

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

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

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. — Goitre exophthalmique, M. Laramée..... 97

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. — Indications cliniques fournies par la pupille. M. Foucher. 99

COMMUNICATION. — Était-ce un anévrysme ? Dr Ths. Larue..... 109

REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE. — Tuberculose et paraplégie. 112. — Traitement de la bronchite. 115. — Du cancer de l'estomac. 117. — De la dilatation de l'estomac. — Tectere catarrhal..... 119

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — De la tuberculose au point de vue chirurgical (*Suite et fin*). 121. — Paracentèse du péricarde. 125. — Diagnostic différentiel du cancer de la verge et du chancre syphilitique de la verge inférieure. 126. — Pansement des amputations du sein..... 129

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Quelques mots sur la délivrance dans l'accouchement

à terme et dans l'avortement aux premiers mois de la grossesse. 131. — D. — Analgésie des voies génitales obtenue par l'application locale de la cocaïne, pendant le travail de l'accouchement. 133. — Médication intra-utérine. — Retroversior et rétroflexion utérines, raccourcissement des ligaments ronds ou opération d'Alexander. 134. — Gercures du mamelon chez les nouvelles accouchées. 135. — Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement..... 136

MALADIES MENTALES. — De la folie morale..... 137

FORMULAIRE. — Névralgie. — Spermatorrhée et impuissance. — Sueurs nocturnes des phthisiques. Ténia. — Blennorrhagie. — Bléphaélite..... 140

BULLETIN. — Trop de médecins. 141. — Police sanitaire..... 143

NOUVELLES MÉDICALES. — "Gaillard's Medical Journal" et "Braithwaite's Retrospect". — Necrologie. — Naissance. — Décès..... 144

REVUE DE MEDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

CHAUVEAU

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon
Directeur de l'École vétérinaire.

CHARCOT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de la Salpêtrière.

VULPIAN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

LANDOUZY

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Tenon.

LEPINE

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

TERRIER

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de l'année 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque revue séparée :		Pour les deux revues réunies :	
Un an, Paris.....	20 fr.	Un an, Paris.....	35 fr.
— Départements et étranger.....	23 fr.	— Départements et étranger.....	40 fr.

Prix de la Livraison : 2 fr.

On s'abonne sans frais, à la librairie Félix Alcan, 105, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'Étranger, et dans tous les bureaux de poste. 1-8

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

**Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la
Bronchite, de la Toux et des Affections des
Voies Respiratoires.**

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces Pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est ici associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différents Maux de Gorge causés par le froid sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

MODE D'EMPLOI.—Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.

Les Pastilles de Chloramine de Spencer étaient souvent prescrites, il y a quelques années, par les médecins de Philadelphie et des alentours, et leur promptitude d'action leur valut, partout où elles furent connues, une popularité plus étendue que celles de tous les losanges employés contre la Toux, l'Inflammation des muqueuses, etc., etc.

Médecins et patients ont été unanimes à en louer les effets. A notre avis, cette combinaison constitue une amélioration des "Ammonia Lozenges" de Jackson. La formule en est due, nous dit-on, à M. Lenher, chimiste pratique, pendant plusieurs années en grande estime dans cette ville, il y a associé très heureusement le chlorure d'ammonium au chlorure de Potassium, l'extrait de douce-amère à celui de Jusquiame comme calmants anodins, les baumes pectoraux de Tolu et du Pérou, au Sénéga à la Scille et à une dose fractionnée d'Ipéacac. De fait, nous avons plus de confiance en cette formule qu'en aucune prescription à nous connue, et notre longue expérience nous a rendue familière la composition de toute cette classe de remèdes.

Nous les recommandons sans hésitation comme sans réserve convaincus que nous sommes qu'elles seront plus promptement efficaces que tous les remèdes populaires contre la toux et qu'elles ne peuvent produire aucun des inconvénients inséparables de l'emploi des sirops et des losanges qui affectent si souvent les organes digestifs, causent des nausées, gâtent l'appétit, inconvénients causés le plus souvent par un excès de morphine ou d'émétique, ou des deux à la fois.

