterons peu sur le traitement du Dr Guelpa dans lequel les irrigations avec une solution chaude et très étendue de perchlorure de fer sont faite dans la gorge et dans le nez. La mortalité n'aurait été que de 15 0/0.—Après avoir utilisé le sublimé, Mr le Dr Hutinel donne actuellement la préférence à la solution du phénol sulforiciné dont les applications et les avantages ont été indiquées récemment dans ce même journal (Nos 2845, 2846). Deux solutions peuvent être employées soit à 10 0/0, soit à 20 0/0. Le type en est le suivant.

|                        |        |
|------------------------|--------|
| Acide phénique pur     | 10 gr. |
| Sulforicinate de soude | 90 gr. |

On maintient le topique le plus longtemps possible, sur la fausse membrane, à l'aide d'un tampon d'ouate. Celle-ci blanchit la muqueuse malade, l'imprègne et rend moins nécessaires les fréquents lavages.—Dans un dernier chapitre, le Dr Mengeaud résume les conclusions et les expériences personnelles. Ces conclusions sont les suivantes. Réserver à l'exemple du Dr J. Simon les attouchements à l'acide phénique chez l'adulte et employer de préférence la solution

salicylée chez l'enfant au-dessous de 2 ans, à laquelle on y ajoutera la créosote.

|                     |                   |
|---------------------|-------------------|
| Glycérine           | 30 gr.            |
| Acide salicylique   | } à 0,60 centigr. |
| Terpine ou créosote |                   |
| Alcool              | 95 gr. dissoudre  |

La raison de cette association réside dans la composition antiseptique de la créosote (combinaison de phénol, crésol gaïacol) dans l'action peu toxique de l'acide salicylique dont l'équivalent toxique égale 0, 40 cent par kil. tandis que 0, 95 centigr. d'acide phénique suffisent par kilogr. à l'action nettement endosmotique de la créosote expérimentalement démontrée par Mr Mengeaud. L'acide salicylique n'est pas douloureux. Il arrête le développement des moisissures à 171000°, empêche le développement des bactériidies dans les liquides exposés à l'air, lorsque la solution est à 17500°, conserve 8 jours la viande plongée dans une solution à 1700°. Donc l'acide salicylique doit être préféré chez les jeunes enfants et la formule suivante très bien tolérée chez l'adulte doit être conservée.

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| Sulfuricinate de soude. | 80 gr. |
| Acide phénique          | 10 gr. |
| Créosote                | 5 gr.  |

Les maladies supportent très bien ces badigeonnages précédés par des irrigations d'eau boriquée à 4 070 (Hutinel). Dans la chambre, on fera au choix des vaporisations d'eau boriquée à 3 070, près de la bouche du patient, ou encore on tiendra en ébullition une à deux bouillottes contenant de l'eau et du thymol. Le traitement général consistera en l'administration de la vieille eau de vie (presque à 50 gr. Cadet de Gassicourt), des toniques (café, thé, kola, coca. quinquina). Quant au cubèbe, le Dr Mengeaud a constaté son action bienveillante et dit l'avoir administré facilement :

|                               |         |
|-------------------------------|---------|
| Cubèbe finement pulvérisé.    | 10 gr.  |
| Sirop simple                  | 120 gr. |
| Vin de Bordeaux ou de Malaga. | 80 gr.  |

Une cuillerée à soupe toutes les heures.

Le Dr Mengeaud rappelle en terminant les mesures propres à désinfecter les tentures, tapis et rideaux. — La nécessité de détruire les rampons d'ouate ayant servi aux pansements, la désinfection des meubles, des cabinets d'aisance (chlorure de chaux), le lessivage des linges de toilette, les lavages des ongles et des mains des gardes-malades ; enfin la nécessité de l'étuve après le soufrage des vêtements du malade.

### Abcès rétro-pharyngien chez l'enfant : son traitement

Les abcès rétro-pharyngiens étaient autrefois considérés comme dus invariablement à une carie spinale. C'était là, certainement, une opinion erronée. Bokai, à l'hôpital des enfants de Pesth, a relevé 204 cas, sur lesquels 7 seulement étaient sous la dépendance d'une carie spinale, tandis que 189 étaient d'une nature purement locale. A Londres, c'est une affection relativement rare et l'auteur n'en a rencontré que 3 cas dans les cinq dernières années. Tous trois étaient aigus et n'avaient aucune relation avec une carie spinale.

Bien que n'étant pas une maladie commune, l'abcès rétro-pharyngien aigu de l'enfance mérite de fixer l'attention, parce que non seulement il donne lieu à des symptômes sérieux, mais en crevant subitement la nuit, il peut amener la mort par suffocation.

Les quatre cas rapportés par l'auteur, M. le Dr Pollard, tirent un intérêt particulier de la façon dont il ont été traités. Nous donnerons le premier avec quelques détails, renvoyant pour les autres au texte original.

