

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
accessaires.

DIRECTEURS : MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,

Professeur d'Ophthalmologie.

Secrétaire de la Rédaction : le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. VI.

MONTREAL, MARS, 1892

No 3.

MEDECINE ⁽¹⁾

L'art de faire dormir

Par M. le Dr LE GENDRE, à la Société de Médecine pratique de Paris.

“ Docteur, faites-moi dormir, je vous en supplie ! ” Combien de fois entendons-nous cette phrase chaque année....et combien nous voudrions pouvoir toujours donner au malade cette satisfaction d'oublier son mal pendant quelques heures ! D'autant plus que le sommeil n'est pas seulement agréable au patient parce qu'il apporte l'oubli ; il est indispensable pour permettre la réparation des forces, il constitue à lui seul un moyen curatif dans certains états morbides.

Mais nous ne réussissons pas toujours à procurer ce bienfait. Nous y réussirions plus souvent peut-être, si nous posions bien exactement les données du problème à résoudre, si nous établissions avec soin le déterminisme de l'insomnie dans chaque cas particulier et si nous connaissions plus à fond la véritable action physiologique des médicaments réputés hypnotiques.

I. — Nous sommes certainement bien mieux armés que nos anciens pour combattre l'insomnie ; eux n'avaient guère que l'opium et les solanées, “ les consolatrices ”, comme les appelle Michelet.

L'opium est bien loin de faire dormir ; “ Opium me, Herce, non sedat ”, disait Sydenham, et les solanées, qui engourdissent certaines douleurs, ne donnent guère, en fait de sommeil, qu'une alternative de stupeur et de cauchemars. Mais nous, nous avons les conquêtes du siècle, le chloroforme et l'éther, le chloral et les bromures, sans comp-

(1) Par suite d'un malentendu, les travaux originaux de cette livraison sont remis au mois prochain.

ter les puissants alcaloïdes patiemment extraits de l'opium et des solanées, et le chanvre indien, connu depuis tant de siècles en Orient, mais usité seulement dans l'Occident depuis peu, et tous ces nouveaux corps dont nous ont dotés les chimistes contemporains, la paraldéhyde et le sulfonal, l'uréthane, l'hypnone. l'hydrate d'amylène, formamide et chloralamide..., et cependant il arrive encore à chaque instant que le médecin ne peut faire dormir son client.

Bon nombre de nos confrères éprouvent vis-à-vis de ces médicaments nouveaux une défiance qui s'explique par l'insuffisance de renseignements assez précis qu'ils possèdent à leur égard. Quand ils ont quitté l'école, ces médicaments n'étaient pas connus encore, ou n'étaient employés par leurs maîtres, que dans la clientèle urbaine ; depuis qu'ils pratiquent, ils lisent bien dans les journaux de nombreuses attestations en faveur de tel ou tel hypnotique ; mais ils sont retenus souvent par la crainte bien légitime de nuire à leur malade. Ou bien ils prennent au hasard un de ces hypnotiques nouveaux, sans en connaître exactement les effets et les indications ; s'ils en ont obtenu une ou deux fois un résultat peu satisfaisant, ils se dégoûtent pour longtemps de tous ces noms en *nal* en *ane* ou en *ide*.

On ne prescrit avec confiance que les médicaments qu'on a vu administrer sous ses yeux et, il faut bien le dire, presque tous nos maîtres, même ceux qui connaissent à fond les ressources de la pharmacologie la plus " fin de siècle ", ne prescrivent guère dans les hôpitaux qu'une thérapeutique extrêmement banale. Quelle confiance un étudiant aura-t-il pour prescrire du sulfonal ou de la paraldéhyde, quand il exercera pour son compte, s'il a suivi la visite d'un chef qui, après avoir disserté doctement sur tous les hypnotiques récemment découverts, concluait toujours en dictant cette prescription : julep diacode ?

A la requête de plusieurs de nos lecteurs, je vais tâcher de condenser, sur cette question des hypnotiques, les données les plus précises que nous possédions.

Mais auparavant, je tiens à insister sur ce point que l'art de faire dormir est autre chose que celui de formuler un hypnotique en vogue.

II. — Quand on veut faire dormir un malade, la première question à trancher, c'est de savoir autant que possible pourquoi il n'a pas dormi jusque-là. La cause de son défaut de sommeil est-elle une douleur ? ou un simple malaise ? ou la tyrannie d'un symptôme prédominant, au cours d'une évolution morbide, par exemple, la dyspnée [des affections cardiaques, rénales ou pulmonaires ?

Le malade ne peut-il s'endormir ? ou, s'étant endormi, est-il réveillé par le malaise ou la douleur comme tant de dyspeptiques ? Ou bien,

s'agit-il d'une agripnie sans douleur et sans cause morbide apparente, c'est-à-dire paraissant constituer à elle seule l'état morbide ; insomnie de cause morale par exemple (chagrin, inquiétude) ou par excitation cérébrale, par excès de travail intellectuel, par mauvaise hygiène ? C'est, en somme, le diagnostic précis de la cause de l'insomnie qui peut seul conduire à la combattre efficacement.

Deux exemples pris au hasard suffiront pour montrer que l'insomnie ne doit pas être toujours combattue par les hypnotiques. Il y a telle insomnie tenace chez un urémique qui disparaîtra après un purgatif drastique. On ne fera pas cesser celle d'un dyspeptique en lui donnant des drogues, mais bien en le faisant mieux digérer.

Ce sont là des énonciations d'une banalité telle qu'il semblera peut-être ridicule de les faire, et cependant chacun de nous, en faisant son examen de conscience, s'avouera qu'il a plus d'une fois méconnu à ce point de vue une indication thérapeutique très simple.

J'oserais dire que, trop souvent, c'est le médecin lui-même qui est la cause de l'insomnie de son malade, et, avant de lui donner une potion ou des pilules de plus, il devrait songer quelquefois à lui supprimer quelque médicament, devenu nuisible par un emploi trop prolongé.

C'est là exprimer sous une autre forme cette pensée que les fautes que nous commettons dans la pratique découlent bien plus rarement de l'ignorance que de l'inattention. La plupart des médecins ont trop peu de temps à donner à chaque malade ; ils examinent généralement bien chaque malade nouveau, mais les chroniques pâtissent : on leur laisse trop souvent continuer à leur détriment une médication qui a pu être passagèrement utile, ou on leur ajoute, pour combattre un nouveau symptôme, un médicament nouveau, contradictoire avec le précédent. A ce point de vue, nous donnons quelquefois prise légitime aux détracteurs de la médecine. J'ai vu un cardiaque qui continuait avec persévérance à prendre de la caféine et se désolait de ne pouvoir dormir depuis plusieurs nuits ; son médecin avait oublié de lui dire de la cesser et s'ingéniait à combattre l'insomnie en lui donnant chaque jour un nouveau médicament hypnotique.

La meilleure situation pour juger la fréquence de cette erreur médicale est de suppléer un confrère : on relèvera sans peine plusieurs contradictions médicamenteuses dans sa clientèle ou dans son service d'hôpital. Mais cette faute qui nous choque chez le voisin, nous ne l'évitons guère nous-mêmes et celui qui nous succéderait quelques semaines plus tard nous ferait avec justice les mêmes critiques. Soyons donc modestes : le Juste pêche sept fois par jour ; mais cependant vertissons-nous les uns les autres.

Je borne là cette digression, qui me mènerait trop loin, sur les causes de nos erreurs ; j'ajouterai cependant comme conséquence de ce que je viens de dire, qu'on peut faire de bien excellente médecine avec un très petit nombre de médicaments à action éprouvée et que, s'il faut se garder de décourager les chimistes qui nous cherchent sans cesse de nouveaux hypnotiques, les physiologistes qui en étudient l'action sur les animaux et les maîtres qui les essayent sur le malade avec prudence et discernement, sans emballement, le praticien a le devoir de se servir seulement de ceux qui sont bien connus, et, à condition d'en avoir établi nettement les indications, il obtiendra l'effet souhaité.

III. — J'ai dit qu'il fallait d'abord s'inquiéter de savoir pourquoi le malade ne dormait pas.

Il y a lieu, ce n'est pas un mince détail, de savoir comment il est touché, si le cubage d'air de sa chambre est suffisant, si la température est convenable. J'ai vu des tuberculeux traités par l'absurde système ancien du confinement et du surchauffage, qui avaient une insomnie rebelle avec sueurs profuses parce qu'on les faisait " cuire dans leur jus. " En vain ajoutait-on à leur stock quotidien de médicaments fondamentaux, un cortège cumulatif d'atropine, de morphine, etc Ils ne dormaient ni ne cessaient de transpirer, tandis qu'après modification de la ventilation de leur chambre à coucher, le sommeil revenait et les sueurs diminuaient.

Combien cela est vrai aussi pour les enfants qui s'endorment difficilement et d'un mauvais sommeil dans une chambre trop petite, où toute la journée plusieurs personnes ont respiré où les émanations médicamenteuses, et celles des garde-robes et de l'éclairage, ont vicié l'atmosphère ; aussi est-ce un excellent moyen d'assurer le sommeil d'un enfant malade que de le transporter pour la nuit dans une chambre autre que celle où il a passé la journée.

Il faut aussi veiller, même quand les enfants sont bien portants, à ce que leur repas du soir ne soit ni trop copieux, ni d'une digestion difficile ; proscrire le vin pur au dîner ; éviter aussi qu'on les garde *au salon* en compagnie des grandes personnes jusqu'à l'heure du coucher, afin de leur épargner la surexcitation par les conversations, les jeux, la lumière trop vive.

Il faut encore songer à la dureté ou à la mollesse excessive du coucher, à l'élévation de la tête, à la température des pieds ; un enfant qui a froid aux pieds s'endort bien difficilement.

Je puis citer comme exemple de l'utilité de certaines attitudes pour le sommeil, la nécessité de ne reposer qu'assis pour dormir chez bon nombre d'asthmatiques, de dyspnéiques cardiaques. Chez certains individus dont l'estomac est en même temps dilaté et le foie tuméfié, le

sommeil n'est plus jamais possible dans la position horizontale. Avec M. Bouchard, j'ai soigné un homme qui depuis plusieurs années, dans un somptueux appartement, n'avait plus de lit; ce meuble lui étant devenu aussi odieux qu'inutile !

M. Huchard faisait ressortir tout récemment que chez les individus atteints d'angine de poitrine par sténose des coronaires, l'attitude horizontale provoque les crises angineuses en rendant excessive la tension artérielle; il prescrit aux angineux, surtout à ceux qui ont des crises pendant la nuit, de ne jamais se coucher la tête basse.

Il faut s'inquiéter de savoir si un malade insomniaque ne prend pas le soir de boissons excitantes, ne fume pas avec excès dans un espace confiné, s'il y a pris quelque exercice après son dîner. Pour les personnes qui travaillent cérébralement, il y a lieu de conseiller de ne pas se jeter au lit immédiatement en quittant la table de travail, mais de faire un peu de locomotion dans l'appartement, de procéder lentement à la toilette de nuit, de pas négliger la friction générale sèche et aromatique, qui en stimulant la circulation cutanée, décongestionne celle du cerveau; plus efficace encore pour ceux qui peuvent s'offrir ce luxe est un cour massage général fait par un serviteur adroit. C'est dans le même ordre d'idée qu'agit la lotion froide et le bain tiède, ou l'enveloppement hydriatique de l'abdomen qui a été préconisé.

Mais je suppose que la cause de l'insomnie soit quelque sensation pénible ou une véritable douleur.

Les moyens hygiéniques ne suffisent plus. C'est alors à des pratiques capables de calmer la douleur et aux médicaments analgésiques qu'il va falloir s'adresser.

Une sensation de plénitude de l'hypochondre par congestion hépatique, une tension intra-thoracique par hyperémie pulmonaire chez les tuberculeux, des asthmatiques, des cardiaques, céderont à l'application des révulsifs, ventouses, cataplasmes sinapisés, et leur disparition permettra le sommeil.

Une distension gastrique ou intestinale par dyspepsie flatulente qui avait provoqué l'insomnie les jours précédents, est amendée par quelque boisson carminative très chaude (camomille anisée, etc.), par une application de linges très chauds, de cataplasmes.

Il faut, en résumé, avoir pour principe de ne recourir aux calmants médicamenteux qu'après échec des moyens les plus simples.

De l'emploi du chloral hydraté comme hypnotique chez des cardiaques

Pour vérifier l'action hypnotique du chloralhydraté chez les cardiaques, rejeté par les uns comme dangereux et recommandé par d'autres qui n'ont eu qu'à s'en louer, *N-A. Vérechichaguine* prescrivit à 21 malades (7 insuffisances mitrales, 11 insuffisances aortiques, 1 rétrécissement aortique et 2 rétrécissements mitraux) le chloral hydraté, à prendre, pendant plusieurs jours consécutifs, à la dose de 1 gr,85-2 grammes par jour : les malades recevaient en même temps des toniques cardiaques, — digitale et adonis vernalis, — ce qui masquait un peu l'action propre du chloral. Pendant toute la durée de l'observation on nota chez les malades la température, le pouls, la respiration, la pression sanguine (sphygmomanomètre de *Basch*), la quantité de l'urine, sa densité, la quantité de l'albumine dans l'urine et le poids du corps.

Les résultats obtenus sont satisfaisants : à la dose de 1 gr,201 gr,80, l'administration du chloral hydraté fut suivie d'un sommeil tranquille, sans que le cœur s'en ressentit défavorablement. Le pouls ne présenta pas de modifications notables, la pression sanguine resta presque telle quelle, et on n'observa qu'un abaissement insignifiant (les toniques étant administrés simultanément) ; pas de troubles gastriques le chloral étant prolongé pendant 6-7 jours (on le prescrivit dans l'infusion de guimauve ou en capsules sous forme de poudre extrêmement fine) ; diminution de la dyspnée et en somme amélioration de l'état général.

(*Nouveaux Remèdes.*)

Du traitement de la tuberculose du testicule par les injections interstitielles de naphтол camphré

PAR M. REBOUL

J'ai pu, cette année, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, traiter par les injections interstitielles de naphтол camphré deux cas de tuberculose du testicule. Le nombre est peut-être trop restreint et la durée du traitement trop courte pour pouvoir tirer des conclusions fermes. Mais je ne puis m'empêcher de reconnaître qu'à la suite de ces injections l'évolution de la tuberculose a subi un temps d'arrêt, les nodosités ont diminué, les parties malades ont acquis une dureté manifeste ; il s'est probablement établi un travail de sclérose qui aurait peut-être amené la guérison si je n'avais pas été obligé de ne pas suivre ces malades. Quel traitement aurait-on pu instituer dans ces cas ? Dans le premier, on avait déjà enlevé un testicule, on ne pouvait le priver du second. Du reste, les vésicules séminales, la prostate, le poumon, étaient infectés.

Dans le second cas, on avait affaire à une double orchite tuberculeuse. Or, s'il est si facile d'enlever un testicule, il est difficile de pratiquer une castration complète. De plus, l'on n'est jamais bien certain que les autres parties de l'appareil génital ne sont pas infectées.