M. Spencer se retirant des affaires et M. Lenher étant mort nous nous sommes décidés d'acheter la formule et le droit de fabrication, notre matériel et notre expérience nous permettant de préparer les Pastilles d'une manière plus inaltérable que ne le faisaient les premiers propriétaires.

PRIX : 25 CENTINS LA BOUTEILLE,

expédiée par la malle sur reçu du prix.

JOHN WYETH & BRO.,

Manufacturing Chemists,

PHILADELPHIE.

Adressez toutes commandes à la

DAVIS & LAWRENCE COMPANY, Limited,
MONTREAL.

Seuls Agents pour la Puissance du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE.

Goitre exophthalmique.

(Leçon recueillie par M. G. SMITH, M.B., interne du service.)

Vous avez remarqué la malade qui occupe le n° 49 de la salle St-Marie et qui est entrée à l'hôpital le 20 novembre dernier. Sa physionomie offre quelque chose d'étrange, ses yeux sont saillants, son teint est pâle; elle se plaint de palpitations continuelles, de gêne de la respiration, d'insomnie, de dyspepsie. Vous avez constaté une hypertrophie de la glande thyroïde, surtout du côté droit, et des battements de cette même glande. Cette femme, âgée de 54 ans, est anémiée et très impressionnable, et nous dit qu'elle a cessé d'être menstruée à l'âge de 38 ans et qu'elle a essuyé beaucoup de chagrins domestiques pendant des années. En effet, le tempérament nerveux, l'anémie et les troubles menstruels prédisposent spécialement au goitre exophthalmique; cependant, l'influence de l'anémie et des troubles menstruels joue un rôle inférieur à celui du tempérament nerveux, vu que la maladie a déjà été observée sans anémie et sans troubles menstruels, mais jamais sans avoir été précédée d'émotions morales, de chagrins. On dit que le traumatisme céphalique peut déterminer cette maladie.

Le goitre exophthalmique, désigné encore sous le nom de *cachexie exophthalmique*, *maladie de Graves*, *maladie de Basedow*, etc., appartient presque exclusivement à la femme, entre 20 et 40 ans. C'est à la suite de ses chagrins domestiques que notre malade, il y a plusieurs années, a été saisie presque subitement de palpitations cardiaques continuelles, mais exagérées par les fatigues, les émotions de tout genre; plus tard la glande thyroïde s'est hypertrophiée avec accompagnement de battements artériels très marqués, surtout pendant les accès. Les artères thyroïdiennes, les carotides et leurs ramifications, en d'autres termes les artères du cou et de la tête sont le siège d'une hypertrophie notable. Les veines y subissent souvent le même changement. C'est surtout au niveau de la tumeur thyroïdienne que l'on entend les bruits de souffle et que l'on perçoit des mouvements d'expansion, mais, chose remarquable, la violence des battements des carotides et des artères thyroïdiennes ne se retrouve pas au pouls radial. Pour revenir à notre patiente, ce n'est que quelques années plus tard que ses yeux sont devenus saillants au point que les paupières peuvent à peine les recouvrir. Vous voyez que cette malade présente le type classique du goitre exophthalmique. De fait, dans cette névrose, ce sont les palpitations qui ouvrent la scène, l'intumescence thyroïdienne vient ensuite et l'exophthalmie, plus tardive, ne se présente que longtemps après les deux premiers phénomènes, et elle peut même faire complètement

défaut, tandis que les palpitations et l'hypertrophie du corps thyroïde ainsi que les dilatations artérielles sont des symptômes constants. Ordinairement, l'exophthalmie affecte les deux yeux à la fois, mais il y en a un qui prédomine. Le pouls bat toujours au-dessus de 100, généralement entre 120, 150 et plus. Chez cette femme, le cœur bat entre 130 et 140 durant les accès. L'auscultation n'a pas révélé de lésions valvulaires appréciables, mais on entend bien des souffles systoliques au premier temps, à la base du cœur, dûs à l'anémie; cependant il ne faut pas perdre de vue la co-existence possible d'une lésion valvulaire avec la cachexie exophthalmique.