Le premier cas concerne un garçon de sept mois, qui fut admis à l'hôpital pour un embarras de la respiration. La maladie datait de sept jours, avait débuté par un catarrhe nasal suivi pendant les trois ou quatre derniers jours d'une toux forte et sèche et de difficultés de respirer et d'avalier. L'enfant était un peu rachitique. La respiration était accompagnée d'un bruit de ronflement, surtout pendant l'inspiration durant laquelle il y avait un léger enfoncement des côtes et des régions supra-claviculaires. La langue était très chargée et il y avait un mucus épais dans la gorge. L'amygdale gauche était tellement grosse qu'il était presque impossible de passer le doigt entre elle et le côté gauche. Pas de fluctuation. Les glandes du côté gauche du cou, en-dessous de l'angle de la mâchoire, étaient un peu tuméfiées ; les glandes des autres parties du corps ne montraient pas de gonflement.

La température variait de 98°, 2 à 100°, 4 Fahr.

Le lendemain de l'admission, une incision fut faite dans la tumeur de la gorge ; il sortit beaucoup de pus et l'enfant fut soulagé momentanément. Deux jours après, réapparition des symptômes et nouvelle incision, suivie de nouveau d'un grand soulagement. La tuméfaction se reforma en deux ou trois jours, la température s'éleva et la respiration devint plus difficile.

Quand l'auteur vit l'enfant, huit jours après son admission, il constata que l'abcès n'intéressait pas du tout l'amygdale. Il était situé en arrière du pharynx, surtout du côté gauche. L'auteur se décide à l'ouvrir par le cou, suivant le procédé du professeur Chiene,

Une petite incision fut faite le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, près de son extrémité supérieure, et poussée à travers tous les tissus superficiels jusqu'aux muscles du plancher du triangle postérieur. Les tissus situés en arrière des gros vaisseaux et nerfs furent ensuite disséqués à l'aide d'instruments mousses, de façon à permettre l'introduction d'un doigt assez profondément pour qu'il pût être senti par un autre doigt dans le pharynx contre le bord externe de l'abcès.

Une sonde cannelée fut ensuite poussée dans l'abcès et, dès qu'on vit sortir le pus, on élargit l'ouverture avec une paire de pinces à pansement et un tube fut introduit. Le jour suivant, le gonflement de la gorge avait presque entièrement disparu. La respiration et la déglutition étaient faciles. La température s'était un peu élevée pendant quatre jours, en même temps qu'il y avait une légère pneumonie. Le second jour on plaça un tube de plus petit calibre. Le tube fut graduellement raccourci et complètement enlevé le neuvième jour après l'opération. L'enfant sortit un mois après avoir été opéré ; il n'a eu depuis ni difficulté de la respiration ni difficulté d'avaler.

Les quatre cas ont été parfaitement guéris, la cavité de l'abcès s'étant fermé rapidement. Dans tous, l'affection était entièrement locale et sans relation avec une carie vertébrale. Dans aucun des cas, les amygdales n'ont été le siège de l'abcès ; les abcès amygdaliens sont très rares, s'ils se présentent jamais, chez d'aussi jeunes enfants.

Deux opinions ont été émises au sujet de l'origine de ces abcès rétro-pharyngiens aigus chez les enfants en bas âge. D'après les uns, ils seraient sous la dépendance d'une adénite consécutive à l'inflammation de la muqueuse voisine. A l'appui de cette dernière manière de voir, il existe une observation importante du Dr Edmond Simon, qui décrit les lymphatiques de la région rétro-pharyngienne comme formant de chaque côté un réseau se terminant dans une glande située entre le pharynx et l'aponévrose des muscles prévertébraux. Ces glandes disparaîtraient après la troisième année. Cette observation est d'accord avec le fait que la majorité de ces abcès se produisent chez de tout jeunes enfants. Dans les 4 cas rapportés, les âges sont de sept mois, treize mois, vingt-cinq mois et dix-sept mois. Le plus grand nombre des cas de Bokai concernent des enfants âgés de moins de deux ans ; 196 cas sur 204, des enfants au-dessous de trois ans. Le fait que l'abcès est ordinairement unilatéral s'accorde aussi avec l'observation de Simon.

L'affection primitive peut intéresser le pharynx, la partie postérieure des fosses nasales, la gorge ou le tympan. Dans deux des cas rapportés, le premier signe du mal fut un catarrhe nasal ; dans un autre, une otite du même côté que l'abcès.

La maladie peut survenir sous une forme très aiguë ou d'une manière un peu insidieuse. Suivant le siège, la déglutition et la respiration peuvent être gênées, la dernière surtout pendant le sommeil où elle s'accompagne de ronflement. Les glandes lymphatiques du cou sont généralement enflées d'un côté ou des deux côtés. Ces symptômes sont suffisamment suggestifs pour conduire à l'examen de la gorge ; s'il y a un abcès rétro-pharyngien, on trouvera une tuméfaction molle et fluctuante, située ordinairement plutôt sur l'un des côtés de la ligne médiane et repoussant en avant la paroi postérieure du pharynx.