D'après ces considérations, je pense qu'il y a lieu de limiter l'intervention au traitement palliatif, et je n'ai essayé le naphtol camphré que dans ce but.

(*Bulletin médical.*)

CHIRURGIE

Plaies pénétrantes de l'Abdomen: -Conduite à tenir.

A la Société de chirurgie, M. le Dr. Berger a communiqué une observation de plaie pénétrante de l'estomac, chez un jeune homme qui a guéri sans intervention. Rapprochant ce fait de ceux qu'il a déjà communiqués, M. Berger termine en proposant la règle de conduite suivante: Lorsque le chirurgien est appelé immédiatement après l'accident, et qu'il s'agit bien évidemment d'une plaie pénétrante, il semble indiqué de faire la laparotomie. Lorsqu'il est appelé seulement douze ou quinze heures après, et qu'il n'y a pas d'accident, il paraît plus sage de s'abstenir, quitte à intervenir aussitôt qu'apparaîtront les accidents, car alors le blessé n'a plus d'autre chance de salut que dans la laparotomie.

M. Berger, à l'appui de cette opinion, apporte un nouveau fait de plaie d'estomac qu'il a récemment observé. Un jeune homme de dix-neuf ans reçoit une balle de revolver dans la région épigastrique; le lendemain, seize heures après l'accident, M. Berger est appelé auprès de lui et constate l'existence d'une plaie circulaire, siégeant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic et un peu à gauche; autour il existait une légère tuméfaction sensible à la palpation; l'état général est très satisfaisant: il n'y avait ni fièvre, ni réaction d'aucune sorte, ce qui lui fit éloigner toute idée d'intervention, bien qu'un vomissement, formé de matières sanguinolentes mélangées à du chocolat et survenues peu après l'accident, eût nettement démontré la pénétration de la plaie stomacale.

L'immobilisation, l'opium et le régime absolu furent prescrits pendant quatre jours; puis dans la suite, on reprit peu à peu l'alimentation ordinaire et, au bout de quinze jours, le malade était absolument guéri.

Ce fait mérite d'être inscrit à l'actif de l'abstention. M. Berger rappelle quels ont été les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des diverses plaies pénétrantes de l'abdomen :

Deux cas de plaie de l'estomac pour balle de revolver ; deux guérisons sans intervention.

Deux cas de plaie du gros intestin ; l'une du côlon transverse par couteau, l'autre cæcum par balle de revolver ; deux guérisons, la première après suture intestinale, la seconde sans intervention.

Six cas de plaie de l'intestin grêle ; une par couteau et cinq par balle de revolver ; une guérison et cinq morts.

De ces chiffres, il ressort clairement que les plaies par balle de revolver, qui intéressent le gros intestin ou l'estomac, offrent beaucoup moins de gravité que celles qui siègent sur le petit intestin ; c'est là un point qui joue le principal rôle dans le pronostic de ces blessures.

M. Verneuil pense qu'il ne faut pas seulement tenir compte du siège de l'ouverture sur l'intestin. Il faut songer à la nature du contenu de l'organe atteint, car c'est là la cause essentielle de la gravité de ces plaies de l'abdomen. La bactériologie l'a démontré. On sait que le contenu microbien de l'estomac est bien différent de celui de l'intestin. Quoi qu'il en soit, voici deux nouveaux faits de sa pratique : un garçon de dix-sept ans reçoit dans l'abdomen, à bout portant ou à peu près, un coup de fusil de petit calibre ; le fusil était chargé à plomb ; il était sept heures du soir, trente-deux heures après, ce jeune enfant était mort dans la stupeur, profondément intoxiqué. La masse des grains de plomb avait dû traverser de part en part l'intestin grêle, puisque la plaie siégeait entre la vessie et l'ombilic. D'ailleurs M. Verneuil pense qu'on n'aurait pas pu intervenir puisqu'il y avait eu pénétration de 25 grains de plomb, et que cette charge avait dû faire des dégâts considérables.

Une autre fois, il est appelé, vingt minutes après l'accident, auprès d'un garçon cuisinier ayant reçu dans l'abdomen un coup de couteau. L'instrument avait pénétré de 15 centimètres environ. Il y avait une hernie de l'intestin grêle, et l'anse herniée, pourvue de son mésentère, masquaient complètement la plaie qui ne saignait pas. Cette anse présentait un point perforé et était vide. Rien dans l'abdomen, mais état général très mauvais. M. Verneuil fit un anus contre-nature au niveau de la perforation intestinale sans agrandir la plaie abdominale. Après cette petite opération, le blessé était moribond et sous le coup d'un choc terrible. Vingt quatre heures plus tard, ballonnement du ventre, sans élévation de température, et mort. Escharres gangreneuses en diverses régions. Cet homme n'était pas alcoolique. A l'autop-

sie médico-légale, on constata qu'il avait 1 litre $\frac{1}{2}$ de sang dans le petit bassin et une plaie de cæcum. L'épiploon très épaissi adhérait à la paroi abdominale et la tapissait. Le couteau l'avait perforé et à travers ce trou était sortie l'anse d'intestin grêle. L'hémorragie provenait d'un vaisseau du cæcum, probablement. D'après M. Verneuil, ce cas était fatalement mortel : il était au-dessus des ressources de l'art, surtout à cause de l'adiposité considérable du sujet.

M. Reclus a pu, depuis le mois de juillet, recueillir quelques nouvelles observations de plaies pénétrantes de l'abdomen guéries sans intervention. M. le Dr Levassor lui a adressé un mémoire qui renferme quatre cas. Un médecin militaire a eu occasion de soigner un soldat qui avait été traversé de part en part par une balle de fusil Gras entrée par la région lombaire, un anus artificiel se fit de lui-même quelques semaines après la blessure.

M. Reclus a étudié expérimentalement la toxicité des divers liquides contenus dans le tube digestif. Ceux provenant de l'estomac s'enkystent lorsqu'ils sont injectés dans le péritoine ; ceux provenant de l'intestin donnent toujours naissance à des accidents. A la suite d'une plaie de l'intestin, il peut se former un bouchon muqueux obturant la plaie et cette obturation spontanée a une grande importance. Le choc traumatique ne contreindique pas l'intervention, d'autant plus qu'il dépend souvent d'une hémorragie. Les anses intestinales herniées peuvent être replacées dans l'abdomen, si l'on a soin de les désinfecter avec l'eau chaude à 55 degrés.

M. Reclus ne peut conseiller l'intervention immédiate, elle donne plus de morts que l'abstention systématique.

M. Routier a rapporté un cas qu'il a traité sans succès par la laparotomie. Un enfant de quatorze ans reçut dans l'abdomen, au niveau et en dehors de l'ombilic, un coup de fusil chargé à plomb. Bien qu'il ne fut pas survenu de symptômes graves, on fit la laparotomie 8 heures après l'accident ; l'incision faite au niveau de la plaie conduisit sur une blessure de la paroi antérieure de l'estomac, qui fut suturée. La présence de matières fécales dans l'abdomen, rendait évidente l'existence d'une plaie de l'intestin, mais il fut impossible à M. Routier de la trouver et il dut se borner à la toilette de la séreuse. La mort survint après quelques heures et, à l'autopsie, on trouva une autre plaie de l'estomac et plusieurs plaies de l'intestin grêle.

M. le Dr Peirot a eu récemment à soigner un garçon de 16 ans qui avait reçu dans le ventre le projectile d'une carabine Flobert. La plaie mâchée, se trouvait à gauche de l'ombilic ; quelques heures après l'accident, il n'y avait que 38°8 de température et 134 pulsations.

Bientôt le défervescence se produit et on n'intervint pas. Au bout de huit jours, la fièvre reparut en même temps qu'il se développait un empâtement dans la fosse iliaque. La collection fut ouverte et on trouva une péritonite généralisée qui entraîna la mort.

Le Scalpel.

Contribution à la chirurgie de l'encéphale, par Winkler et Guldenarm

Les auteurs, neuropathologistes et chirurgiens à Utrecht, d'une grande renommée, publient le sixième cas en quelques années, où ils ont pratiqué une opération sur l'encéphale. Il s'agissait d'un paysan, âgé de vingt six ans, soldat, qui en mai 1890 avait fait une chute de cheval et reçut un coup de pied sur le crâne. Pas de syncope, mais maux de tête et vertiges. Bosse sanguine sur l'os pariétal droit. Bientôt, parésie de la jambe gauche. Depuis janvier 1891, paralysie totale de tout le côté gauche. Diminution du champ visuel et du champ de l'ouïe. Diplopie. Visus=1/3. Paralysie de convergence. Point douloureux sur l'os pariétal droit (par pression), vis à-vis le tiers supérieur de la circonvolution antérieure centrale. Opération le 5 mai 1891. Après trépanation, ligature d'une hématozyste dans la dure-mère crânienne en communication avec le sinus longitudinal supérieur. Les adhérences entre la dure-mère et la pie-mère sont enlevées, ainsi que les corpuscules de Pacchioni. Tout de suite, amélioration des symptômes morbides. Après quatre semaines, il subsiste encore une petite diminution de force dans la jambe gauche, tandis que le bras gauche est parfaitement rétabli. Le champ visuel et celui de l'ouïe sont presque normaux. Il n'y a plus trace de la paralysie de convergence ou de diplopie; vue normale. Ce cas prouve encore une fois, la grande valeur de la chirurgie de l'encéphale, non seulement au point de vue scientifique, mais principalement pour la guérison de ces maladies autrefois incurables, conduisant à la mort, ou au moins à une vie des plus tristes.

La Clinique.

Technique des injections iodées interstitielles dans le traitement du goître

(Par le Dr. DUGUET, médecin de Lariboisière.)

M. Duguët, depuis 1874, traite par les injections interstitielles de teinture d'iode le goître kystique. Les résultats qu'il a obtenus ont été satisfaisants dans les cas très nombreux qu'il a observés. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé en ce qui concerne ses résultats :

1^o *Les goîtres charnus récents*, rencontrés d'ordinaire chez des sujets jeunes sont ceux qui disparaissent le plus facilement et le plus rapidement.

2^o *Les goîtres kystiques récents*, qu'il est si facile de confondre souvent avec des goîtres charnus lobés, malgré leurs limites en général mieux accusés, guérissent plus vite encore et plus facilement.

3^o *Les goîtres anciens*, en général plus durs, fibreux calcaires et quelquefois anévrysmatiques, donnent, après beaucoup d'injections, des résultats qui, pour être souvent encore très favorables, sont moins complets et beaucoup moins brillants.

Quelle que soit l'action de la teinture d'iode, le résultat est l'atrophie des goîtres charnus ou l'alcoolisme des parois des goîtres kystiques, mais non la destruction totale de la glande thyroïde, destruction qui amènerait le phénomène reproché à l'extirpation totale du goitre par le chirurgien, *l'état crétinoïde spécial*, le myxœdème observé et décrit dans ces dernières années (1). Et par ce fait même de la non destruction de la glande thyroïde, le sujet ne se trouve pas fatalement à l'abri de toute récurrence.

M. Duguet en a observé plusieurs cas, Luton et Levêque également, et encore ces cas ont-ils guéri par de nouvelles injections de teinture d'iode.

Depuis que M. le Docteur Duguet a publié, en 1886, son mémoire : (*Goître et médication iodée interstitielle*), il n'a pas modifié son manuel opératoire. La technique est toujours la même.

Le liquide employé comme substance à injection n'est autre que la teinture d'iode du codex (douze parties d'alcool à 90° pour une partie d'iode); *l'action irritante* de l'alcool et *l'action spécifique* de l'iode concourent toutes deux à la cure du goitre.

L'instrument employé pour introduire le liquide n'est autre que la seringue de Pravaz, "tantôt en ivoire durci, tantôt en caoutchouc durci, tantôt la seringue de Pravaz ordinaire dont nous faisons usage pour les injections hypodermiques. Les deux premières, si elles sont moins attaquées, moins faciles à détériorer par leur contact avec la teinture d'iode, n'offrent pas le même degré de résistance, la même solidité que la seringue métallique."

L'important est d'avoir une bonne aiguille creuse bien aiguisée, *en acier*; la teinture d'iode les détériore très rapidement. M. Duguet a employé une aiguille creuse *en or* qu'il n'a pas trouvée assez résistante

(1) On a beaucoup exagéré l'importance de la cachexie qui survient chez les sujets qui ont subi l'extirpation du goitre kystique. Cette cachexie varie beaucoup avec les conditions de l'extirpation, on peut en enlever des séries nombreuses sans en voir un seul cas. C'est ce qui m'est arrivé (J. L. C.)

surtout pour certains goîtres dans lesquels il s'est déjà produit des parties dures calcifiées. M. Duguet rejette l'aiguille en acier doré qui se détériore trop facilement.

La difficulté avec l'aiguille en acier est de la préserver de la rouille avec tous ses inconvénients et surtout la fragilité. Pour cela, aiguille et seringue sont lavées soigneusement dans une solution ammoniacale légère (alcali volatil) pour enlever toute trace de teinture d'iode. La seringue et l'aiguille sont alors maintenues en permanence dans un flacon contenant de l'huile phéniquée au dixième. L'asepsie de l'aiguille se trouve assurée et on n'a pas besoin de recourir au flambage qui détrempe l'acier et enlève à l'aiguille sa résistance.

Pour faire l'injection, le malade est assis vis à vis de l'opérateur et avant toute autre chose, M. Duguet fait dans chaque séance la mensuration de la tumeur :

1^o Le ruban passe sous le goître et derrière le cou.

2^o Le ruban passe devant le goître et derrière le cou.

3^o Il passe au-dessus de la tumeur et derrière le cou.

La tumeur est palpée avec soin pour choisir le point dans lequel l'aiguille sera introduite, de préférence au niveau du centre de la tumeur et de la partie la plus charnue, la moins résistante au doigt, autant que possible en dehors des grosses veines que l'on voit ramper quelquefois à la surface du goître, en dehors des battements artériels.

Si le goître est de petit volume on fait faire à la malade des petits mouvements de déglutition qui en font ressortir le relief et en indiquent la position.

Le fonctionnement de la seringue est vérifié. On la remplit de teinture d'iode, on la vide d'air et on la confie à un aide.

Saisissant alors l'aiguille comme une épingle, entre le pouce et l'index de la main droite, on l'introduit perpendiculairement à la peau, lentement, en s'aidant d'un mouvement de vrille, aussi loin que possible vers le centre du goître. *On attend quelques secondes.* Il peut s'écouler du sang pur, de la sérosité ou un liquide roussâtre. Dans le premier cas, il est évident que l'aiguille plonge dans un vaisseau; *il serait de la dernière imprudence* de pousser une injection de teinture d'iode dans ce cas. Sur les vingt ou vingt-cinq injections que nous avons vu faire par M. le Dr. Duguet, ce fait s'est produit une fois; l'aiguille a été retirée et plongée en un autre point de la tumeur: *l'injection ne peut être faite que lorsqu'on a trouvé un point par lequel il ne s'écoule point de sang.*

Si le liquide est de la sérosité ou bien un liquide trouble, il suffit d'adapter une seringue vide sur l'aiguille, et de faire l'aspiration. Dans

trois cas, M. Duguet a trouvé aussi des kystes hydatiques simulant un goître

L'aiguille est maintenue en place par son armature à l'aide du pouce et de l'index de la main gauche. Avec la main droite on saisit la seringue de Pravaz comme pour une injection hypodermique : on l'adapte soigneusement à l'armature de l'aiguille et on pousse l'injection *lentement, en surveillant la figure du malade*. Le procédé lent permet de s'arrêter rapidement si l'on craignait la pénétration du liquide dans la trachée ou un vaisseau.