Cette maladie change le caractère de ceux qui en sont victimes au point de les rendre irascibles et quelquefois intolérables. Rappelez-vous les expressions de mécontentement, de colère même, de notre patiente, chaque fois que vous entouriez son lit; cependant ces malades reconnaissent la mobilité de leur humeur et il arrive souvent que le dépit qu'ils éprouvent de ces bizarreries de caractère augmente ou réveille une attaque de palpitations avec les autres symptômes; c'est précisément ce qui est arrivé plus d'une fois à cette femme, si bien, que nous avons cru devoir lui rendre visite *privatim*. Le goître n'atteint pas les dimensions du bronchocèle ordinaire, la tumeur n'est ni bosselée, ni multilobée, mais d'une consistance demi-molle, élastique, et affecte ordinairement la totalité de la glande, toutefois le côté droit est plus souvent affecté que le gauche. Cette hypertrophie suit une marche progressive et finit presque toujours par entraîner des modifications de la voix, dues probablement à la compression des nerfs laryngés, c'est ce qui explique pourquoi cette femme avait la voix rauque, mais parfois, il faut l'avouer, elle avait une voix de *clarinette* que vous n'oublierez pas. Cette compression sur les nerfs laryngés contribue aussi, pour une bonne part, à déterminer la gêne de la respiration.

J'allais oublier les troubles digestifs dont notre malade était incommodée; ainsi tantôt elle n'avait pas d'appétit du tout, tantôt cette anorexie était remplacée par de la boulimie, des vomissements, de la diarrhée, et cependant, contre la règle, cette femme offrait peu d'amaigrissement. Durant les accès, l'analyse des urines a révélé des traces d'albumine, et cette albuminurie intermittente apparaît souvent dès le début de la maladie.

Le goître exophthalmique est ordinairement accompagné de menstruation irrégulière ou de suppression. La femme qui fait le sujet de cette leçon a été incommodée par de l'aménorrhée vers l'âge de 38 ans et n'a plus revu ses règles. Le rétablissement des fonctions menstruelles est de bon augure, mais les cas de guérison connus ont été observés chez des jeunes sujets ou des sujets souffrant, depuis peu, de cette maladie.

L'on peut dire que la guérison complète est très rare; il se produit bien quelqu'amélioration du côté de la circulation, c'est-à-dire du côté des symptômes cardiaques, mais l'exophthalmie et le goître persistent indéfiniment après avoir subi plus ou moins de modification. La guérison a une tendance marquée aux récidives et, comme nous venons de le dire, est rare. La mort arrive soit par épuisement ou par des hémorragies cérébrale, pulmonaire, intestinale, soit par asphyxie, par pneumonie, aliénation mentale, par le développement d'une endo-

cardite qui peut conduire aux lésions valvulaires, etc. Mais n'oubliez pas que c'est une maladie essentiellement chronique, et qu'elle permet aux malades qui en sont atteints de vivre bien des années, du moins dans la généralité des cas.

Nous avons soumis notre malade au traitement ferrugineux et anti-spasmodique, tels que le sirop d'iodure de fer, le citrate de fer et de quinine, le bromure de potassium, plus tard la solution de Lugol. Nous avons insisté sur une bonne hygiène, un repos complet, alimentation lactée, bouillons, abstention du café, du thé et de tout stimulant, etc., et sous l'influence de cette médication, la malade a paru prendre du mieux; les symptômes cardiaques se sont améliorés, mais le goître et l'exophtalmie n'ont pas présenté d'amendement notable. On vante beaucoup l'hydrothérapie et l'application de courants continus, et à la première occasion, je m'empresserai de recourir à ces derniers moyens

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. FOUCHER.

Indications cliniques fournies par la pupille.