Dès que l'abcès rétro-pharyngien est diagnostiqué, il faut procéder à son ouverture pour prévenir la dyspnée ou empêcher que l'abcès ne crève pendant le sommeil et n'amène la suffocation. L'opération peut se faire de deux manières, par une incision dans la paroi pharyngienne ou une incision externe à travers le cou. La première est plus facile, mais elle ne permet pas le drainage ; l'incision peut se fermer trop tôt et causer ainsi une nouvelle accumulation de pus ; d'autre part, l'application d'un traitement antiseptique est impossible.

La méthode du professeur Chiene est bien connue ; mais l'auteur ne pense pas qu'elle ait été employée encore pour les abcès aigus de l'enfance, sauf quand le pus s'était frayé une voie au dehors. C'est pourtant, d'après lui, une opération facile, même quand l'abcès est petit et confiné dans les tissus rétro-pharyngiens, et quand le patient est un enfant tout jeune. Dans tous les cas, l'opération a été faite comme dans le premier que nous avons donné plus haut.

(*Revue de Laryng.*)

**Maladies des enfants.** — Sirop Créosoté :

|                            |            |
|----------------------------|------------|
| Créosote.....              | 5 grammes. |
| Alcool à 90°.....          | 125 —      |
| Glycérine neutre.....      | 50 —       |
| Sirop de tolu.....         | 250 —      |
| Eau de laurier-cerise..... | } à 40 —   |
| Eau distillée.....         |            |

F. S. A.—Une cuillerée à café contient cinq centigr. de créosote. A recommander pour les enfants.

(*Journal de chirurg. et thérap.*, n° 11.)

## DERMATOLOGIE

### Bains sulfurés contre l'eczéma

*Amsler sen.* insiste après *Lassar* et *Semifeld*, sur l'utilité des bains sulfurés dans le traitement de l'eczéma. L'eczéma ordinaire étant, dans la plupart des cas, d'origine bactérienne, ces bains pourront rendre des services, grâce à l'absorption par la peau d'hydrogène sulfuré qui se fait dans le bain. Il va sans dire que l'eczéma, chez les hystériques, les vieillards, etc., sera traité d'une manière tout à fait différente que l'eczéma vulgaire d'origine bactérienne.—(*Les N. Remèdes.*)

### HOPITAL SAINT-LOUIS.

(Conférences cliniques de M. le Dr Ernest Besnier).

*Vitiligo et vergetures.* — *Erythème induré des membres inférieurs.* — *Herpès récidivant.* — *Prurit et cancer.* — *Pityriasis rosé.* — *Alopécie syphilitique.* — *Traitement d'un psoriasis localisé.* — *Traitement de la gale compliquée.*

Une malade d'une trentaine d'années, entrée dans le service pour des accidents de chlorose, présente cette coloration verdâtre particulière qui indique non seulement la diminution des globules sanguins, mais aussi l'altération de l'hémoglobine. Il y a là quelque chose de subictérique ; mais les conjonctives restant au contraire très blanches, l'ictère ne peut être mis en question. Cet état de la peau chez certaines chlorotiques est intéressant à noter, parce que dans ces conditions la plupart des éruptions y seraient à peine visibles. Exception est faite cependant pour les éruptions pigmentées dont cette malade offre précisément un exemple remarquable. On constate, en effet, chez elle, sur le ventre, des bandes dépigmentées avec hyperchromie sur les bords qui font presque le tour du corps. C'est là le vitiligo, affection latente dont la cause reste le plus souvent inconnue et qui, ici, paraît avoir succédé à une grossesse.

Elle est cependant bien différente du chloasma, lequel est constitué par des taches pigmentées, alors que le vitiligo est formé par des espaces dépigmentés avec hyperpigmentation sur leurs bords.

Le vitiligo se montre surtout chez des sujets plus ou moins entachés de nervosisme et à la suite de grandes commotions morales, mais on ignore s'il est accompagné de lésions primitives du système nerveux, celles qu'on y rencontrent paraissant seulement être des lésions trophiques.

Il est à noter que lorsque le vitiligo se montre dans une région

occupée par des poils, ceux-ci se décolorent, mais cependant ne tombent pas ; si cette chute venait à se produire, c'est qu'il s'agit d'une autre affection.

Cette maladie présente, en outre, sur la région abdominale, les vergetures ordinaires de la grossesse, lésion qui est due à la rupture des fibres élastiques de la peau et aux altérations atrophiques qui se produisent secondairement.

On sait que les vergetures peuvent occuper un grand nombre de régions différentes et se produisent à la suite des modifications de volume des parties. Il est une région en particulier où ces vergetures inquiètent les malades : ce sont les seins. Chez des sujets qui prennent rapidement de l'embonpoint, on peut voir, autour du mamelon comme centre, rayonnant tout autour de lui, une série de vergetures rouges, très disgracieuses et pouvant se produire avec une assez grande rapidité. Aussi est-on souvent consulté par les femmes qui désirent éviter cette lésion ou y remédier quand elle est produite.

Bien que la chose paraisse assez difficile, il y a cependant peut-être quelques tentatives à faire dans cette direction. Tout d'abord, il est à remarquer que, pour ce qui est des vergetures abdominales, cette lésion est beaucoup moins marquée chez les femmes anglaises, alors même qu'elles ont eu beaucoup d'enfants que chez les françaises. M. Besnier attribue ce fait au soin avec lequel les médecins anglais font soutenir le ventre par des ceintures ou autres appareils pendant la grossesse. En France, au contraire, on ne prend généralement à cet égard aucune précaution, et il y aurait peut-être quelque chose à faire dans ce sens.