Aiguille et seringue sont retirées rapidement comme dans les injections hypodermiques ordinaires. Il suffit de comprimer avec le doigt la piqûre pour arrêter l'écoulement de tout liquide. M. Duguet nous faisait remarquer que, dans certains goîtres avec dégénérescences fibreuses, la teinture d'iode se trouvait projetée à l'extérieur dès qu'on avait retiré l'aiguille. Dans ce cas la douleur par le passage du liquide dans le trajet de la piqûre était plus vive que celle de la piqûre elle-même.

M. le Dr. Duguet, pour arrêter la toux qui peut se produire après l'injection, à l'habitude de faire boire à ses malades, aussitôt l'aiguille retirée quelques gorgées de vin.

Comme suites immédiates, chez les malades que nous avons pu voir il y a à noter : douleurs d'oreilles, torticolis, courbature avec fièvre, etc. Ces états sont très passagers et durent à peine un jour.

D'après leur sensibilité, M. Duguet fait revenir ses malades, tous les 8 ou tous les 15 jours.

Les urines des personnes traitées sont examinées avant toute intervention. Chez les albuminuriques, comme chez les femmes pendant leurs règles, les injections ne sont pas pratiquées.

La dose injectée varie de une demi-seringue la première fois à une seringue (un centimètre cube).

Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques.

Des purgatifs après l'opération de la laparotomie

M. Lucas-Championnière revient sur la communication qu'il a faite dans la précédente séance, à propos de l'action des purgatifs chez les laparotomisés. Chez beaucoup d'entre eux, il se produit une parésie intestinale qui ne peut être combattue que par des purgatifs administrés à petite dose qui servent ainsi et de pierre de touche et d'agents curateurs.

M. Felizet ne pense pas que les purgatifs soient indiqués dans toutes les laparotomies.

M. Terrillon considère, au contraire, leur administration comme constituant une pratique excellente. Deux ou trois jours après l'opération, il administre le sulfate de soude à haute dose. Le plus souvent il se contente de donner du calomel.

MM. Reynier et Quenu purgent leurs laparotomisés du deuxième au troisième jour.

MM. Routier, Berger et Terrier ne sont pas les adversaires de cette médication, mais ils estiment qu'on ne doit y avoir recours qu'avec prudence, les perforations intestinales étant toujours à redouter.

M. Lucas-Championnière admet qu'il n'y a pas de règle sans exception, mais il constate que le plus grand nombre de laparotomistes sont aujourd'hui d'accord sur l'opportunité de purger de bonne heure leurs opérés.

M. Ferrier rappelle que Chassaignac conseillait d'administrer un purgatif aussitôt que s'élevait la température du malade.

De l'Appendicite

M. Reclus donne lecture d'un rapport sur une communication de M. Régnier, médecin principal à Nancy. Il s'agit d'un militaire, âgé de vingt deux ans, présentant tous les symptômes d'une appendicite. Laparotomie médiane. La main introduite dans l'abdomen trouve dans la fosse iliaque un appendice tuméfié, en plaie. M. Régnier fait une seconde incision latérale et, pour mieux nettoyer le foyer, réunit par une troisième incision les deux incisions verticales. Lavage du péritoine, résection de l'appendice ; ce dernier n'est pas perforé, mais ses parois sont simplement tuméfiées. La péritonite enkystée était due au passage des coli bacilles à travers les parois de l'appendice.—M. Reclus critique le nombre d'incisions que M. Régnier a cru devoir faire. Il ne comprend pas pourquoi il a eu recours à une laparotomie médiane.

Dans ces derniers temps, des cliniciens allemands fort connus se sont efforcés de montrer que les appendicites et les péritonites périappendiculaires bénignes étaient bien plus fréquentes qu'on ne le pensait. Ils ont essayé de prouver, à l'aide de longues statistiques, que ces lésions guérissaient fort souvent sans intervention, alors même qu'il y avait production du pus. La thèse qu'ils soutiennent est juste d'une façon générale ; mais il ne faudrait rien exagérer, car les statistiques sur lesquelles ils se basent sont sujettes à caution. Et tout cela n'empêche pas que partout où il y a du pus il faut s'efforcer de l'évacuer ; d'autant plus que l'opération, dans ce cas, ne présente aucune

gravité, et qu'il est impossible de savoir si l'on se trouve en présence d'une affection susceptible de rester bénigne ou de devenir grave.

M. Terrier signale une variété rare d'appendicite, dont il a observé deux cas. Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune Egyptienne, venue en France, et présentant tous les symptômes d'une appendicite. M. Terrier fit la laparotomie au niveau du cæcum, trouva un appendice enflammé, ramolli, et l'excisa. Cet appendice, examiné par des bactériologistes compétents, fut trouvé tuberculeux. Après une amélioration passagère, la malade fut prise de diarrhée et eut une péritonite tuberculeuse à laquelle elle succomba.

Dans un autre cas, que M. Terrier a observé avec M. Bouchard, il s'agissait d'un homme qui était atteint d'une énorme tumeur dans la fosse iliaque droite ; il y eut des douleurs, formation d'un abcès, ouverture de cet abcès, guérison momentanée, réapparition des accidents, aggravation de l'état général, cachexie. Il n'y avait rien du côté de la poitrine ; la tumeur était énorme et présentait l'apparence d'un sarcome ; il se fit une fistule qui donna issue à du pus ; ce pus fut examiné et on y trouva des bacilles tuberculeux. Il s'agissait donc d'un tuberculome auquel, d'ailleurs, ce malade succomba. M. Terrier ne connaît que ces deux faits ; mais il est convaincu qu'il y en a d'autres et il croit que, dans bien des cas de résection de cæcum, prétendus cancéreux et suivis de guérison, il s'agissait de tubercule.

M. Théophile Anger cite le cas d'une jeune femme de vingt-deux ans, présentant tous les caractères d'une appendicite ; elle refusa une première fois l'opération, guérit, puis fut reprise de nouveaux accidents. Cette fois, elle consentit à se faire opérer. L'appendice iléo-cæcal était intact et c'était un repli épiploïque, induré, volumineux, qui était le point du départ de tous les accidents. M. Anger fit la résection de cette masse épiploïque. La malade guérit.

Cancers de la langue

M. Jalaguier, à propos du malade présenté, dans la dernière séance, par M. Quénu, communique l'observation d'un malade atteint de cancer de la langue et des parties voisines, chez lequel, en août 1888, il a enlevé la langue, le plancher de la bouche, la glande sous-maxillaire, le maxillaire inférieur, et qui est resté guéri depuis cette époque.

M. Quénu fait observer qu'il serait intéressant de multiplier ces faits qui semblent prouver que le danger de la récidive ne tient pas tant à l'extension locale plus ou moins étendue de la tumeur qu'à la propagation de l'infection aux ganglions éloignés. Les auteurs anglais

Hutchison et d'autres, ont insisté sur ce point. Dans le cas de M. Quénu et dans celui de M. Jalaguier, l'infection ganglionnaire était limitée aux ganglions mêmes de la région du champ de l'opération. C'est la une raison qui peut expliquer l'absence ou tout au moins le retard considérable de la récurrence.

Une contre-indication du massage dans le traitement des fractures

Un mode de traitement des fractures qui est préconisé par plusieurs chirurgiens des hôpitaux, MM. Lucas-Championnière et Reclus, entre autres, ne peut avoir que beaucoup de valeur, aussi croyons nous qu'il en a. Mais nous croyons aussi qu'il n'est pas applicable dans tous les cas, ce qui nous a été démontré par une malade entrée la semaine dernière dans le service de M. Verneuil, à l'Hôtel-Dieu.

Cette malade, âgée d'une cinquantaine d'années, très grande, très grosse et grasse, avait une fracture des deux os de la jambe, au quart inférieur. Le membre, très ecchymosé, avait environ 30 centimètres de circonférence à la cheville et au moins 55 ou 60 au mollet. La fracture datait de quarante-huit heures, et on l'avait traitée en ville par le massage. Une seule séance avait été faite, et n'avait eu aucun bon résultat. Comment pouvoir masser un membre aussi volumineux? Songer à faire résorber le sang épanché était une utopie.

Il y avait, en outre, un grave danger dans le massage. Cette femme était diabétique, et on aurait pu craindre de voir survenir à bref délai la gangrène dans sa jambe. Heureusement il n'en fut rien.

La constatation du diabète chez cette malade a été faite d'une façon bien curieuse. M. Verneuil avait déjà été frappé de l'embonpoint de la malade; en l'interrogeant, il apprit qu'elle avait souvent soif; et en manipulant le membre, il ne provoquait aucune douleur, bien que la fracture ne remontât qu'à deux jours. Ce fut le fait qui le frappa le plus, d'autant qu'il l'avait déjà observé à la Pitié chez un diabétique qui, atteint depuis la veille d'une fracture des deux os de l'avant bras, gesticulait comme s'il n'eût eu aucune blessure.

Cette analgésie des plaies, des fractures est un signe qui doit attirer l'attention et faire songer au diabète.

L'examen des urines, fait par un élève du service, faillit donner lieu à une erreur. L'élève chercha l'albumine, et, comme il n'y en avait pas, il dit qu'il n'y avait rien. Rien fut compris comme glycose. Étonné, M. Verneuil fit chauffer de l'urine dans un tube à expérience avec la liqueur de Eehling et obtint immédiatement la réduction caractéristique.

Donc, en cas de fracture non douloureuse, il faut songer au diabète, et si celui-ci existe, surtout si le membre est énorme comme, dans le cas actuel, il faut renoncer au massage, qui, en pareil cas, pourrait déterminer la gangrène.—L. H. PETIT.

(*L'Union Médicale.*)

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

Traitement des vomissements graves de la grossesse

M. Routh divise les divers traitements qui ont été employés pour combattre les vomissements graves de la grossesse, en quatre classes :

I.—Les traitements qui tendent à modifier l'état général de la patiente et à abaisser l'excitabilité du centre cérébral de la vomituration ;

II—Ceux qui diminuent l'irritabilité de la muqueuse stomacale ;

III—Le traitement pelvien, variant selon l'opinion du médecin et les conditions existantes.

Les remèdes thérapeutiques tels que les alcalins, l'aconit, la salicine, l'acétate de plomb, le calomel, le salol, le phénol, les bromures, etc., peuvent soulager dans certains cas, mais non guérir.

Les médicaments les plus dignes de confiance sont la cocaïne, la teinture d'iode et le menthol, que Routh a trouvés très utiles dans les formes non graves de vomissements.

Les moyens accessoires, tels que les vessies de glace ou les applications chaudes sur la colonne vertébrale, les cataplasmes et les vésicatoires sur l'estomac et le foie, les pulvérisations d'éther sur l'épigastre, les badigeonnages du pharynx à la cocaïne, ont été justement recommandés par un grand nombre de praticiens.

L'abstention de tout rapport sexuel serait, d'après Higgins, à conseiller dans tous les cas de vomissement.

Le traitement médical et tous les moyens accessoires ayant souvent échoué, il est naturel que l'on ait cherché la cause de ces vomissements du côté du pelvis. Ainsi, un observateur croyant à une constriction du col, due à une position vicieuse, relèvera l'utérus ; un autre dilatera le col, croyant à une contraction spasmodique ou congestive ; un troisième fera une application de cocaïne pour diminuer l'hyperesthésie, qui semble être la cause du mal.

Ces différentes manières de traiter suivant le diagnostic de la cause, amènent parfois de bons résultats, mais ceux-ci ne sont pas constants.

Le procédé de dilatation du col, trouvé accidentellement par Cope-

man en 1875, en voulant provoquer un avortement pour vomissements incoercibles n'est pas à conseiller, bien que la dilatation n'amène pas fatalement l'élimination du produit de la conception.

Pour Routh, il est certain que tous les cas de vomissements graves de la grossesse sont identiques au point de vue étiologique et ne diffèrent que par le degré et non par la cause occasionnelle.

Pour lui, une contre-irritation exercée sur le col utérin constitue le remède le plus efficace, et il se sert, pour cela, d'une solution concentrée d'iode, faite de parties égales d'iode et d'iodure de potassium, d'alcool et d'eau.

Il badigeonne, à travers le speculum mis en place, le col utérin et l'extrémité vaginale du canal cervical, au moyen d'un petit tampon d'ouate trempé dans la solution et tenu entre les mors d'une pince ou sur un porte tampon. L'excès de la solution est ensuite enlevé et le speculum retiré.

Le traitement local à la cocaïne préconisé par le Dr W. Duncan, donnerait également de beaux résultats, moins réguliers cependant et surtout moins durables.

Routh pense que les succès obtenus par Hewitt par la reposition de l'utérus déplacé—ce qui exige toujours une certaine manipulation du col—par le badigeonnage à la cocaïne, ou encore par la dilatation selon Copeman, sont dus à la même cause : la contre-irritation du col par ces différents traitements.

I. OSTÉOMALACIE ET CASTRATION.—II. CAUSES DE L'AVORTEMENT A RÉPÉTITION.—III RÔLE IMPORTANT DE L'APPAREIL GÉNITAL DE LA FEMME EN PATHOLOGIE.

I.—A la séance du 6 février de l'Académie de médecine. M. Guéniot a présenté une femme qui, à la suite d'une opération césarienne, a complètement guéri d'une ostéomalacie dont elle était atteinte auparavant. Au cours de l'opération on respecta soigneusement les trompes et les ovaires et on se contenta d'instituer un traitement hygiénique et reconstituant. Nos lecteurs savent qu'à l'étranger, et sur tout en Allemagne, on préconise de plus en plus la castration ovarienne pour guérir l'ostéomalacie. C'est le traitement à la mode. Aussi devons nous remercier M. Guéniot de nous montrer, par un exemple explicite que l'ostéomalacie peut guérir sans qu'il soit nécessaire de faire subir à la femme aucune mutilation.

II.—M. le Dr. Schuhl a consacré, dans la *Revue médicale de l'Est*, un article très détaillé à l'étude des causes de l'avortement à répétition

Ces causes sont multiples et peuvent se rattacher à la mère, au père ou à l'œuf lui-même.

Parmi les cause tenant à la mère, M. Schuhl cite l'habitude physiologique que, en dehors de toute maladie, un premier avortement prédisposerait à des avortements ultérieurs.

Il faut s'empresser d'ajouter que l'auteur n'admet cette cause que sous toutes réserves et, à ce propos, il cite les observations très intéressantes d'avortement épizootique fait chez les animaux. On sait que certaines vaches, après avoir avorté une fois, avortent constamment dans la suite. Or, M. Nocard a constaté, dans ces cas, la présence, dans l'utérus, de certains micro-organismes qui n'existent que chez les animaux malades et qu'on retrouve, dans l'utérus, à tous les avortements ultérieurs. Pour nous, nous croyons que la plupart des avortements à répétition observés chez la femme, sont dus à une endométrite méconane.