Messieurs,

Les nombreux changements qui surviennent dans la pupille, au cours de différentes affections oculaires ou autres, feront aujourd'hui le sujet de notre clinique. Nous avons pensé qu'il y avait dans cette question une foule de renseignements utiles pour vous aider plus tard à diagnostiquer les maladies. La pupille, en effet, est une des sources les plus fécondes où l'on puisse trouver des éléments de diagnostic et des indications thérapeutiques. C'est un manomètre excessivement sensible qui est influencé par une foule de maladies et par toutes les médications vraiment actives que l'on emploie journellement. Elle indique la phase, le siège et la nature de plusieurs maladies, ainsi que l'action d'une foule de médicaments. Est-elle contractée, dilatée, obstruée, changée de place, de forme ou de couleur, il en résulte différentes indications de la plus haute importance pratique. Nous allons esquisser brièvement ce qui a trait aux changements de nombre, de situation, de forme et de couleur de la pupille, pour nous arrêter surtout à l'étude des changements de dimensions, des phénomènes de dilatation et de contraction pupillaire.

Changements de nombre.—On a donné le nom de pupille à un espace circulaire unique, situé au centre de l'iris et destiné à laisser entrer les rayons lumineux dans l'intérieur de l'œil. Sous l'influence de causes inconnues, cet orifice peut faire défaut au moment de la naissance, soit par imperforation de l'iris, soit par persistance de la membrane pupillaire. Ce sont des anomalies heureusement peu fréquentes. On rencontre plus souvent plusieurs pupilles sur le même iris. Ce défaut peut exister au moment de la naissance, mais il résulte presque toujours d'un traumatisme qui a déterminé une solution de continuité dans l'iris.

Changements de situation.—A l'état physiologique, la pupille est légèrement dirigée en haut et en dedans, au moins dans la moitié des cas. Il faut un examen assez attentif pour le constater; il n'en est pas ainsi des déplacements pathologiques.

La pupille devient visiblement excentrique dans les cas de correction congénitale ou dans les adhérences pupillaires survenues à la suite de perforation périphérique de la cornée avec hernie de l'iris. La pupille peut être déplacée aussi en avant ou en arrière. A l'état normal, la distance qui sépare la cornée de l'iris est de deux millimètres, s'il survient un glaucôme, une cataracte molle, une luxation en avant du cristallin, une tumeur intra-oculaire, la chambre antérieure se trouve rétrécie et la pupille est portée en avant. L'iris est déplacé en arrière lorsque le cristallin s'atrophie et que le corps vitré se ramollit, lorsque la chambre antérieure augmente de dimension; c'est ce que l'on remarque au cours de l'iritis séreuse et dans quelques cas de luxation du cristallin.

Changements de forme.—A l'état normal, la pupille est régulièrement ronde. Quelques auteurs citent de légères différences dans certains de ses axes. Les déformations pupillaires sont congénitales, spontanées ou traumatiques. Congénitales elles portent le nom de coloboma et sont caractérisées par l'absence complète d'une portion de l'iris; elles siègent le plus souvent sur le milieu du bord inférieur de l'iris. Il n'est pas rare de rencontrer en même temps d'autres malformations telles que coloboma de la choroïde, cataracte, microphthalmie, bec-de-lièvre ou épispadias.

Les déformations traumatiques et spontanées n'offrent aucune régularité. Elles résultent d'adhérences de l'iris et de tiraillements de la pupille, et surviennent à la suite de traumatismes du globe oculaire ou d'iritis.