Les vergetures une fois formées, celles du sein en particulier, qui sont les plus désagréables aux malades, pourraient être traitées par l'électricité sous toutes ses formes, puis par des applications astringentes comme le tannin ou l'eau blanche. Ces applications peuvent empêcher le travail atrophique qui succède aux ruptures des fibres du derme. Ces applications sont faites localement, au moyen de compresses, mais on peut aussi prescrire des bains de tannin dans lesquels on fait entrer de 10 à 100 grammes de cette substance.

Pour ce qui est du vitiligo, il est possible aussi d'agir médicalement sur cette lésion. On peut employer des injections sous-cutanées de pilocarpine (un centigramme au niveau de la lésion). On peut faire également des applications de compresses trempées dans une solution de bromure de potassium à 5 pour 100. L'association de ces deux moyens a paru donner quelques succès.

—L'érythème induré des membres inférieurs a été surtout décrit par Bazin qui le rangeait parmi les scrofulides bénignes dont il faisait

trois catégories, la première constituée par l'ongle chronique, la seconde par cet érythème et la troisième par une forme de couperose scrofuleuse qui se rapproche beaucoup de certains lupus. Une malade du service constitue un exemple très net de cet érythème qui est formé par des taches rouges, plus colorées à leur centre, siégeant particulièrement aux jambes ; elles sont entourées d'une zone d'induration analogue à ce que l'on observe dans l'érythème noueux ; toute la partie inférieure du membre, d'ailleurs, présente une coloration livide montrant que la circulation s'y fait d'une manière incomplète. Il n'y a pas de démangeaisons, à moins d'irritation extérieure ou d'un traitement intempestif.

Chez cette malade l'affection se reproduit tous les ans depuis une dizaine d'années et reconnaît surtout pour cause le froid et la fatigue produite par la station debout longtemps prolongée. Aussi le meilleur moyen de traitement consiste-t-il dans le repos au lit, l'élévation des membres pour faciliter la circulation et des applications de décoction de feuilles de noyer ou de feuilles d'eucalyptus. Lorsque la période irritative a disparu, on remplace ces applications par de la compression et on arrive assez vite à la guérison. Mais la récurrence se reproduit vite et il est utile alors que le malade porte des bas élastiques. Chez celle-ci l'affection disparaît complètement en été pour reparaitre au moment de l'hiver.

—L'herpès récidivant de la peau présente dans son évolution quelques particularités assez spéciales. Chez une malade du service, l'herpès occupe le menton et les joues et survient après une bronchite, mais cette affection s'était déjà produite trois ou quatre fois chez elle. C'est qu'en effet certaines personnes sont très sujettes à ces poussées qui occupent presque toujours la même région : aussi a-t-on émis cette théorie que la première évolution serait due à une inoculation. Les poussées suivantes seraient dues au développement de germes restés à l'état latent dans cette région et qui évoluent alors sous l'influence d'une cause occasionnelle. Aussi, peut-être y aurait-il lieu d'agir plus énergiquement sur la lésion pour prévenir les récurrences. Mais il est à remarquer que cette affection ne laisse aucune trace et il est des personnes de 18 à 40 ans, âge auquel l'affection se produit habituellement, ont eu des centaines de poussées et ne portent aucune cicatrice. Le fait est d'autant plus remarquable que cette lésion paraît tout à fait semblable à celle du zona et que celui-ci laisse presque toujours à sa suite des cicatrices ou tout au moins des macules, point sur lequel il faut toujours attirer l'attention des malades qui seraient tout disposés à les attribuer à l'incurie de leur médecin.

Chez une autre malade, on observe également un groupe d'herpès à

la joue qui se montre pour la quatrième fois ; mais ici l'étiologie en paraît différente. Au premier abord on pourrait penser qu'il s'est sous l'influence d'une affection utérine, mais cette femme est syphilitique et si on considère que Doyon et Diday ont montré que l'herpès progénital récidivant était d'origine vénérienne et se montrait souvent chez les syphilitiques, on peut se demander si la syphilis n'étend pas son influence à ce point de vue plus loin que la région génitale. Cette femme, en effet, n'est syphilitique que depuis huit mois et c'est seulement depuis cette époque que l'herpès récidivans a fait son apparition. Il serait probablement utile, en tout cas, d'étudier quelle serait l'influence du traitement antisiphilitique sur cette affection survenue dans ces conditions particulières.

—M. Besnier fait remarquer que le prurit généralisé, sans cause apparente, a une signification diagnostique toute spéciale et que toutes les fois que l'on voit ce symptôme se produire dans ces conditions, il faut songer à la possibilité d'un cancer. Une malade était atteinte d'un prurit des plus violents depuis un an. A ce moment elle présentait une douleur légère au niveau de la langue, et presque en même temps le prurit disparut. La douleur s'exaspéra sous forme d'une glossodynie dont on fut longtemps sans trouver la cause. Mais au bout de quelques mois, une nodosité se produisit sous le maxillaire et on constata la présence d'un nodule dans la partie douloureuse de la langue. Il s'agissait d'un carcinome qui fut extirpé, mais qui récidiva et amena la mort dans un délai assez court.