On comprend, en effet que si la muqueuse de la cavité utérine est épaisse, congestionnée, hypertrophiée, elle ne permet pas à l'œuf de se greffer d'une façon solide, et l'avortement se produira à chaque grossesse, tant que la muqueuse n'aura pas repris sa texture normale. M. le Dr Chéron insiste beaucoup sur cette cause, trop souvent passée sous silence dans les traités d'accouchements, et il cite à l'appui des faits très concluants observés dans sa clientèle. Il lui est arrivé, dans bien des cas, de voir des malades ayant fait une série d'avortements porter à terme après un curettage soigneux. En l'absence d'altérations de la muqueuse, c'est—mais le cas est plus rare—une exagération de la congestion gestative se produisant à chaque grossesse qui cause les avortements à répétition. Dans ces conditions, M. Chéron a pu conduire des grossesses à terme en faisant, pendant les 4 premiers mois de la grossesse, un traitement local destiné à diminuer la congestion utérine : quelques scarifications du col faites très superficiellement avec un scarificateur bien aiguisé ; des pansements glycéroboriqués faits avec les précautions voulues en pareil cas non seulement n'ont présenté aucun inconvénient, mais encore ont empêché l'avortement habituel de se produire. Ceci dit, continuons l'analyse du travail de M. Schuhl.

L'hérédité est admise par certains auteurs qui supposent la transmission d'une disposition aux hémorragies ou à l'irritabilité de l'utérus. Nous n'insisterons pas sur cette cause. Un examinateur demandait à un candidat de citer une maladie qui n'est pas héréditaire. —La stérilité, répondit-il—Le juge dut se déclarer satisfait.

L'obésité, l'intoxication saturnine, l'intoxication par le tabac (discuté), l'intoxication mercurielle et l'alcoolisme sont des causes mieux

établies. Mais c'est surtout la syphilis qu'il faut incriminer dans la plupart des cas, spécialement pendant les trois premières années de la maladie.

Le prurit vulvaire ou généralisé est une cause assez rare d'avortements à répétition. L'albuminurie et les affections cardiaques sont des causes beaucoup plus fréquentes.

Telles sont les causes générales tenant à la mère, quant aux causes locales, ce sont les malformations utérines, la métrite chronique, les fibromes utérins, la laxité du col (?), les déchirures du col (?), les déviations utérines et principalement les rétro-déviations.

Du côté du père, M. Schuhl signale les excès de coït, (qui entraînent la conception de fœtus peu viables), l'alcoolisme, le saturnisme et surtout la syphilis, enfin la tuberculose pulmonaire.

Du côté de l'œuf enfin, ce sont surtout les altérations du placenta qui sont incriminées.

Au point de vue du traitement, M. Schuhl fait remarquer que si les causes d'avortement à répétition sont nombreuses, elles ne sont pas toutes d'égale importance et il insiste surtout sur le traitement de la syphilis du père et de la mère et sur la réduction des rétro-déviations. Nous insisterons encore une fois sur l'importance de l'endométrite et sur celles de la congestion gestative exagérée, pour tous les cas où la syphilis ou l'existence d'une rétro-déviati^on ne peuvent être incriminés.

III.—En prenant possession de la chaire d'obstétrique de l'Université de Vienne, M. Schauta a fait sa leçon d'ouverture sur le rôle important de l'appareil génital de la femme en pathologie. Voici le résumé de cette intéressante leçon, tel que nous le donne le *Mois médical* (janvier 1892), d'après le *Med. chir. Rundschau* (1892), no. 12). Nous regrettons que l'auteur n'ait pas classé les faits suivant le mode pathogénique qui intervient dans chaque groupe de cas, mais nous ne pouvons aborder cette discussion dans notre revue d'aujourd'hui.

Il n'est plus possible de nier l'influence de l'acte de l'accouchement sur l'activité du cœur dans les affections valvulaires; lorsqu'il existe de la dégénérescence graisseuse de l'organe, il se produit des cas de mort pendant cet acte; de plus, sous l'influence de la grossesse des dilations variqueuses insignifiantes peuvent arriver jusqu'à produire un anévrysme cirsoïde. En outre, il faut rattacher à la grossesse les troubles gastriques donnant lieu à des vomissements incoercibles parfois périlleux pour la vie.

La moitié des cas d'atrophie jaune aiguë du foie observés chez la femme l'est pendant la grossesse; il faut également lui rattacher les anomalies résultant de l'état puerperal, telles que le foie, la rate, les reins mobiles, anomalies produites par le relâchement de leurs moyens

de fixité et des parois abdominales. De la même source proviennent certains accès de colique hépatique, la néphrite, l'osteomalacie de la grossesse, enfin l'anémie pernicieuse d'origine génitale. Comme exemple de maladies qui peuvent être produites ou modifiées par l'état pathologique des organes génitaux de la femme, on peut donner la menstruation déviée sous forme d'hémoptysies, d'hématuries, d'hémorragies intestinales, vésicales, par le mamelon, par les gencives, par les conduits auditifs.

De plus, beaucoup d'affections des organes sexuels sont accompagnées de changements de position de l'utérus et de névroses de l'estomac. On observe des pancréatites aiguës dans les affections de l'appareil génital interne et souvent des hydronéphroses dans le carcinome de l'utérus : de plus, il y a de la compression des uretères à la suite des exsudats paramétriques ; c'est parce que la dégénérescence graisseuse du cœur est fréquente au cours des myomes utérins que leur enlèvement est parfois si aléatoire. En fait, quelles sont les relations de l'appareil génital aux maladies chirurgicales, la tuméfaction du corps thyroïde à chaque menstruation et dans le cours de la grossesse peut en donner une idée. Dans les pays où le goître est endémique, on constate qu'il se fait une augmentation notable de la tumeur à l'époque de la puberté et dans le sexe féminin.

On trouve souvent des goîtres dans le cours des corps fibreux. Les grossesses présentent une grande importance dans l'étiologie des hernies ; leur fréquence augmente chez la femme, de la puberté à la ménopause ; tandis que chez l'homme la fréquence reste constante dans les années correspondantes. Il se produit fréquemment des caries dentaires et des flux salivaires durant la grossesse. Celle-ci joue un rôle important dans la production des tumeurs des organes génitaux, et même d'autres organes, surtout les néoplasmes, remarquables par une forte vascularisation ou formés en grande partie de vaisseaux. Après l'opération d'une tumeur de mauvaise nature, la récurrence a plutôt lieu dans une grossesse consécutive. Il est difficile de dire quelle influence exerce la grossesse sur la formation du cal dans les fractures, car les observations publiées sous ce rapport ne concordent pas. Le pronostic des plaies opératoires faites durant la grossesse, sous les précautions antiseptiques, n'est pas plus mauvais que chez les femmes qui ne sont pas enceintes. Il existe de nombreuses relations entre les maladies de l'œil et celles des organes sexuels durant la menstruation ; on observe l'eczéma, l'herpès de la conjonctive, l'hémorragie rétinienne, l'exophtalmie, la diminution de l'acuité visuelle et de l'étendue du champ visuel. Dans l'aménorrhée des hémorragies peuvent se

faire dans le corps vitré, dans la conjonctive ; on peut aussi observer la kératite interstitielle, le choroïdite disséminée et l'amaurose intercurrente. A la ménopause survient l'iridochoroïdite. Dans les altérations de la situation de l'utérus, il y a des amlyopies réflexes. On a décrit une kôpiopie hystérique au cours des exsudats inflammatoires pelviens. Durant la grossesse et l'accouchement, on rencontre l'asthénopie musculaire, la polyopie, le strabisme, la rétinite albuminurique, l'atrophie de la choroïde avec amaurose complète et décollement de la rétine, Durant la grossesse et l'accouchement, on trouve encore des otites moyennes. Les dermatoses sont souvent provoquées ou exagérées par la grossesse et l'accouchement. Pendant la menstruation, on observe l'érysipèle menstruel, l'herpès, l'eczéma, l'urticaire, le prurit vulvaire, des hémorragies cutanées dans la peau et de l'œdème de la vulve. Ce dernier s'observe aussi à l'époque de la ménopause. Pendant la grossesse il faut compter avec la pigmentation; le chloasma de la ligne blanche et de l'aréole du mamelon ; avec l'herpès, l'eczéma, le prurit. Dans les cas d'affections cutanées rebelles et de cause inconnue chez la femme, Schauta a presque toujours rencontré une affection de l'appareil génital. L'influence de l'appareil génital sur les psychoses est extrêmement importante : 10 0)0 environ des maladies mentales observées chez la femme datent de l'état puerpéral ; aucune statistique n'indique combien de maladies résultent de l'appareil génital. Pendant la menstruation il y a souvent une exagération de troubles psychiques ; et l'on parle de psychose menstruelle quand une femme à sensorium intact, se trouve dans un état anormal au moment de la menstruation. Quand avant la conception il y a des troubles intellectuels ils sont en général modifiés dans un sens défavorables par la grossesse et l'accouchement ; dans quelques cas pourtant ils sont améliorés. Les femmes à neurasthénie héréditaire supportent mal les explorations gynécologiques répétées, les traitements locaux qui se prolongent ; il n'est pas rare qu'on ait dans ces conditions une aggravation des accidents nerveux, suivie d'une explosion de troubles mentaux ; les opérations comportant ablation de l'utérus et des ovaires sont particulièrement dangereuses.

(Revue Médico Chirurgicale des Maladies des Femmes)

Du plissement vaginal pendant l'accouchement.

Observation communiquée à la Société de médecine de Toulouse, par le docteur
LEGHEYRON.

Je désire appeler votre attention sur l'existence de replis vaginaux, de pseudo-cloisonnements du vagin pendant l'accouchement et en particulier sur leurs conséquences.

Ces cloisons spontanées et passagères formées d'un simple prolapsus de la muqueuse vaginale doivent être opposées aux cloisons vaginales vraie, permanentes, congénitales ou acquises, cicatricielles. Elles apparaissent à l'occasion d'efforts expulsifs au devant de la partie fœtale. A vrai dire, il s'agit de simples replis de la muqueuse dont l'étendue est en rapport avec le prolapsus de la muqueuse vaginale simple. Le prolapsus du canal vaginal complet ne rentre pas dans le cadre de cette étude.

Les cloisons vaginales sont transversales ou longitudinales, suivant l'axe du vagin. Ces dernières sont toujours congénitales et ne rentrent pas dans l'étude de nos replis vaginaux ou pseudo-cloisons.

Les cloisons transversales se rangent en plusieurs catégories ; elles sont congénitales ou acquises ; ces dernières peuvent, à leur tour, être permanentes, cicatricielles ou passagères, d'ordre mécanique ou spasmodique.

Les valvules qui dérivent d'une action mécanique sont passagères ; elles apparaissent et disparaissent avec la cause déterminante.

Les valvules, simples replis muqueux, siègent de préférence vers le tiers moyen du vagin, dans la partie du vagin la moins bien soutenue ; uniques le plus souvent, elles peuvent être multiples, se superposer, mais l'une d'elles est plus considérable que les autres.

En général simples, elles forment une saillie semi-lunaire, en arc de cercle, ou même un anneau complet. Parfois cette saillie donne au doigt la sensation de la forme d'un nid de pigeon inséré sur l'une des parois du vagin, sur la postérieure en particulier. Au doigt, ces saillies produisent la sensation d'un bourrelet épais, œdémateux pendant le travail, ou bien d'une véritable barrière haute de plusieurs centimètres. Celle dont nous rapportons l'histoire avait deux à trois centimètres de hauteur et s'insérait à deux ou trois centimètres du col.

L'épaisseur de la valvule est celle d'un replis de la muqueuse vaginale. Cette épaisseur diminue pendant les contractions utérines en raison de la pression effectuée sur le repli vaginal par la partie engagée. Les différences d'épaisseur sont surtout sensibles au niveau du bord libre. Ce caractère est important.

La face supérieure de la valvule regarde le col dont elle se trouve distante suivant le point d'insection de la valvule et suivant l'état de contraction de l'utérus, le degré d'engagement de la partie fœtale. A un moment le col étant dilaté, la partie fœtale presse sur la valvule au point de venir faire saillie et de presser sur ces bords. Les bords de la valvule simulent alors, pour un esprit non prévenu de l'erreur, un col en voie de dilatation.

Le rôle de ces valvules dans l'accouchement est en principe tout secondaire ; simples replis du vagin, la tête fœtale à son passage les forme et les détruit tour à tour, suivant leur mécanisme particulier.

Des brides bien prononcées, formant anneau, pourraient néanmoins occasionner des arrêts dans le travail. La nature de ces arrêts ne devrait pas être méconnue ; car, il suffirait de la connaître pour lever les difficultés. Une erreur de diagnostic pourrait, au contraire, être très préjudiciable. Ainsi dans l'observation que nous rapportons, l'obstacle que nous nous apprêtions de faire disparaître avec l'instrument tranchant, céda comme par enchantement sous la simple pression manuelle, excéntrique.

OBSERVATION.—S..., trente ans, nerveuse, de bonne santé antérieure, est à la fin de la quatrième grossesse. Les grossesses antérieures normales se sont terminées sans accidents. Début par des accouchements peu laborieux. Dans l'espace de quelques heures, le travail aboutissait à une expulsion spontanée.

Dans le cours de la dernière grossesse, S... s'aperçut d'une augmentation rapide du ventre, et ressentit, vers le cinquième mois des mouvements des petites extrémités fœtales dans tout le ventre.

À la fin de la grossesse, trois semaines environ avant le travail, S... se plaignit vivement d'une sensation d'oppression extrême, d'angoisse respiratoire. Il survint de véritables crises d'oppression fort pénibles.

Vers cette époque, bien que l'abdomen parût volumineux, il s'élevait seulement à trois centimètres environ au-dessous du creux épigastrique.

Le palper faisait reconnaître un siège dans l'hypocondre droit et de nombreuses parties fœtales en avant ; peut-être existait-il un autre pôle fœtal dans la fosse iliaque gauche. L'auscultation permettait d'entendre des bruits du cœur, en arrière et à droite, et en avant à gauche.

Au toucher, on reconnaissait une tête mobile dans l'excavation. Le col long, dilatable largement jusqu'à l'orifice interne fermé. A un premier toucher, la particularité vaginale n'a pas été perçue.

Le 13 septembre, le travail se déclare. Le palper pratiqué avec soin complète le diagnostic d'une grossesse gemellaire. Les deux fœtus sont accolés. Fœtus droit en O. I. D. P., le fœtus gauche en présentation latérale ; tête non engagée, reposant encore sur la fosse iliaque gauche.