Changements de couleur.—Le champ pupillaire n'offre pas la même coloration chez tous les individus. Tandis qu'il est d'un noir intense chez les enfants, il devient grisâtre, jaunâtre et verdâtre chez les personnes âgées. Avant la découverte de l'ophtalmoscope, on a beaucoup discuté pour expliquer pourquoi la pupille est noire. Aujourd'hui on sait que ce phénomène se produit parce que la lumière qui pénètre dans l'œil est en grande partie absorbée par la choroïde, et que le peu qui est réfléchi en dehors de l'œil retourne au foyer lumineux. Cependant, la lumière réfléchie du fond de l'œil, tout en retournant à son foyer, peut pénétrer dans l'œil d'un observateur, pourvu que ce dernier ne s'interpose pas entre le foyer et l'œil examiné. C'est ce qui arrive lorsqu'on éclaire la pupille avec l'ophtalmoscope, c'est encore ce qui se produit, sans le secours de cet instrument, lorsque l'œil examiné émet des rayons divergents ou convergents et que l'observateur se trouve placé de telle sorte que son œil puisse être impressionné par quelques-uns des rayons qui passent à côté du foyer. C'est pour cette raison que l'on voit la pupille rouge chez plusieurs animaux; la plupart, en effet, sont hypermétropes. On peut expliquer de la même manière la pupille rouge des albinos, la pupille jaunâtre dans les cas de gliome de la rétine, etc.

La pupille peut être d'un noir très intense et cependant ne pas laisser pénétrer les rayons lumineux dans l'œil, ceci a lieu dans la cataracte noire, dans certains troubles du corps vitré, lorsque le cristallin

manque, ou encore lorsque le champ pupillaire est occupé par des dépôts pigmentaires. La pupille paraît plus noire lorsqu'elle est très dilatée: c'est l'apparence qu'elle offre au cours des maladies déprimantes, en général; elle devient terne, le regard est sans vie, sans expression dans la mélancolie et la stupeur.

C'est probablement l'influence qu'exerce la pupille sur l'expression de la figure qui a fait dire avec raison que l'œil est le miroir de l'âme.

Les autres colorations les plus fréquentes fournies par la pupille dans certains états pathologiques sont la teinte verte dans le glaucome, la teinte jaune lorsqu'il y a du pus dans le fond de l'œil ou un décollement de la rétine, la teinte blanche dans les taches centrales de la cornée, dans certaines cataractes, surtout les cataractes molles.

Changements de dimensions.—Nous abordons maintenant l'étude des mouvements pupillaires, des mouvements de dilatation et de contraction de l'iris, de la *mydriase* et du *myosis*. Il y a, dans cette question, de précieux renseignements à noter ainsi que des faits intéressants et de la plus haute portée pratique. Un grand nombre de travaux importants ont été publiés au sujet de ces phénomènes pupillaires, tant au point de vue anatomo-physiologique que pathologique; nous allons analyser les principaux. La plupart sont noyés en quelque sorte dans un déluge d'observations cliniques et physiologiques, nous allons les débrouiller le plus possible et vous les présenter dans ce qu'ils ont d'essentiel, sous une forme concise et facilement compréhensible.

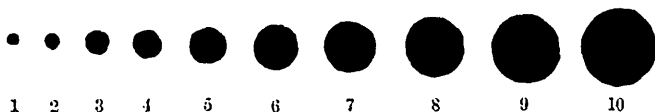
A l'état normal le diamètre pupillaire varie de 2 à 5 millimètres: la pupille est donc anormalement contractée lorsqu'elle offre un diamètre moindre de 2 millimètres, et anormalement dilatée lorsque son diamètre dépasse 5 millimètres. Toutes choses égales d'ailleurs, la pupille est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard, plus dilatée chez la femme que chez l'homme, chez l'individu nerveux que chez le sujet sanguin. La pupille est dilatée le soir, contractée le matin, et en général à la lumière vive; elle est plus dilatée chez le myope que chez l'hypermétrope. A chaque instant, des variations d'intensité lumineuse modifient l'état de l'orifice pupillaire et lui font éprouver des contractions ou des dilatations.

Comment s'opèrent ces changements brusques et continuellement répétés? On a voulu les expliquer par la théorie vasculaire, par l'état de vacuité ou de turgescence des vaisseaux iridiens, la dilatation correspondant à l'anémie de l'iris et la contraction à la turgescence de cette membrane. Une deuxième théorie attribue les mouvements de l'iris à la contraction de fibres musculaires; mais les uns n'admettent que des fibres radiées, les autres que des fibres circulaires. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui deux ordres de fibres musculaires dans l'iris; des fibres dilatatrices ou radiées, innervées par le sympathique; des fibres constrictrices ou circulaires, innervées par la 3^{me} paire.