Les faits de ce genre ne sont pas très rares et cette relation entre le prurit généralisé et l'imminence d'un cancer est un fait bien établi. Ce prurit vrai, sans lésion, peut cependant durer bien longtemps sans qu'il soit suivi de cet éventualité. Un vieillard habitué du service, est sujet depuis des années à un prurit tel qu'il use ses ongles à se gratter : or, fait bien particulier, malgré ce grattage violent et presque continu, la peau ne présente aucune lésion due à ce traumatisme.

—Le pityriasis rosé de Gibert est presque toujours confondu avec la roséole syphilitique, confusion qui ne devrait pas se produire si l'on tenait compte de ce fait que la roséole ne desquame pas, ce qui est un caractère différentiel capital. Un autre point fort important qui a été signalé par Brocq et qui est utile pour le diagnostic lorsqu'il est possible de s'en assurer par les commémoratifs, c'est que le pityriasis commence généralement par une première plaque qui reste isolée une ou deux semaines ; ce n'est qu'après ce laps de temps que l'affection est généralisée rapidement et prend son aspect caractéristique.

La nature de cette affection est encore incertaine : on peut se demander si elle n'est pas due à un parasite endogène parce qu'elle

coïncide souvent avec une altération gastrique : un fait paraît seulement bien établi maintenant, c'est qu'elle ne récidive pas.

Quoique son pronostic soit très bénin et sa terminaison spontanée toujours favorable, sa durée étant souvent assez longue, les malades réclament presque toujours une intervention médicale active qu'on ne peut leur refuser. Les bains boratés, contenant de 30 à 50 grammes de borate de soude, constituent le moyen le plus simple à employer ; si l'on veut agir plus activement, on prescrira des lotions savonneuses, le matin, et le soir des frictions avec :

|                         |              |
|-------------------------|--------------|
| Glycérolé d'amidon..... | 100 grammes. |
| Borate de soude.....    | 1 —          |
| Oxyde de zinc.....      | 20 —         |

En même temps on soumettra la malade à l'usage interne des alcalins.

—L'alopecie syphilitique peut dans certains cas prendre assez bien l'aspect de certaines formes de pelade.

Cependant sa disposition en clairières, disséminées, doit éveiller l'attention du médecin : chez un malade âgé de 20 ans niant absolument la syphilis, cette disposition était assez marquée pour faire soupçonner ce diagnostic, qui fut confirmé par l'existence d'une syphilide pigmentaire du cou. C'est là cependant un accident très rare chez l'homme, et chez ce malade, c'était le seul qui pût faire diagnostiquer la syphilis d'une façon certaine.

Ces alopecies, malgré le mauvais renom qu'elles ont, sont en général, peu graves, et les cheveux ne tardent pas à repousser. Aussi, beaucoup de médecins pensent qu'en dehors du traitement général de la syphilis, un traitement local est inutile.

M. Besnier pense cependant qu'il est bon d'activer la repousse des cheveux. Pour cela, chez les hommes, il faut les faire couper : puis faire savonner la tête au moyen d'un savon au naphthol soufré ; on fait suivre ce savonnage d'une friction avec un liniment térébenthiné. Ces frictions peuvent être faites aussi avec une brosse imbibée du mélange suivant :

|                          |                   |
|--------------------------|-------------------|
| Alcoolat de lavande..... | } parties égales. |
| Baume de Fioravanti..... |                   |

Dans certaines conditions l'alopecie peut prendre chez les syphilitiques une forme beaucoup plus grave : une femme de 53 ans est entrée dans le service avec une alopecie portant non seulement sur la tête qui est presque entièrement dénudée et dont les quelques cheveux qui restent s'enlèvent en les tirant à peine, mais sur les aisselles et les sourcils dont les poils sont presque entièrement tombés. Or, elle est atteinte en même temps d'une roséole et la nature syphilitique de son

alopécie est à peu près certaine quoique en général la chute de cheveux ne se produise qu'un peu plus tard, vers le sixième mois de la maladie. Cette forme généralisée est d'ailleurs très exceptionnelle dans la syphilis ; elle s'explique ici par l'âge de la malade, et par un état séborrhéique de la peau qui a pu jouer le rôle de cause prédisposante.

C'est dans des cas de ce genre que le pronostic est beaucoup plus sérieux et d'ailleurs, d'une façon générale, si dans l'alopécie syphilitique, les sujets qui ont une bonne chevelure n'ont rien à craindre pour la repousse ultérieure, il n'en est pas de même pour ceux dont les cheveux étaient d'une médiocre vitalité. D'où l'utilité du traitement pour les cas de ce genre.