Le toucher fait percevoir une sorte de valvule, un diaphragme d'une hauteur de deux à trois centimètres. Cette valvule circulaire constitué évidemment par de la muqueuse, offre une surface lisse ; elle s'insère tout près de l'extrémité supérieure du vagin. Son bord libre forme un diaphragme, une ouverture de la grandeur d'une pièce de deux francs. À travers cette ouverture, on sent le segment inférieur de l'utérus. La

dilatation est de la grandeur d'une pièce d'un franc. Les bords du col sont minces, mais souples ; la tête ballote encore. La poche des eaux est en voie de formation en arrière et à gauche.

Il est très facile de rapporter le replis inférieur au vagin. Le diagnostic de cloisonnement transversal annulaire du col est éliminé, celui de valvule congénitale est en suspens.

L'engagement se prononce lentement, la poche des eaux se rompt le 18 au soir ; la malade est inondée ; à chaque contraction des petits flots de liquide amniotique s'échappent.

Le travail traîne en longueur, l'engagement en O. I. D. P., tête peu fléchie, est prononcé. La constatation de la bride est facile. La tête est descendue dans l'excavation et pousse devant elle la valvule dont elle se coiffe pendant les contractions. Le diaphragme est de la largeur de deux doigts ; son axe central est au centre du vagin, tandis que l'orifice utérin avant sa dilatation complète regarde en arrière. Il n'y a donc pas superposition des centres axiaux des deux orifices. La lèvre antérieure du col est œdématiée ; la valvule vaginale est elle-même épaissie. Pendant la contraction, les bords de la valvule deviennent plus minces, moins souple et s'appliquent contre la tête ; aussi, serait-il facile à un premier examen de faire une erreur de diagnostic et de croire à une dilatation incomplète du col.

Entre les contractions, il est facile de s'assurer que la bride est distincte de l'utérus et s'insère bien sur le pourtour du vagin.

Le 17, vers huit heures du matin, en raison de la longueur du travail (trois jours) de la fatigue, de l'énervement de la parturiente, en raison encore de la grossesse gemellaire, il est procédé à une intervention active. Le diagnostic de la nature de la valvule douteux tout d'abord, est levé facilement. La dilatation manuelle avec les doigts écartés fait céder la valvule, mais à une contraction consécutive la valvule réapparaît sous la même forme.

Ces interventions réveillent les contractions qui étaient faibles, mais quelques heures après les contractions utérines restent inefficaces, le travail est arrêté ; la tête est toujours en D. P.

La parturiente est chloroformisée, la valvule cède facilement sous la main.

Une application de forceps amène à la vulve un enfant vivant ; le cordon, légèrement procidant au moment de l'application du forceps, est gros, volumineux.

Malgré les efforts de la sage femme, Mlle Bergès, pour maintenir la tête du second fœtus au détroit supérieur, en raison des mouvements désordonnés de la parturiente, la tête échappe brusquement et remonte

dans le flanc gauche. La présentation transversale nécessite une version qui est pratiquée immédiatement. La version est facile et amène un garçon vivant. L'utérus est large, flasque, La délivrance par expression est pratiquée aussitôt après l'accouchement.

Une abondante perte de sang nécessite le massage, le pétrissage de l'utérus, et une injection très chaude, *largâ manu*, d'eau naphtolée.

L'arrière-faix est au complet, il se compose d'un placenta et de deux poches distinctes superposées.

Les suites de l'accouchement ont été excellentes, la parturiente s'est bientôt rétablie. Examinée un mois après l'accouchement, il n'existe aucune trace de bride : la preuve d'un repli vaginal accidentel est ainsi faite. Dans aucun autre de ses accouchements, les médecins n'avaient fait de remarque sur la présence d'un obstacle vaginal.

Ces brides, valvules, anneaux sont formés d'un simple repli muqueux du canal vaginal. Ce repli par prolapsus peut recevoir l'explication suivante. La muqueuse vaginale, d'abord assez adhérente avant tout accouchement, glisse facilement sur les tissus sous-jacents après l'accouchement. Le glissement est d'autant plus facile que les accouchements antérieurs ont été plus nombreux. Ces replis qui sont à peine formés, ou mieux esquissés pendant la grossesse, deviennent nets ou apparents dès que les contractions utérines poussant leur partie fœtale, entraînent devant elles le canal vaginal. Le canal et sa muqueuse en particulier, se plisse absolument comme une lanterne vénitienne que l'on referme par pression exercée à l'orifice supérieur, la base étant fixée. Cette comparaison grossière fait ressortir la formation des replis, leur augmentation de surface à mesure que la pression est plus énergique. Supposez un objet passant à frottement dans la lanterne et les replis de celle-ci s'effaceront devant lui : de même la distension vaginale par le fœtus efface tout repli de la muqueuse et rend à la surface vaginale son aspect uni lisse.

Ces brides s'observent de préférence chez les personnes à tissus lâches, chez les lymphatiques, les grandes multipares. Leur fréquence est grande au moins sous forme de bourrelets. Il suffit pour se rendre compte de cette fréquence, d'examiner avec attention le vagin d'une femme à terme, multipare, ayant du prolapsus vaginal. Le vagin offre des saillies, des dépressions ; la muqueuse glisse dans une certaine étendue sur les tissus sous-jacents. Mais à mesure que l'engagement se fait, les plis formés disparaissent. En général il ne constituent, du reste que les bourrelets insignifiants. Mais l'accoucheur doit compter sur les surprises et la formation d'un prolapsus vaginal—muqueuse et autres tissus formant le canal vaginal—peut être une surprise. Notre intention est surtout de signaler les cas de simples plissements ; aussi, n'en-

trérons-nous pas dans des explications plus étendues sur les prolapsus vaginaux complets.

Les valvules ou anneaux à surfaces lisses, à contours réguliers, se distinguent facilement des rétrécissements cicatriciels par les nodules de ceux-ci. La nature spasmodique de certaines saillies, le résultat du vaginisme, est facile à reconnaître. Le siège de prédilection à la partie inférieure du vagin ou au tiers supérieur est un caractère non moins essentiel que leur peu de valeur relative. Ces saillies, rétrécissements toujours circulaires, en diaphragmes, cèdent sous la pression et, une fois vaincus, ne réapparaissent guère. Tout autres sont les arrêts que nous décrivons à siège indéterminé, augmentant avec le degré d'engagement s'il s'agit d'anneaux bien prononcés d'emblée et contre lesquels vient buter une tête poussée avec un peu d'énergie. Ces arrêts disparaissent dès que, grâce à une pression régulière, la main déplisse la muqueuse et l'étale sous la partie engagée ; mais, il suffit d'un temps de repos pour qu'à la reprise de la contraction le repli muqueux se forme à nouveau, à moins que la tête plus engagée ne maintienne écartées les surfaces vaginales en prolapsus. Le point difficile est de distinguer ces valvules, ces anneaux de malformations congénitales analogues. Dans les deux cas, on note même siège de prédilection, même consistance, mêmes formes. Cependant les anomalies congénitales préexistent à l'accouchement et persistent après lui. En outre, si elles sont bien prononcées, elles exigent une intervention armée de ciseaux et instruments tranchants.

L'origine vaginale de l'obstacle est bien établie si le doigt perçoit au-dessus de la bride le col utérin effacé ou en voie d'effacement. Le diagnostic avec le cloisonnement transversal incomplet du col n'est guère à faire, étant donnée la rareté extrême de ce dernier, et ses connexions avec la matrice. En outre, le cloisonnement siège au-dessus de l'orifice cervical externe.

L'importance de ces replis est tout secondaire, puisque fort rarement il y a lieu d'intervenir. Dans quelques cas rares, il s'agit de larges anneaux, muqueux, refoulés par la partie fœtale. Très rarement, l'obstacle est assez grand pour ne pas être levé par le simple effet d'une contraction puissante poussant en avant les parties fœtales. L'essentiel est surtout de ne pas se laisser influencer par la présence de l'obstacle et de ne pas lui opposer un instrument tranchant. La dilatation manuelle est le traitement de choix ; sous cette pression les saillies s'effaceront ; au besoin les manœuvres manuelles seront répétées. Le bistouri ne ferait que créer une plaie vaginale, peut-être une amorce pour une rupture vaginale. Il convient donc d'être renseigné sur la nature des brides que nous signalons afin de savoir respecter le sage proverbe : *primum non nocere.*

Le pessaire dans le traitement des métrites

Par le docteur GEIFFER (1)

1^o Une femme atteinte de prolapsus ou simplement d'un abaissement de la matrice, réclame votre intervention parce qu'elle souffre dans le dos, dans les aines et le haut des cuisses ; parce que des douleurs pendant la menstruation sont insupportables et que tout travail est devenu impossible pour elle. Vous lui appliquez un pessaire bien approprié et trois fois sur quatre, votre malade éprouvera un soulagement presque immédiat. Il lui semble que vous l'avez guérie instantanément ; c'est au point que, de longtemps elle ne reparait devant vous.

2^o Dans les premiers mois de la grossesse, lorsque l'utérus gravide, repose de tout son poids sur le plancher du petit bassin, le symptôme douloureux est parfois très marqué et dès que l'organe a dépassé le détroit supérieur et que les ligaments de l'utérus et ce plancher ne constituent plus les seuls soutiens de l'organe, les phénomènes douloureux s'amendent.

3^o La ponction d'un ascite, l'évacuation d'un hématome situé dans un des culs-de-sac péri utérins, l'énucléation d'un fibrome sous-séreux, l'ovariotomie, la guérison des paramétrites, suppriment presque toujours les douleurs lombaires. Et je crois et je répète, que le soulagement apporté à ce symptôme d'origine pelvienne est bien plus lié aux modifications apportées dans la circulation péri utérine, à la liberté de cette circulation qu'aux changements qui se sont produits dans le parenchyme des tissus après la guérison d'une phlegmasie, l'énucléation d'un néoplasme, etc.

Or, étant donnés ces faits et la théorie qui en découle, j'ai essayé d'appliquer le pessaire dans un certain nombre de cas d'endométrite et de métrite parenchymateuse, et les résultats très heureux que j'ai obtenus m'engagent à conseiller ce procédé.

Il réussit surtout lorsque l'utérus est augmenté de volume, quand il présente une tendance à s'abaisser, et lorsque les sécrétions sont très abondantes.

Il faut, bien entendu, que l'organe ne soit pas fixé par des adhérences paramétriques récentes ou anciennes, car alors le pessaire n'est pas supporté par la malade. Dans quelques cas, assez rares, l'intolérance vis-à-vis du pessaire ne peut être attribuée ni à une position vicieuse de l'appareil, ni à ses dimensions mal appropriées, mais à une

susceptibilité particulière vis-à-vis des corps étrangers introduits dans le vagin ; souvent aussi l'intolérance est due à de l'ovarite ou au prolapsus de cette glande, enfin au vaginisme.

C'est le pessaire élastique rond de Dumontpallier qui me semble le plus apte à produire l'effet désiré.

Lorsque ses dimensions sont bien choisies, que sa consistance est suffisante pour résister aux pressions diverses qu'il subit dans le vagin, il soutient admirablement l'utérus dans une position élevée, d'antéversion légère.

Cela une fois obtenu, le col qui avant cette manœuvre se trouvait écrasé par le poids de l'utérus malade et baigné constamment dans les sécrétions utérines et vaginales, se trouve maintenant suspendu en quelque sorte dans l'espace intra-annulaire. Non seulement les sécrétions peuvent s'écouler plus librement de la cavité utérine ; mais les injections vaginales médicamenteuses ont dès lors, une action plus directe sur lui et sur les parois vaginales distendues.

J'ai pu constater à la suite de ce traitement :

1^o La disparition très rapide des douleurs lombaires, abdominales, crurales et sciatiques.

2^o Une décongestion évidente du col utérin, suivie de celle de l'organe tout entier.

3^o Une diminution beaucoup plus rapide des écoulements leucorrhéïques et purulents de l'appareil génital et une prompte réparation des érosions qui existent si souvent dans le voisinage de l'orifice externe du col.

Quant à l'affection inflammatoire elle-même, qu'elle ait envahi le corps utérin ou la muqueuse isolément, elle évolue plus facilement et en quelque sorte spontanément vers la guérison.

Bref, la durée de la maladie semble moins longue et le traitement par les caustiques, les injections médicamenteuses chaudes devient de beaucoup plus efficace.

On doit attribuer cela, au retour de la circulation sanguine et veineuse et surtout lymphatique, à sa liberté d'action qui est éminemment réparatrice.

L'utérus soulevé n'exerce plus de traction sur les ligaments larges, n'empêche plus par son poids l'afflux sanguin dans les artères utérines ni la circulation de retour, et rien ne s'oppose plus aux échanges nutritifs depuis que les ganglions et canaux lymphatiques ne sont plus arrêtés dans leur fonctionnement.

Je crois pouvoir dire, enfin, que le pessaire est dans ces cas particuliers à l'utérus, ce qu'est l'attelle au membre brisé ou enflammé, le bandage croisé ou spica à la mastite puerpérale, le suspensoir à l'orchite.

Des observations typiques indiquent bien comment agit l'appareil de Dumontpallier, et quel bénéfice on en peut tirer pour combattre les éléments douleur, congestion, inflammation.

Il me semble bien plus rationnel et plus facile de placer au fond du vagin un anneau élastique qui soutient l'utérus également de part et d'autre sans le comprimer et sans comprimer surtout la vessie, l'urètre et le rectum que de placer un gros tampon qui très rarement garde sa position et plus rarement encore remplit son rôle de soutien.

Quant à appliquer dans le vagin toute une série de tampons liés l'un à l'autre en queue de cerf-volant, je crois que cette pratique est détestable parce qu'elle est absolument contraire aux règles maintenant admises en chirurgie ; c'est-à-dire le maintien des rapports anatomiques des organes ; l'écoulement libre et même facilité de toutes les sécrétions ; l'intégrité de fonctionnement des organes avoisinant les parties malades. Or, il faut le dire, les tampons accumulés dans le vagin comme cela se fait encore *très souvent* empêchent tout cela.

Je me suis servi du pessaire dans dix cas et deux fois seulement il n'a pas été supporté à cause de périmétrite subaiguë existante.

Dans tous les autres il a été d'une utilité incontestable.

Les indications du pessaire dans les métrites sont nombreuses et je crois pouvoir conseiller ce procédé :

- 1° Dans les endométrites avec abaissement de l'utérus ;
- 2° Dans les métrites lorsqu'il y a peu d'adhérences pelviennes ;
- 3° Dans les involutions utérines incomplètes.
- 4° Après le curettage dans les cas précédents et surtout après le curettage post-abortum.

((*La Clinique.*))

Des manipulations intra-utérines

Kaltenbach conseille vivement de ne jamais répéter trop souvent les manipulations intra-utérines, telles que : irrigation, sondage, dilatation, introduction d'instruments quelconques. Les dilatations forcées et répétées sont surtout à rejeter comme devant occasionner presque toujours à la longue, l'introduction d'agents nocifs par les petites érosions artificielles ; agents qui se propageant par les voies lymphatiques peuvent atteindre le paramétrium et le péritoine des organes du petit bassin. Même en dehors du danger d'infection, les patientes traitées de la sorte, deviennent nerveuses, à un haut degré, et l'on voit survenir chez elles de la céphalalgie, des palpitations de cœur, de l'insomnie et souvent des troubles psychiques importants.