Il paraît démontré, au delà de tout doute, que l'iris peut se dilater sous l'influence de l'anémie de cette membrane ou de la contraction des fibres radiées et que le myosis peut résulter d'une congestion simple de l'iris ou d'une contraction de son sphincter.

Nous avons dit que les dimensions normales de la pupille sont de 2 à 5 millimètres; la mensuration exacte de son diamètre ne peut être faite qu'à l'aide d'instruments (pupillomètres). Il y en a un grand nom-

bre, plus ou moins exacts et compliqués ; parmi les meilleurs, celui de Landolt nous paraît le préférable. On peut cependant se dispenser de ces pupillomètres et mesurer d'une façon assez exacte le diamètre de l'orifice iridien en comparant la pupille observée avec une série de pupilles graduées de 1 à 10 millimètres, comme celles-ci, tracées sur un carton blanc.



Quelles sont les causes qui déterminent la mydriase ? On peut les classer sous plusieurs chefs : 1^o *La pupille est dilatée par défaut de stimulation des centres nerveux par la lumière* ; 2^o *par paralysie du sphincter de l'iris* ; 3^o *par excitation du sympathique* ; 4^o *par anémie des vaisseaux iridiens*. Dans un œil qui fonctionne régulièrement, la lumière a pour effet de faire contracter la pupille, mais dans un œil dont l'appareil nerveux spécial (rétine et nerf optique) fait défaut, ce réflexe pupillaire ne se produit pas ou se produit incomplètement, la pupille se dilate au lieu de se contracter, ou plutôt elle reste au repos à l'état de dilatation. Ceci a lieu dans un œil examiné isolément, il se produit aussi dans les deux yeux à la fois lorsque l'amaurose est double.

Si un seul œil est atteint d'amaurose, on pourra provoquer la contraction de la pupille de cet œil en présentant une lumière vive devant l'œil sain. Il est donc nécessaire, lorsqu'on veut utiliser le phénomène pupillaire pour découvrir une amaurose simulée d'un seul œil, de fermer l'œil sain. On peut en quelque sorte doser le degré d'affaiblissement visuel par le degré de réaction que déterminent sur la pupille des intensités différentes de la lumière. Les centres nerveux peuvent être intacts et cependant l'iris rester indifférente à l'action de la lumière ; ceci a lieu lorsque la lumière ne peut pas pénétrer jusqu'à la rétine. On conçoit en effet qu'une tumeur intra-oculaire, un épanchement de sang dans le corps vitré, les leucomes, les opacités du cristallin interceptent suffisamment la lumière incidente pour empêcher le réflexe rétinopupillaire de se produire. S'il survenait quelque doute au sujet de la cause de ce phénomène, l'ophtalmoscope pourrait les faire disparaître et l'on aurait, au besoin, les indications fournies par la recherche des phosphènes.

En présence d'une mydriase on doit immédiatement se demander si elle est causée par une amaurose, qu'elle dépende d'une lésion nerveuse (rétinite, névrite) ou d'un obstacle à la pénétration des rayons lumineux dans l'œil. Lorsque la mydriase résulte d'une paralysie du sphincter iridien, elle dépend d'une paralysie des nerfs ciliaires ou le plus souvent du tronc même de la 3^{me} paire. Dans ce cas on remarque en même temps une paralysie de l'accommodation, un strabisme externe, de la diplopie croisée et un ptosis. Lorsque les nerfs ciliaires seuls sont atteints et d'une façon incomplète, il en résulte une dilatation irrégulière de la pupille et un défaut d'accommodation partiel. La raison de ce phénomène réside dans ce fait que le sphincter iridien et le muscle ciliaire sont sous la dépendance du même nerf.