— Dans un cas de psoriasis ayant pour particularité de siéger dans les plis, sous les seins, ce qui est très exceptionnel, et qui durait depuis 16 ans sans se généraliser, M. Besnier a conseillé la pommade suivante :

|                           |                 |
|---------------------------|-----------------|
| Acide pyrogallique.....   | } ââ 2 grammes. |
| Acide salicylique.....    |                 |
| Acide chrysophanique..... |                 |
| Aristol.....              |                 |
| Ichthyol .....            |                 |
| Axonge.....               | 100 grammes.    |

Ce mélange doit être appliqué tous les soirs sur une partie des lésions, car il ne faut pas l'appliquer sur une surface trop étendue, et continuer s'il ne détermine pas trop d'irritation. On fait prendre en même temps des bains alcalins tous les quatre ou cinq jours.

— L'impétigo, chez les enfants, masque souvent les lésions de la gale et lorsque surtout on le voit coïncider avec des démangeaisons, il faut toujours penser à cette dernière affection. Mais le traitement de la gale pourrait amener en pareil cas des accidents par une trop grande irritation de la peau et il est nécessaire de soigner tout d'abord l'impétigo. Chez un enfant entré dans ces conditions et présentant en particulier des lésions acariennes au niveau du coude, localisation de la gale sur laquelle il attire souvent l'attention, M. Besnier a prescrit le traitement suivant : Bain d'amidon, et cataplasme de féculs sur les parties irritées, puis pansement des mains avec :

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Acide borique..... | 5 grammes. |
| Naphthol B.....    | 1 —        |
| Vaseline .....     | 100 —      |

Lorsque l'irritation de la peau sera calmée, le traitement complet de la gale sera pratiquée.

DR PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,  
*Ancien interne des hôpitaux.*

## MEDECINE LEGALE

### **La mort subite ayant pour point de départ l'utérus.**

M. le Dr. Bonvalot vient d'étudier dans sa thèse tant au point de vue pathogénique qu'au point de vue médico-légal, certains faits de mort subite d'un très grand intérêt pour le praticien. Les observations qu'il a recueillies sont très instructives et fort utiles à connaître.

Quelques-unes sont relatives à des morts subites survenues après une injection intra utérine, après l'accouchement. Ainsi une malade de Buntzel, accouchée depuis quatre jours, avait déjà bien supporté une première injection intra-utérine, lorsque, pendant la seconde, alors que l'on avait déjà fait pénétrer un litre de liquide dans l'utérus, une syncope mortelle se produisit. Le même fait a été observé par Cory avec une injection de perchlorure de fer, par Rogers après une injection de teinture d'iode. Dans tout ces cas, l'autopsie ne révéla absolument rien d'anormal.

M. Bonvalot cité encore une observation personnelle où le même fait se produisit après une injection de perchlorure de fer.

Dans un cas de M. Tarnier, les accidents syncopaux avec vomissements se produisirent aussitôt après une injection de sulfate de cuivre mais la mort ne survint qu'après plusieurs heures. Là encore, après autopsie, on dut se contenter du diagnostic de mort par syncope après l'accouchement.

Mais la mort subite ne survient pas seulement après les injections intra-utérines. Elle a été observée pendant le travail même (Ellis) sans qu'on puisse l'expliquer autrement que par une syncope.

M. Brouardel dans son cours cite un fait dont il avait été témoin pendant son internat. Un de ses collègues ayant à examiner une femme nouvellement entrée dans le service, pratique le toucher vaginal et la femme meurt subitement. L'autopsie faite avec le plus grand soin, ne revéla aucune lésion capable d'expliquer la mort. M. Brouardel a cité également un cas dans lequel Lorain faisant une injection avec une seringue de verre chez une jeune fille atteinte d'une vaginite survenue à la suite d'une tentative de viol, vit la mort survenir brusquement. Aran, Dolbeau, Béhier, Nélaton, Leteinturier ont d'ailleurs cité des cas analogues.

M. Vilbert a observé un cas fort important au point de vue médico-légal, dans lequel la mort survint pendant une tentative d'avortement. On avait seulement fait pénétrer une canule dans l'utérus, sans avoir encore injecté d'eau, lorsque la syncope se produisit.

Si les cas de mort sont rares dans ces diverses conditions, les accidents plus ou moins graves mais non mortels sont encore assez fréquents. C'est un fait assez commun à la suite des injections intra-utérines et c'est un fait connu depuis longtemps que même des injections vaginales mal faites sont suffisantes pour provoquer des phénomènes syncopaux ou des accidents nerveux et convulsifs : Fergusson a même cité trois cas dans lesquels la méthode Crédé, c'est-à-dire la délivrance par expression utérine produisit une perte de connaissance complète mais momentanée.

Comment maintenant expliquer ces accidents ? On sait depuis les remarquables travaux de M. Brown Sequard qu'un coup porté sur diverses régions du corps, larynx, abdomen, peut occasionner certains phénomènes particuliers et même entraîner la mort subite. Ce sont ces phénomènes que l'on a attribués à l'inhibition, c'est-à-dire, suivant la définition du professeur à un acte en vertu duquel une propriété ou une activité, et secondairement une fonction ou une simple action, disparaît complètement ou partiellement, soudainement ou très rapidement, pour toujours ou temporairement, dans une ou plusieurs parties de l'organisme, à distance d'un point irrité du système nerveux. L'utérus paraît jouir, au point de vue des phénomènes d'inhibition, des mêmes propriétés que le larynx et l'abdomen, et c'est par ce mécanisme, favorisé d'ailleurs, par des hémorragies antérieures, par des douleurs, par les émotions et la crainte, en particulier dans le cas de tentative d'avortement, qu'on peut expliquer les morts subites et les autres accidents en rapport avec les excitations portant sur l'utérus.