(*Le Courrier Médical.*)

PÆDIATRIE.

Le Pronostic chez les Enfants

Conférence recueillie par le Dr A. F. Plicque, ancien interne des hôpitaux.

Si la clinique est un art difficile, exigeant avec un ensemble de connaissances théoriques immenses une éducation spéciale de l'intelligence et des sens, c'est surtout dans les questions relatives au pronostic qu'éclatent bien ces difficultés. Toujours très délicat chez l'adulte, le pronostic l'est certainement plus encore chez l'enfant. L'enfant n'a pas, sans doute, de maladies particulières, la médecine infantile n'est pas une spécialité au sens propre du mot. Cependant les maladies de l'enfant présentent une marche, une symptomatologie, des complications particulières qui déroutent singulièrement le clinicien, s'il n'a pas l'habitude de ce terrain, si nouveau pour lui. Rappelez-vous, pour prendre un exemple, ces phénomènes que je vous ai souvent montrés chez les enfants du premier âge. A peine existe-t-il un peu d'accélération des mouvements respiratoires, un léger battement des ailes du nez, un peu d'abattement, de la fièvre. La toux paraît absolument insignifiante. Les signes stéthoscopiques manquent au début. J'ai souvent comparé ces pneumonies insidieuses et masquées aux pneumonies également insidieuses et adynamiques des vieillards. Dans les deux cas il faut, malgré la bénignité apparente des symptômes, savoir porter le pronostic le plus réservé et souvent le plus sérieux.

Il serait superflu d'insister sur l'importance du pronostic. Seul il vous permet d'apprécier l'effet de ces moyens. En clientèle, c'est sur le pronostic que vous serez particulièrement, souvent, hélas ! injustement jugés. La famille de l'enfant ne peut contrôler votre diagnostic ; elle manque d'éléments pour apprécier votre thérapeutique. Tout dépend donc, à ses yeux, de la façon plus ou moins exacte dont se réalisera ce que vous avez fait craindre ou ce que vous avez fait espérer.

Pour établir votre pronostic chez l'enfant, vous avez des règles générales et toute une série de signes particuliers. Les règles générales sont surtout relatives : 1^o à la résistance spéciale de l'enfance ; 2^o au milieu de famille ou milieu d'hôpital dans lequel il est soigné. Les signes particuliers vous sont surtout fournis par l'âge, la température, le pouls, les forces, les sécrétions, le groupement des accidents morbides, enfin par l'hérédité.

A.— La *résistance* des enfants est véritablement merveilleuse. C'est elle qui dans les affections les plus graves permet de conserver encore une lueur d'espoir alors qu'un adulte, dans des conditions analogues.

n'aurait plus aucune chance de salut. Souvent, d'ailleurs, chez l'enfant, les accidents sont en apparence plus graves, plus bruyants, plus terribles, qu'en réalité. J'aurai plus loin l'occasion de vous montrer qu'il faut se défier moins des manifestations à grand éclat. fièvre, délire, agitation, que des manifestations contraires : abattement et torpeur, de l'ataxie que de l'adynamie.

Nous venons d'avoir dans nos salles trois beaux exemples d'enfants qui ont, à notre grande joie, fait appel du pronostic grave et presque fatal que nous avons porté chez eux. Dans le premier, il s'agit d'un érysipèle ayant chez un enfant de six ans envahi la face, le cuir chevelu, le pharynx, le palais. Au neuvième jour, la température restait à 41°, non seulement il n'y avait pas d'amélioration, mais l'agonie paraissait commencer.

L'enfant devenait froid, bleuâtre, insensible, puis tout d'un coup et sans qu'on ait pu le prévoir la température tombait à 35°. L'enfant, pourtant, surmonta cette crise violente et fini par guérir.

Dans le second cas, il s'agit de ce pauvre petit enfant tuberculeux, rachitique, chez qui l'affection primitive vint se compliquer d'une pneumonie diffuse de tout le côté droit. Certes, cet enfant n'est pas guéri de sa tuberculose, mais, en dépit de toutes nos craintes, il a survécu à sa poussée pneumonique.

Dans le troisième, c'était une fièvre typhoïde avec accidents nerveux tellement violents que vous m'avez vu discuter le diagnostic de méningite cérébro-spinale. Là encore la guérison a été obtenue au bout de trois longues semaines d'incertitudes.

À côté de ces faits, que vous avez vus, je pourrais citer bien d'autres exemples. L'an dernier; en ville, j'allais voir un enfant atteint de diphtérie laryngée et bronchite secondaire au cours d'une dysenterie. L'agonie paraissait proche. Une tante qui le soignait s'occupait déjà de préparer la chambre mortuaire. Au tirage progressif succédèrent des accès de toux qui petit à petit, détachèrent les obstacles muco-membraneux et en 24 heures la situation était si heureusement modifiée que l'enfant jouait sur son lit sans offrir les signes dyspnéiques et fini par guérir. J'ai même guéri une petite fillette atteinte de broncho-pneumonie chez qui les parents avaient cru, non plus à l'agonie, mais à la mort, et que j'avais trouvée un crucifix sur la poitrine, deux cierges allumés de chaque côté du lit. J'eus peine à convaincre la famille que l'enfant respirait encore, et cependant après une série d'accidents divers, la guérison complète put être définitivement assurée et affirmée.

B.—Une deuxième règle générale est l'extrême différence entre le pronostic en *villeet* à l'*hôpital*. Autrefois cette gravité du pronostic résultait surtout de la promiscuité des maladies les plus contagieuses. Au-

jourd'hui ces dangers sont diminués par l'isolement. Mais cet isolement si nécessaire a créé pour les malades ainsi agglomérés de véritables foyers d'infection réciproque. C'est surtout pour les petits rubéoliques que l'aggravation produite par l'encombrement et la réunion dans des salles défectueuses a été manifeste. La mortalité par la rougeole était de 20 à 30 0/0 avant l'isolement, elle atteint actuellement 42 0/0. C'est surtout de la fréquence et de la gravité des broncho-pneumonies que résulte cette énorme augmentation de la mortalité. En ville d'ailleurs, l'encombrement peut dans quelques cas produire les mêmes résultats néfastes. Dans une famille où les cinq enfants atteints de coqueluche avaient été réunis dans la même chambre, j'ai vu la coqueluche se compliquer, sans imprudence ni écarts de régime, de broncho-pneumonies aussi graves que celle de l'hôpital. Deux des enfants succombèrent malgré les mesures que j'avais immédiatement fait prendre pour ventiler la pièce avec les ménagements et les précautions d'usage en pareille circonstance.

Les autres éléments généraux du pronostic sont beaucoup moins importants.

Au point de vue du *sex*e, le seul fait à retenir est que les petites filles, surtout celles des grandes villes, sont plus nerveuses, plus excitables que les petits garçons. Les accidents ataxiques, l'agitation, le délire, la fièvre surviennent plus facilement à l'occasion d'indispositions légères, et en imposent aisément pour des accidents redoutables. Au point de vue des *climats* et des *saisons*, les affections des voies respiratoires sont naturellement plus sérieuses dans les contrées et par les saisons humides et froides. Les affections de l'appareil digestif sont au contraire plus graves dans les contrées et par les saisons chaudes.

Les règles plus spéciales à chaque affection portent sur deux points principaux : la maladie d'une part, le malade d'autre part. Prenons pour exemple une diphtérie. Il s'agit évidemment d'une affection toujours sérieuse, exposant, même dans ses formes les plus bénignes au début, à des complications graves. En dehors de cette notion générale, la maladie peut se présenter avec des caractères, des localisations rendant d'emblée le pronostic extrêmement sombre : infection générale intense, engorgement ganglionnaire considérable, angine gangréneuse, croup. Le pronostic est encore très sombre chez tout diphtéritique qui ne mange pas, chez tout diphtéritique ayant de la fièvre. Les caractères bactériologiques de la fausse membrane constituent un élément nouveau et important du pronostic. Toute fausse membrane riche en bacilles de Klebs comporte un pronostic très réservé sur quelques points qu'elle siège et si minime que soit son étendue. M. Roux, dans les recherches bactériologiques qu'il a faites sur des fausses membranes

diphthériques qui lui était envoyées de cet hôpital, a souvent de cet examen conclu, sans avoir vu le malade, que l'enfant qui provenait la fausse membrane, était atteint d'une diphtérie bénigne ou grave. Cette conclusion bactériologique s'est toujours trouvée d'accord avec la conclusion clinique.

Voici la maladie. On pourrait pour chaque affection vous indiquer des règles analogues, mais il faudrait pour cela passer en revue toute la pathologie infantile. Envisageons donc seulement la question du malade et voyons les éléments spéciaux que peuvent nous fournir l'âge, le pouls, les forces, les sécrétions, le groupement des accidents morbides, enfin l'hérédité.

En ce qui concerne l'âge, les enfants peuvent être rangés en deux groupes : les enfants au-dessous d'un an et demi (les enfants à la mamelle) et les enfants au-dessus des deux ans. Chez les premiers, toutes les maladies peuvent être graves, les maladies infectieuses en particulier, coqueluche, rougeole, diphtérie surtout, qui deviennent facilement mortelles. Au-dessus de deux ans commence déjà la résistance particulière à l'enfance ; comparez, pour prendre un seul exemple, l'extrême gravité des diarrhées à un mois et leur bénignité après trois ans.

La température chez les enfants est souvent très élevée sans avoir de signification particulièrement grave. Un coryza, une angine simple, une entérite peuvent produire une température vespérale de 39° et 40° cependant il faut convenir que 40°, 5, 41° constituent toujours un signe d'un caractère sérieux quelle que soit l'affection.

L'absence de rémission matinale, la persistance de la fièvre sans désérvescence constitue comme chez l'adulte un élément de pronostic réservé. Mieux vaut une température de 40°, 5 le soir avec abaissement à 38°, 5, 39° le matin, qu'une température se maintenant presque sans rémission matinale à 40° et 39°, 5.

Une gravité spéciale s'attache encore aux températures élevées, après le temps ordinairement nécessaire pour juger une maladie ou réapparaissant dans la convalescence. Exemple : Toute pneumonie qui ne fait pas sa désérvescence le 8^e, 9^e ou 10^e jour devient suspecte. Une pleurésie chez l'enfant s'accompagnant de fièvre après la cinquième semaine est presque certainement une pleurésie suppurée. La fièvre qui apparait dans la diphtérie au troisième ou quatrième jour de la trachéotomie est souvent d'un pronostic très alarmant.

Le pouls vous renseignera d'abord par le nombre, la résistance, l'amplitude des pulsations. Pour le rythme et la régularité, vous devez savoir que, chez les enfants, les émotions en particulier l'émotion de la visite du médecin, les inspirations profondes ou courtes produisent une accélération et une irrégularité très marquées du pouls. Le pouls est tantôt in-

termittent, misérable, tantôt plein, ralenti, trahissant les signes de la méningite, ces mêmes symptômes, réunis à d'autres éléments sérieux, inspirent les craintes les plus légitimes au point de vue du pronostic.

Les rapports du nombre des pulsations et de l'élévation de la température offrent aussi un grand intérêt. Un pouls à 140 ou 130 avec une fièvre à 39°,5 indique une fièvre intense. A la période extrême de la méningite le dénouement fatal est annoncé par le pouls à 160, la température à 41°. Par contre, chez les typhiques, avec température montant le soir à 40°, 40°,5, vous voyez assez souvent le pouls ne pas dépasser 100. Cette faible accélération du pouls, en comparaison de l'élévation thermique est un signe favorable indiquant que l'organisme n'est pas touché profondément. Elle ne se rencontre que quand la rémission matinale est notable.

Cette dissociation, ce pouls peu accéléré avec une température élevée se retrouve au contraire comme signe fâcheux dans les tuberculoses latentes, les suppurations sournoises. Mais alors vous observez aussi de temps à autre le rapport inverse, le pouls accéléré fréquent au moment où la rémission thermique tombe à son minimum.

Les forces chez l'enfant malade peuvent être perverties, exaltées, amoindries. L'ataxie, l'agitation sont toujours moins inquiétantes que l'adynamie et l'affaissement. Chez l'adulte, une fièvre typhoïde qui débute par un délire furieux, de l'agitation, une révolte générale de l'économie est extrêmement grave. Chez l'enfant, rien de plus commun que de voir ce début bruyant accompagné même de convulsions suivi d'une fièvre typhoïde bénigne. Dans la pneumonie de l'enfant, le délire les convulsions n'indique pas un dénouement fatal ; l'affaissement, au contraire, persistant au delà du 9^e jour, sans rémission thermique, est encore un signe de suppuration. Vous connaissez aussi toute la gravité des accidents adynamiques du choléra infantile.

Quand les sécrétions sont normales, que l'élimination par le rein, la peau, la salive évalue régulièrement, la gravité du pronostic se trouve très atténuée. En revanche, quand la peau est sèche, âcre, mordicante, craquelée, que toute moiteur a disparu, que la langue est sèche, vermissée, fuligineuse, comme rôtie, que les urines sont rares, le pronostic devient des plus sérieux. Je ne fais que signaler les renseignements fournis par l'albumine, le sucre, la diminution ou l'augmentation de l'urée, des phosphates et des urates.

La putridité de l'haleine, des matières fécales est toujours un indice d'affection non bénigne. En revanche, les hémorrhagies, épistaxis, méloëna, purpura même ne sont pas, alors même qu'ils surviennent au début des maladies fébriles, dans le cours de l'albuminurie des diarrhées

d'un pronostic aussi sérieux que chez l'adulte. Tant que ces hémorragies ne s'accompagnent pas d'adynamie, elles ne sont pas trop inquiétantes. J'ai même vu une rougeole des plus malignes s'atténuer brusquement au moment de l'apparition d'abondantes épistaxis.

Pour l'ordre de groupement des accidents morbides, je vous ai déjà signalé ce qui a trait aux rapports du pouls et de la température. Défiévous toujours de tout symptôme singulier, bizarre, anormal, quelque singulier, bizarre, anormal, quelque insignifiant qu'il paraisse.

Les *tares héréditaires*, tares syphilitiques, tuberculeuses, alcooliques aggravent souvent le pronostic. Exceptionnellement elles permettent de porter un diagnostic un peu moins grave que celui auquel on pensait tout d'abord. Des accidents, méningitiques, en apparence, survenant chez des descendants d'alcooliques, de syphilitiques, céderont quelquefois. Certes, la rémission ne sera bien souvent qu'incomplète ; il persistera un état chronique de sclérose cérébrale. Mais vous aurez moins à redouter la méningite aiguë fatale à brève échéance que chez les descendants de névropathes et de tuberculeux.

A côté des tares héréditaires, je dois vous signaler les tares morbides antérieures. Vous connaissez toute la gravité des *affections secondaires* survenant dans la convalescence d'une autre affection. Les croups, les broncho-pneumonies consécutives à la rougeole laissent en particulier bien peu d'espoir.

Vous voyez donc de quels éléments multiples difficiles à recueillir, plus difficiles encore à apprécier, se composera votre pronostic. C'est vous dire avec quelle réserve vous devrez toujours le formuler. Sans sentir et sans apprécier les difficultés de votre tâche, les familles jugeraient sévèrement et injustement toute prédiction de votre part qui serait en bien et surtout en mal démentie par les faits.

Le Progrès Médical

Naphtaline dans la coqueluche

MM. Chavernat et Castellan disent avoir obtenu des succès surprenants dans le traitement de la coqueluche par l'emploi des vapeurs de naphtaline ; après quarante-huit heures de cette médication, tous les jeunes malades traités — environ une trentaine — auraient été débarrassés de leur toux et de leur expectoration.

Voici le mode d'administration du remède. Dans la chambre du malade, on met 15 à 20 grammes de naphtaline dans un récipient en faïence, placé sur un réchaud garni de charbons ardents et on laisse chauffer lentement. La naphtaline ne tarde pas à entrer en fusion et

elle inonde bientôt l'appartement de ses vapeurs argentines à odeur aromatique, rappelant celle du lilas. Il faut donc remarquer que c'est par fusion qu'il faut employer la naphthaline, car si on la laissait brûler, on obtiendrait un effet contraire à celui qu'on cherche, cette substance répandant alors une vapeur fuligineuse à odeur âcre qui provoque la toux.

Il est à remarquer aussi que les tuberculeux ne peuvent supporter ces émanations qui calment tant les coqueluchards.

(*La Clinique.*)

NEUROPATHOLOGIE

Recherche de l'ataxie naissante

(A. FOURNIER.)

L'ataxie confirmée s'atteste, s'affirme par des troubles locomoteurs si nets et si caractéristiques qu'en vérité elle n'aurait que faire d'un diagnostic différentiel. Il suffit de regarder un instant le malade ou debout ou faisant effort pour marcher, et l'on est fixé immédiatement sur la nature de ses accidents.

Mais il n'en est pas de même pour l'ataxie naissante. A l'époque où les troubles ataxiques sont encore peu accentués, et à *fortiori*, dans l'étape où l'ataxie est pour ainsi dire naissante, il y a danger, danger réel, de la méconnaître, de la laisser inaperçue.

A cette époque, l'ataxie ne s'impose pas, ne se révèle pas au premier coup d'œil, tant s'en faut. Tout au contraire, elle est latente à cette époque. Et alors, comme l'a fort bien dit Vulpian, " il faut la chercher pour la trouver. " J'ajouterai même qu'à cette époque, tout en la cherchant, on ne la trouve pas, si l'on se contente pour cette recherche des procédés usuels, en l'espèce insuffisants. Il en est de ces procédés—une comparaison va vous faire comprendre ma pensée—comme de certains réactifs chimiques qui, propres à déceler une substance qui existe à forte dose dans un corps composé, ne sont pas suffisamment sensibles pour en relever une dose inférieure.

Je précise. — Que si, par exemple, on se borne, pour rechercher l'ataxie naissante, à la méthode banale qui consiste à faire marcher le malade et à examiner comment il marche, on court grand risque de laisser méconnu ce qu'il s'agit de mettre en lumière. Et, en effet, à cette époque, le trouble des mouvements dans la marche n'est pas ou peut ne pas être encore assez manifeste pour se déceler sûrement, même à un œil médical.

Si l'on veut découvrir l'incoordination naissante, il faut la forcer à se dévoiler, à se trahir, en ayant recours à d'autres modes d'investigation; il faut, passez-moi le mot, mettre en usage des réactifs plus sensibles.

Que d'erreurs à ce propos n'aurais-je pas à vous signaler! Que de fois n'ai-je pas vu l'ataxie naissante rester méconnue, ignorée, pour cette seule raison qu'on s'était contenté de la rechercher par des méthodes qu'à nouveau je qualifie d'insuffisantes! Aussi ai-je à cœur, Messieurs, de vous préserver de semblables méprises, éminemment préjudiciables aux malades; et, dans ce but, je m'efforcerai de faire ici ce qu'à mon sens on ne fait pas assez dans vos livres classiques, c'est-à-dire de vous tracer un plan, de vous donner une ligne de conduite pour procéder avec méthode et sûreté à la recherche de l'ataxie naissante. Je ne craindrai pas d'entrer dans les détails, ni de m'écarter pour un instant de la démonstration spéciale que je poursuis dans ces leçons; car il s'agit ici de choses pratiques par excellence, qui, d'ailleurs, ne l'oublions pas, concernent nos maladies syphilitiques tout particulièrement.

Venons au fait.

Quels sont donc les procédés à mettre en usage pour découvrir, pour dépister (le mot me semble en situation) l'ataxie naissante, embryonnaire?

- 1^o Signe de Westphal;
- 2^o Signe de Romberg;
- 3^o Signe dit "de l'escalier";
- 4^o Signe du croisement de jambes;
- 5^o Marche au commandement, dont les particularités peuvent se caractériser dans trois conditions spéciales: a) signe du départ, b) signe halte! c) signe de volte face;
- 6^o Signe de cloche-pied, qui peut être étudié: a) les yeux ouverts, b), les yeux fermés.

I. — SIGNE DE WESTPHAL.

Je serai bref en ce qui concerne le signe de Westphal sur lequel j'ai déjà souvent attiré votre attention.

Je me contenterai de vous rappeler que ce signe bien connu consiste dans l'abolition du réflexe rotulien, et qu'il se rencontre au moins dans les deux tiers des cas au cours de la période préataxique.

II. — SIGNE DE ROMBERG.

En ce qui concerne le signe de Romberg voici comment il doit être apprécié:

L'œil, ainsi que je vous l'ai dit souvent, est une sorte de régulateur indirect du mouvement.

Il constitue un agent supplémentaire qui, dans une certaine mesure, vient au secours de la coordination musculaire défectueuse, maintient l'équilibre, corrige les erreurs de mouvement et sauvegarde la correction de la marche dans les premiers temps de la maladie.

Eh bien, la clinique a mis à profit cette particularité pour en tirer un réactif diagnostique de l'ataxie, et cela en supprimant la vue, de façon à constater ce dont reste capable le système musculaire après l'occlusion des yeux.

En l'espèce, l'épreuve est plus simple. Elle consiste simplement à faire tenir le malade debout, dans l'attitude dite du "soldat sans arme", et les yeux fermés.

Que va-t-il arriver, ou tout au moins que peut-il arriver ? C'est qu'au bout de quelques instants vous voyez le malade osciller, c'est-à-dire s'incliner en avant, se renverser en arrière, se balancer latéralement, etc. Cela suffit à démontrer que, même dans la simple station, il se trouve en état d'équilibre instable, du moment où la vue ne rectifie plus les écarts d'un système musculaire dérégulé.

Seulement, ne vous attendez pas, Messieurs, à trouver dans la période initiale de l'affection—la seule en cause pour l'instant—ces grandes oscillations, ces vacillements considérables avec perte totale d'équilibre et imminence de chute, que détermine la même épreuve dans l'ataxie confirmée. Bien loin de là ! Il ne s'agit ici, soyez-en bien prévenus, que de la forme rudimentaire de tels symptômes, et ce que vous aurez à constater ne consistera le plus souvent qu'en des balancements minimes du tronc, ne dépassant pas quelques degrés, voire parfois presque imperceptibles et à peine saisissables, si ce n'est pour un œil attentif et expérimenté.

Bien constaté, ce symptôme spécial de l'incertitude musculaire déterminée par l'occlusion des yeux constitue un signe excellent d'ataxie locomotrice. Recherchez-le donc toujours avec soin, d'autant qu'en certains cas il constitue le premier phénomène qui trahisse nettement les troubles l'incoordination. Je voyais dernièrement un malade sur lequel une ataxie naissante ne fût dûment révélée que par ce mode d'exploration, et je pourrais citer plusieurs cas du même genre.

III. — SIGNE DIT DE L'ESCALIER.

Un des premiers et des plus constants phénomènes de l'ataxie naissante, c'est la difficulté qu'éprouvent les malades à descendre (je dis à descendre, notez-le bien) un escalier.

Et cela se comprend, car la descente d'un escalier est un exercice difficile, complexe, périlleux, qui exige la plénitude des facultés coordinatrices du mouvement. Cet exercice doit donc trahir plus qu'un autre l'imperfection naissante du système musculaire. C'est, en effet, ce qui a lieu. Tous les ataxiques vous raconteront—mais presque toujours malheureusement d'une façon rétrospective, c'est-à-dire à une époque où le diagnostic n'a plus que faire de ce symptôme—que, dès les premiers temps de leur maladie, ils éprouvaient une gêne singulière. une difficulté, une appréhension réelle, à descendre un escalier. Ils ne le descendaient que lentement, avec précaution, en s'aidant de la rampe. Ils "avaient peur de tomber"; plusieurs fois "il leur est arrivé de trébucher", et ils seraient sûrement tombés sans les précautions qu'ils prenaient pour éviter une chute.

Eh bien, sachons profiter à temps de ce symptôme. Ne négligeons jamais, quand on aura le soupçon d'une ataxie naissante, d'interroger notre malade à ce point de vue. D'autant que c'est là un trouble qui n'échappe pas aux malades et sur lequel nous serons toujours renseignés.

IV. — SIGNE DU CROISEMENT DE JAMBES.

Un ataxique qui s'assied sur un fauteuil et croise l'une de ses jambes sur l'autre n'exécute pas ce dernier mouvement à la façon d'un homme dont le système musculaire est sain. Il l'exécute, tout au contraire, d'une façon morbide, exagérée, tout à fait dénonciatrice, que je vais essayer de vous dépeindre.

À l'état normal, un homme qui, assis, croise l'une de ses jambes sur l'autre (par exemple pour prendre l'attitude du repos), élève simplement l'un de ses membres inférieurs à la hauteur exactement nécessaire et l'entrecroise sur l'autre.

Que fait l'ataxique pour exécuter ce même mouvement? Il n'élève pas seulement son membre, il le projette d'une façon excessive, au delà du niveau à atteindre, en sorte que l'entrecroisement se produit en faisant décrire à tout le membre un arc de cercle d'une amplitude exagérée. L'étendue du mouvement est notoirement supérieure à ce qu'elle devrait être, et dépasse le but intentionnel, ce qui se trahit extérieurement par une projection inutile de la jambe.

Cela n'a l'air de rien. Et cependant cela constitue une incorrection motrice qui ne laisse pas de frapper immédiatement l'observateur, *a fortiori* l'observateur prévenu.

Pour vous en donner la preuve, je vous dirai qu'il m'est arrivé bien des fois de soupçonner l'ataxie sur un client inconnu de moi à la seule façon dont ce client s'installait sur un fauteuil et croisait l'une de ses

jambes sur l'autre avant de commencer son récit. Il y a là, en effet, dans cette projection exagérée et inutile de la jambe, une incorrection d'attitude tout à fait particulière et saisissante. Un homme sain n'est pas capable (à moins de le faire exprès) d'un mouvement déréglé de la sorte, d'un mouvement inconséquent, superflu, n'ayant pas de raison d'être. C'est là un mouvement manifestement morbide, qui comporte une signification spéciale, et cette signification, c'est l'ataxie.

V. — SIGNE DE LA MARCHÉ AU COMMANDEMENT.

Sous cette rubrique, je réunirai trois épreuves probatoires de l'ataxie, j'entends trois épreuves essentiellement propres à trahir, à révéler les défauts locomotrices de l'incoordination naissante, et consistant en ceci :

Preuve épreuve : *Le malade étant assis, le prier de se lever et de se mettre en marche aussitôt levé.*

Un sujet, qui a la pleine et intégrale jouissance de ses facultés motrices, exécutera ce mouvement complexe avec une correction et une pondération d'allures que je n'ai pas à décrire.

Tandis qu'un ataxique, ne ferait-il même que débiter dans l'ataxie, pourra se trahir par telle ou telle des deux incorrections suivantes :

Ou bien, après s'être levé, il éprouvera comme une certaine hésitation à se mettre en marche tout aussitôt ; il aura comme besoin de prendre son équilibre, " de se calmer " avant de partir. Il interposera une pause, un retard (retard minime, d'une seconde peut être) entre le moment où il se lèvera et celui où il commencera à se mettre en marche ;

Ou bien même, après s'être levé, il éprouvera une certaine oscillation et ajoutera au mouvement nécessaire un mouvement accessoire (indispensable pour lui, mais inutile pour un sujet sain), grâce auquel il fixera son équilibre avant de se lancer.

Bref, sous une forme ou sous une autre et à un degré quelconque, vous pourrez surprendre dans la scène une incorrection d'attitude, laquelle, si minime soit-elle, deviendra pour vous un signe révélateur, un signe attestant une défaillance du système musculaire, une ébauche d'incoordination.

Seconde épreuve : *Faire marcher le malade en le priant de s'arrêter court aussitôt qu'il en recevra de vous le signal.*

C'est là le signe familièrement connu entre nous sous le nom de signe de halte ! Et voici en quoi il consiste :

Tout sujet sain, à qui on commande de s'arrêter court en marchant à un commandement convenu, s'arrête court, et cela correctement,

sans hésitation, sans ébranlement d'équilibre, sans mouvements indécis ou oscillants, et surtout sans mouvement inutile surajouté. A preuve l'arrêt si correct d'un bataillon en marche.

Eh bien, tel n'est pas le cas pour l'ataxique. Au commandement de halte l'ataxique s'arrête, lui aussi, mais de quelle façon ? en subissant l'impulsion acquise qu'il n'a plus la faculté de modérer, et alors de deux choses l'une : ou bien son corps, obéissant à cette impulsion, s'incline en avant comme pour saluer, et parfois même n'est réservé à une chute que par un des pieds qui se porte en avant pour maintenir l'équilibre (mouvement inutile surajouté) ; ou bien il se rejette en arrière pour résister au mouvement qui le pousse en avant. Bref, d'une façon ou d'une autre, peu importe, l'ataxique ne s'arrête qu'avec une hésitation, un balancement, une oscillation, un mouvement supplémentaire, une incorrection quelconque d'attitude, qui trahit aussitôt à l'œil exercé du médecin le défaut de pondération des mouvements, l'incoordination.

Troisième épreuve : *Mouvement subit de volte face.*

Le malade étant en marche et s'éloignant de vous, je suppose, commandez-lui brusquement de tourner pour revenir vers vous.

Dans ce moment complexe, difficile, exigeant le concours d'agents musculaires multiples, l'ataxique, au lieu de pivoter correctement sur lui-même, éprouvera une gêne, un embarras visible, qui se traduira par un arrêt, une indécision d'allure, un mouvement surajouté, quelquefois même par un défaut d'aplomb, un ébranlement d'équilibre, une imminence de chute, etc.

Certes, je ne vous donne pas, Messieurs, ces diverses épreuves comme infaillibles, et je ne dis pas qu'elles aboutiront toujours à déterminer un trouble manifeste d'incoordination. Mais ce que l'expérience me donne le droit d'affirmer, c'est qu'au titre de réactifs de l'incoordination, si je puis ainsi parler, elles sont infiniment plus sensibles et plus sûres que le procédé usuel d'exploration de la marche volontaire ; et cela parce qu'elles imposent au système musculaires des mouvements imprévus et soudains, bien plus aptes à déceler un trouble rudimentaire d'ataxie que les mouvements voulus, prévus, et presque automatiques, de la locomotion ordinaire.