Le médecin légiste sera autorisé en pareil cas, lorsque l'autopsie reste négative, à interpréter la mort par la théorie de l'inhibition. Au point de vue médico-légal, la cause de la mort ne pourra être imputée au médecin ou à la sage-femme ; ils ne pourront être accusés d'imprudence ou de maladresse en pareil cas, s'ils se sont entourés des précautions requises. L'expert qui aura à donner son avis, devra dégager leur responsabilité et conclure ainsi ; rien ne révèle qu'une faute ait été commise ; en théorie, nous savons que la mort peut se produire sans qu'il y ait eu faute, et sans qu'elle puisse être imputée à l'opérateur. (*Journ. de méd et chir. Prat.*)

---

## NOUVELLES MÉDICALES

### Pléthore médicale.

En France, le nombre des docteurs s'accroît lentement, et cet accroissement ne compense même pas pour le moment la diminution

graduuelle du nombre des officiers de santé. Néanmoins, dans les grandes villes, on se plaint de pléthore médicale.

En Allemagne, le nombre des médecins s'accroît dans une proportion qui peut paraître inquiétante pour l'avenir réservé aux membres de la profession médicale. C'est ainsi que de 18,840 qu'il était en 1890, leur nombre s'est élevé à 20,223 en 1891, ce qui fait un accroissement de 1,383 en une seule année. Tous les pays de l'empire allemand ont vu augmenter le nombre de leurs médecins. Pour le royaume de Prusse, il a passé de 10,784 à 11,129 ; pour la ville de Berlin, l'accroissement en un an a été de 203 soit 1,615 médecins au lieu de 1,412. Comme le nombre des étudiants en médecine va toujours croissant, on peut prévoir ce que sera bientôt la concurrence, la lutte pour la vie entre les médecins allemands. Après les Etats-Unis, c'est en Allemagne que le nombre des médecins est le plus élevé par rapport au chiffre de la population.—(*Mouvement Thérapeutique.*)

**“ London Lancet,” 30 Juillet 1892. (1)**

M. le Dr Hingston avait été choisi pour le discours sur la chirurgie, à la réunion à Nottingham. Dès le début, l'orateur n'exagère nullement les embarras de sa tâche ; mais il surmonte toutes les difficultés avec une habileté si gracieuse qu'il est permis de se demander si ces difficultés existent vraiment.

Sans s'attacher à un sujet particulier, il a su relever adroitement une foule de sujets intéressants et toujours avec autant d'esprit que de sagesse. Le texte était réservé pour la fin. Dans cet auditoire sympathique, bien peu se doutaient que tout convergerait vers une conclusion unique : Le tout est plus qu'une partie.

On souhaiterait plus d'étendue à son plaidoyer en faveur du repos : surtout parce qu'il constate, de l'autre côté de l'Atlantique, une activité fiévreuse plus accentuée que chez nous. De nos jours, tout se heurte et se presse, on ne peut rien élaborer avec calme et patience ; il est à craindre que cet empressement fasse perdre le goût des études sérieuses, et qu'on en vienne à ne plus *pouvoir* se livrer à des réflexions continues.....

La littérature médicale transatlantique a été justement appréciée par le Dr Hingston. La couleur locale, l'énumération spirituelle des ennuis du chirurgien, dans un pays nouveau, les industries ingénieuses et caractéristiques de nos confrères d'outre mer, tout était coordonné d'une façon admirable... réservant les conclusions sérieuses pour la fin de son discours.

---

(1) Nous croyons intéresser nos lecteurs en leur donnant l'appréciation que le *Lancet* a faite du discours de M. le Dr Hingston, à Nottingham.

Les orateurs et les écrivains se sont beaucoup étendus sur le spécialisme en chirurgie ; c'est un thème favori, il est important donc de reconnaître qu'un chirurgien canadien très distingué constate les inconvénients de ce spécialisme avec autant de clarté que les européens les plus conservateurs. Toutefois le Dr Hingston ne condamne pas les grandes lignes de ces méthodes.

Il indique les avantages reconnus du spécialisme, il convient même de sa nécessité, provenant des énormes développements de chaque branche de la science médicale.

Tous ceux qui se livrent aux spécialités ne sauraient mieux faire que d'approfondir les remarques du Dr Hingston, sur les effets désastreux de cette subdivision exagérée qui gêne, qui retrécit et qui bouleverse.

La fin du discours l'emporte encore sur tout ce qui avait précédé ; Là le Dr Hingston insiste sur la nécessité des études fortes et complètes. Le candidat qui se destine à la chirurgie.

En raison des développements prodigieux de la science et des progrès dans l'art chirurgical, dit-il, l'étudiant est appelé à des efforts extraordinaires, parce que le chirurgien lui-même, est chargé de plus fortes responsabilités aujourd'hui que par le passé. Pour faire face aux exigences actuelles, il faut une préparation profonde et sérieuse ; il est difficile de préciser la route à suivre pour arriver plus sûrement à porter dignement les lourdes charges qui nous incombent.

Les uns pensent aux études scientifiques, les autres aux classiques ; par dessus tout il faut un esprit discipliné, non pas une mémoire surchargée de faits mais un esprit apte à les grouper et à les digérer.

Si dit le Dr Hingston, l'aspirant se borne à la chirurgie, il ne sera jamais qu'un chirurgien incomplet ; il faut que l'étudiant sache discerner les relations intimes de tous les faits qu'il étudie pour rattacher les parties au tout, qu'il envisage même le *tout* de la chirurgie comme une simple partie du grand tout de la vie.

On s'étonnera peut-être que cet appel chaleureux aux fortes études pour les étudiants en médecine, nous vienne du Canada ; ce fait saillant ajoute encore à l'importance de la question.

C'est bien aux colonies de réclamer de la mère-patrie l'initiative ; à nous de répondre par des efforts courageux.

Certes, il y a des progrès à constater, mais il y en a encore beaucoup à faire pour les consolider et les parachever, il faut le concours de tous nos hommes doués de discernement.

Trop souvent dans l'éducation on vise à des résultats palpables, immédiats ; il vaudrait mieux rechercher l'influence durable d'une éducation vraie. C'est à ce point de vue que nous saluons cordialement les conclusions pratiques du Dr Hingston.

### Les médecins canadiens de Montréal.

Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs que la Société de Médecine Pratique vient de reprendre une existence nouvelle.

Le quinze novembre, un certain nombre de médecins se réunissaient dans les salles de l'Université Laval pour procéder à l'élection des nouveaux officiers.

Voici le résultat du scrutin :

*Président* : M. le Dr A. T. Brosseau.

*Vice-Président* : M. le Dr A. Lamarche.

*Secrétaire* : M. le Dr A. A. Foucher.

*Assistant-Secrétaire* : M. le Dr O. Mercier.

*Trésorier* : M. le Dr L. J. V. Cléroux.

*Conseillers* : MM. les Dr J. I. Desroches, J. M. Beausoleil et N. Fafard.

MM. les Drs M. T. Brennan et O. Mercier se sont inscrits comme les conférenciers de la prochaine séance qui aura lieu vendredi, le 2 décembre prochain, à 8 heures du soir, dans les salles de l'Université Laval.

## FORMULAIRE

### Traitement des coliques hépatiques.

|                             |           |
|-----------------------------|-----------|
| Benzoate de soude.....      | } àà 5gr. |
| Salicylate de soude .....   |           |
| Poudre de noix vomique..... |           |

p. f. 20 cachets.

S.— A prendre 1 cachet 3 fois par jour, on continuera le traitement pendant 4-6 semaines après disparition des douleurs. — (*Nouv. Rem.*)

### Hyperexcitabilité laryngo-bronchique.

(HABERSHON.)

|                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| Essence d'eucalyptus.....         | 8 grammes. |
| Teinture de benjoin composée..... | 12 —       |
| Menthol (ou thymol).....          | 4 —        |
| Alcool chloroformé à 10 0/0 ..... | 6 —        |

Un peu d'ouate imbibée de dix gouttes de ce mélange est placée dans un *masque oronasal* dont le malade se sert pour les inhalation.

(*Mouvement Thérapeutique.*)

**Lotion contre les rousseurs.**

(MONIN.)

|  |                 |
|--|-----------------|
| $\frac{1}{4}$ Chlorhydrate d'ammoniaque..... | } à à 3 gr. 85. |
| Acide chlorhydrique diluée.....              |                 |
| Glycérine.....                               | 30 grammes.     |
| Lait virginal.....                           | 60 —            |

N. B.—Le *lait virginal* est une mixture de :

|                          |            |
|--------------------------|------------|
| Teinture de benjoin..... | 1 partie.  |
| Eau de rose.....         | 4 parties. |

S.—A toucher les taches de rousseur deux fois par jour, avec une petite brosse imbibée du mélange précité.—(*Mouvement Thérapeutiq.*)

**Jusquiame contre la toux pendant la rougeole.**

(WIDERHOFER.)

|                            |        |
|----------------------------|--------|
| Extrait des jusquiame..... | 0gr,15 |
| Eau distillée.....         | 70gr.  |
| Sirop simple.....          | 20gr.  |

M. D. S.—A prendre, par cuilleré à café, toutes les 2 heures.

(*Nouv. Remèdes.*)**A VENDRE.**

Un jeune médecin d'une campagne près de Montréal vendrait sa maison et sa clientèle a un prix très modéré.

Population 3,000 âmes environ. Il n'y a pas d'opposition.

Cause du départ: mauvaise santé.

Pour autres renseignements s'adresser au

DR L. E. FORTIER,  
1208 rue Mignonne, Montréal.