VI. — SIGNE DE L'ATTITUDE A CLOCHE-PIED.

C'est là ce qu'on appelle le signe du cloche-pied.

Comme exorde propre à capter votre attention, laissez-moi dire que le signe dont il va être question constitue (si l'amour paternel ne m'a veuglé pas) le réactif le plus sensible pour forcer à se révéler l'incoordination naissante.

Ce en quoi il consiste est simple : faire tenir le malade sur un pied, l'autre pied étant détaché du sol, et cela d'abord les yeux ouverts, puis, en second lieu, les yeux fermés.

Certes l'homme n'est pas fait pour cette attitude d'échassier, mais il peut s'y soumettre quelques instants et s'y maintenir en équilibre, s'il a la pleine liberté de ses mouvements. A preuve certains jeux de l'enfance, où le cloche-pied est obligatoire.

Or, que va-t-il arriver si vous mettez à l'épreuve du cloche-pied un malade tabétique dont le système musculaire commence à s'affecter ? Déjà, chez ce malade, l'équilibre sur les deux pieds, c'est-à-dire avec deux appuis, deux bases de sustentation, est quelque peu défaillant. Dès que l'une de ces bases viendra à faire défaut, l'autre, tout naturellement, se trouvera d'autant plus insuffisante à suppléer sa congénère que, pour son propre compte, elle est peu solide. Aussi le malade à incoordination naissante ne peut-il se tenir sur une seule jambe que difficilement et avec efforts. A peine a-t-il pris cette attitude qu'il oscille, qu'il vacille, qu'il trébuche ; il tomberait bientôt, s'il ne s'aidait à temps de son autre jambe pour se soutenir et " rattrapper son équilibre ".

L'expérience est curieuse et décisive en nombre de cas. Elle est curieuse d'abord, parce qu'elle suffit quelquefois à révéler—et à révéler instantanément—un trouble musculaire qui avait pu échapper à divers modes d'exploration et dont les malades eux-mêmes ne se rendaient pas compte.

Elle est décisive aussi, parfois, grâce à la netteté et à la précision de ses résultats. A peine, en effet, le malade a-t-il détaché l'un de ses pieds du sol que sur-le-champ l'ébranlement de l'équilibre s'accuse d'une façon évidente, d'une façon qui ne peut laisser le moindre doute sur la qualité du trouble morbide.

Mais il y a mieux encore ; j'entends, il est un réactif encore plus sensible pour révéler l'ataxie naissante, C'est la station à cloche-pied combinée avec l'occlusion des yeux.

Cette épreuve mixte, en effet, qui consiste à faire tenir le malade à cloche-pied les yeux fermés, réalise l'avantage précieux, en l'espèce, de soumettre l'ataxique à toutes les difficultés réunies de coordination. D'une part, elle le prive d'une de ses bases de sustentation, et, d'autre part, elle le prive de sa dernière ressource, à savoir du secours de la vue, ce régulateur indirect du mouvement. Déjà, nous venons de le voir, le malade affecté d'ataxie naissante a grand'peine à se maintenir en équilibre sur un pied avec le secours de la vue ; si on supprime cet auxiliaire, ce dernier agent de coordination, vous diminuez d'autant la puissance d'équilibration. Et, tout naturellement, plus les difficultés de

coordination seront grandes, plus il y aura de chance pour qu'un système musculaire malade se trahisse par quelque défectuosité d'attitude.

C'est, en effet, ce qui a lieu. A cloche-pied et les yeux fermés, l'ataxie naissante se relève presque infailliblement par des troubles non douteux, voire surprenants, inattendus. Dans cette attitude, le malade oscille aussitôt, se balance, trébuche, est menacé de chute. Quelquefois même, il ne peut se soutenir dans cette attitude un seul instant. — Il est très prudent, quand on fait cette expérience, de placer un infirmier ou un assistant derrière le malade, car il pourrait tomber.

Ce procédé diagnostique, je le répète, est des plus sensibles. J'ai vu plus d'une fois tel malade chez lequel l'ataxie naissante ne s'était trahie par aucun des procédés précédents, pas même par le cloche-pied les yeux ouverts, se révéler indubitablement ataxique de par le cloche-pied avec occlusion des yeux. — Et rien d'étonnant à cela, puisque ce procédé réunit, je le répète, tout ce qui est difficulté et difficulté spéciale pour l'ataxie, puisqu'il place l'ataxique dans les conditions préparées à dessein pour mettre en évidence la défectuosité spéciale de son système musculaire.

Tels sont les six procédés cliniques qui peuvent servir à dépister à révéler l'ataxie naissante, voire encore rudimentaire et presque latente.

Et je répète, en terminant cet exposé, ce par quoi je l'ai commencé, à savoir :

Que l'emploi de ces procédés est indispensable, rigoureusement indispensable à la découverte de l'ataxie naissante ;

Que se contenter, à cette période de la maladie, de rechercher l'ataxie par la simple et banale méthode qui consiste à faire marcher le malade et à examiner de quelle façon il marche, c'est volontairement s'exposer à ne pas trouver ce que l'on cherche, c'est courir presque fatalement à une erreur.

Des procédés d'analyses plus délicats sont nécessaires dans une étape où les troubles locomoteurs sont encore minimes et presque embryonnaires. Ces procédés, je viens de vous les indiquer. Tous ne sont pas, sans doute, d'une égale sensibilité en tant que réactifs de l'ataxie, mais tous ont leur valeur et leur signification. Aussi ne m'arrêterai-je pas à discuter si tel ou tel est meilleure que l'autre ; j'ai mieux à faire que cela, c'est de vous conseiller, le cas échéant, de les interroger tous, de n'en négliger aucun, pour tirer parti de ce que chacun peut fournir à la solution du grave problème que nous venons d'étudier.

FORMULAIRE.

Traitement des gerçures du sein

(HIRST)

Sous-nitrate de bismuth..... }
 Huile de ricin..... } à 5 grammes.

M. D. S. — Pour l'usage externe.

(Les nouv. Remèdes.)

Traitement de la sueur des pieds

(RABOW)

Acide salicylique..... }
 Talc..... } à 10 grammes.
 Farine de riz..... }

M. D. S. — A mettre le matin dans les bas et les souliers.

(Les nouv. Remèdes.)

BULLETIN

Injustice et malhonneteté

Le Trait d'Union, petite feuille ouvrière, qui se publie dans notre ville, s'attaque aux classes professionnelles : nous lisons dans son numéro du 10 mars :

“ La Cour vient de donner gain de cause au docteur Brodeur qui réclamait de M. Bourgeau \$175 pour soins professionnels. Nous ne savons pas quels sont les soins que M. Bourgeau avait reçus, mais cette somme lui avait paru exagérée, puisqu'il offrait \$100.

“ Et l'on viendra jeter les hauts cri, traiter de socialistes de braves ouvriers qui demanderont à leurs patrons une augmentation de gages. d'une piastre par semaine pour subvenir aux besoins de leurs familles.

“ Sauf quelques nobles exceptions, nos classes professionnelles sont égoïstes et arrogantes comme la *petite bourgeoisie*. Des quêteux à cheval, quoi ! ”

Bientôt, nous supposons, le rédacteur du *Trait d'Union* exigera que nous ayons sa sanction, avant d'exiger le montant de nos honoraires.

Il ne sait pas quels services M. le Dr Brodeur a rendu à M. Bourgeau, mais tout de même la Cour a accordé une somme qui lui tombe

sur les nerfs, qu'il trouve exagérée, c'est ce que l'on appelle se prononcer en connaissance de cause.

Comme nous voyons que ce M. tient à se fâcher à tout prix et qu'il ne sait trop à qui s'attaquer ; nous allons lui citer des personnes qui se jouent constamment de la classe ouvrière. Si il veut s'occuper de la chose, il trouvera amplement matière à faire de la bile et à la déverser dans son journal, et il aura au moins la consolation de travailler pour détruire une classe de gens qui ne vivent qu'en dupant la partie ouvrière de notre population.

Un malheureux se présente un jour à notre bureau et nous expose son comme suit :

Depuis quatre mois, dit-il, je suis malade incapable de travailler, M^{de} Desmarais Lacroix m'ayant rencontré, me promit qu'en deux mois, elle me délivrerait des sept sortes de diabète et de la racine de dyspepsie que j'avais dans les poumons, jusqu'à la semaine dernière je lui ai donné \$75.00 ; mais comme le traitement devait continuer j'empruntai \$12.00 d'un ami et elle me donna des racines. Ce matin, j'y suis retourné à croire, elle m'a dit qu'elle ne pouvait me soigner sans argent et que d'ailleurs ma maladie était trop avancée.

Si *Le Traité d'Union* aimait, réellement les classes dont-il prétend prendre les intérêts, au lieu de trouver à redire contre nos tribunaux, qui accordent à l'un de nos médecins les plus éminents, une rémunération justement méritée, il s'attaquerait à ces charlatans, qui spéculent sur la crédulité du peuple et qui sucent ses épargnes, véritables vampires.

Voulez-vous d'autres exemples de ce que l'on fait pendant que les prétendus amis des ouvriers s'occupent à satisfaire leur ambition personnelle.

Allez voir les fortunes que s'amassent en se moquant des ouvriers les Tucker, les Racicot, les Mirault, les Brault ; allez voir ce qui se passe actuellement au No 149 rue Metcalfe ou un nommé John Murray, qui n'a aucune connaissance, et encore moins de conscience, trône au milieu de trois imbéciles et arrache, extorque aux ouvriers, depuis bientôt quatre mois au delà de \$200.00 par jour.

Heureux encore quand ces pauvres diables n'éprouvent pas de symptômes d'intoxication à la suite de ces drogues administrées à l'aventure.

Au lieu de faire comme la grenouille qui jette au bœuf des regards d'envie, voilà des sujets qui devraient attirer l'attention des journaux qui s'intéressent au sort des classes ouvrières.

Mais non, ces journaux semblent approuver cette manière de procéder et passent leur temps à porter des plaintes aussi insensées qu'irrê-

fléchies contre des personnes qui s'occupent sérieusement à chercher à soulager leurs maux.

L'on nous accuse d'égoïsme et d'arrogance. Nous serions curieux de savoir quel air prendrait celui qui a écrit ces lignes, si on lui demandait de lancer cette accusation de sang froid.

Y a-t-il une classe dans la société où l'on exerce plus la charité que dans la profession médicale !

Allons, messieurs, soyez pratiques, débarrassez vous des charlatans qui vous sucent et vous verrez qu'il vous restera toujours assez d'argent pour payer vos médecins, même sans faire augmenter vos gages.

VARIÉTÉS.

Occasion exceptionnelle pour un jeune médecin

Un médecin ayant une forte clientèle, et très payante désire céder sa place. Il restera le temps nécessaire pour introduire, à son remplaçant sa clientèle. Il demande pour sa propriété \$1,600.00 dont $\frac{1}{2}$ comptant et la balance à des conditions très faciles. Pour plus amples informations, s'adresser au bureau du

DR FORTIER, 1208 Mignonne.

A Vendre

Le docteur Magnan désire vendre son emplacement situé dans le village de St-Patrice de Rawdon, Comté Montcalm, contenant 2 acres de terre, bonne maison, grange, écurie, hangar, le tout presque neuf. Conditions \$600.00 comptant.

Dr J. A. MAGNAN.

Ruptures des veines du bras par effort

M. le Dr Millot-Carpentier a rapporté, dans le *Bulletin médical du département de l'Aisne*, un cas de rupture des veines dans des circonstances singulières. Il s'agit d'un enfant de dix ans qui dans une chute, faisant un effort pour ne pas tomber, percuta un craquement au niveau du pli du coude. Deux heures après, le bras avait doublé de volume ; plus de pouls radial ni cubital.

On constatait les symptômes d'une abondante hémorragie sous-cutanée. La compression produite par le liquide épanché explique la disparition des battements artériels de l'avant bras. Au-dessus du pli du coude, les pulsations de l'artère humérale étaient perçues ; au-dessous, celles des artères radiale et cubitale ne l'étaient pas.

On était donc en présence de la rupture d'une des grosses veines superficielles du pli du coude ; le sang, épanché abondamment dans la couche de tissu cellulo-graisseux qui forme le premier des quatre espaces de la région, avait arrêté par compression les battements artériels.

BIBLIOGRAPHIE

TENOTOMY *by open and subcutaneous incision*, by H. Augustus Wilson, lecturer on or thopædic surgery in the *Jefferson Medical College*.

THE PATHOLOGY OF HIPJOINT DISEASE, with illustrative cases by H. Augustus Wilson, Jefferson Medical College.

CLINICAL LECTURE.—Tenotomy by open incision for talipes équinus ; torticollis from rheumatoidal arthritis ; subcutaneous tenotomy of sterno-cléido-mastoid for torticollis, by H. Augustus Wilson M. D. Jefferson Medical College.

CURE RADICALE DE LA HERNIE SANS ÉTRANGLEMENT CHEZ LA FEMME, par le Dr Just. Lucas, Championnière chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU SOUFFLE PRÉSISTOLIQUE INORGANIQUE, DANS L'INSUFFISANCE AORTIQUE, par J. Lespérance, (de Montréal), docteur en médecine de la *Faculté de Paris*.

Notre compatriote, M. le Docteur Lespérance, récemment établi parmi nous, a soutenu une thèse qui a attiré l'attention des journaux européens.

Il prouve qu'un certain nombre de bruits que l'on entend à la région cardiaque, et en particulier que le souffle présystolique de l'insuffisance aortique, ne sont pas toujours de nature organique. Ces bruits par conséquent sont d'un pronostic moins sombre que s'ils étaient intra cardiaques.

Se basant sur un grand nombre d'observations, dont il cite douze avec les autopsies, M. le Docteur Lespérance arrive à la conclusion que ce souffle est produit par le choc présystolique du ventricule sur une couche pulmonaire remplie d'air. L'inconstance de cette couche pulmonaire qui est sous la dépendance du hasard anatomique, explique l'inconstance du souffle présystolique dans l'insuffisance aortique.

Le travail de M. le Docteur Lespérance n'est pas une compilation, c'est le fruit d'études sérieuses et approfondies.—Notre compatriote est le premier croyons-nous qui ait émis cette opinion sur l'origine du souffle présystolique dans l'insuffisance aortique. Au début de sa thèse, notre savant confrère nous dit qu'il avait l'intention de parcourir le cycle des maladies organiques et d'étudier avec chacune, les souffles inorganiques qui viennent se joindre aux bruits intra cardiaques! mais que son départ de Paris, l'a empêché déterminer son œuvre.

Nous espérons que M. le docteur Lespérance quoique déjà trop occupé par les charges d'une nombreuse clientèle, saura cependant trouver des loisirs qui lui permettront de conduire son œuvre à bonne fin. Un tel ouvrage serait de nature à rehausser le nom canadien, dans les cercles médicaux européens et américains.