Nous avons dit que la pupille d'un œil amaurotique, dilatée par

défaut d'excitation nerveuse rétinienne au moyen de la lumière était susceptible cependant de se contracter lorsque l'œil congénère sain est soumis à l'action de la lumière; il n'en est pas ainsi lorsque la mydriase est de cause paralytique; la pupille, dans ce cas, reste immobile.

Les troubles visuels occasionnés par la mydriase sont nuls lorsqu'elle est de cause passive, ils sont très marqués au contraire lorsqu'elle dépend d'une paralysie du sphincter. L'accommodation étant intéressée dans la lésion, il en résulte une difficulté et même une impossibilité pour lire et pour distinguer nettement des détails de près, chez les myopes et les emmétropes; ce défaut est encore plus marqué chez les hypermétropes qui ont besoin de leur accommodation pour voir distinctement de près et à une distance éloignée. La pénétration d'une grande quantité de lumière dans l'œil, causant l'éblouissement et mettant en relief l'aberration de sphéricité du cristallin, contribue beaucoup aux troubles visuels qu'on observe en pareils cas. Le moyen de remédier aux troubles de l'accommodation est de faire usage de verres convexes; pour empêcher l'entrée en trop grande abondance des rayons lumineux dans l'œil et diminuer par là même l'amblyopie causée par la mydriase, on fait regarder le patient à travers un trou sténopéique.

Le traitement devra surtout être dirigé contre la cause, et parmi les causes on cite l'impression du froid, l'attention prolongée, une émotion violente, la syphilis, la diphtérie, l'ataxie, les tumeurs crâniennes, orbitaires. Le traitement local consiste surtout dans l'emploi de l'ésérine et des courants continus.

Lorsqu'on a reconnu que la mydriase dépend d'une lésion du nerf optique ou de la 3^{ème} paire, il reste encore à découvrir quelle est la cause déterminante de ces troubles nerveux. On la trouve à l'origine même de ces deux paires nerveuses ou le long de leur trajet.

Le siège qu'occupent les lésions cérébrales explique l'inconstance des phénomènes pupillaires dans les maladies du cerveau. Ainsi l'hémorragie cérébrale s'accompagne dans la moitié des cas de dilatation pupillaire d'un seul ou des deux côtés, tandis que dans l'autre moitié des cas la pupille offre des dimensions normales.

Les hémorragies de la protubérance s'accompagnent le plus souvent de mydriase mais quelquefois aussi de myosis.

Les hémorragies localisées aux pédoncules cérébraux coïncident avec une dilatation pupillaire dans l'œil opposé à la paralysie des membres. Ceci s'explique par la compression qui s'exerce sur la 3^{ème} paire au niveau du pédoncule. Les hémorragies du cervelet s'accompagnent de myosis ou de mydriase.

Les tumeurs du cerveau, par leur action directe sur la 2^{ème} ou la 3^{ème} paire, causent le myosis à leur période irritative et la mydriase à leur période de paralysie. Il est assez rare d'observer des tumeurs cérébrales sans troubles pupillaires.

Les tumeurs siégeant au niveau du cervelet et de ses pédoncules ou des tubercules quadrijumeaux, les abcès du cerveau, les fractures de la base du crâne, les anévrismes de la carotide interne, produisent la mydriase avec immobilité. (Raymond, Duchesne, Gouguenheim.)

La mydriase paralytique a été remarquée aussi dans le ramollissement cérébral (Lancereaux), dans les méningo-encéphalites simples ou tuberculeuses à leur période de coma (Rendu, Landouzy).

La mydriase peut être spasmodique et due à une excitation du sympathique, ce serait même la cause la plus fréquente.

L'accommodation est moins incommodée de cette mydriase que dans la forme paralytique, mais il en résulte cependant un certain degré d'amblyopie causée par la trop grande abondance de rayons lumineux qui pénètrent dans l'œil. Le trou sténopéique remédie à cet inconvénient et montre qu'il n'est pas dû à une altération du fond de l'œil. La lumière conserve une certaine action sur le sphincter et détermine de légères contractions. L'absence de diplopie, de strabisme doit faire écarter l'idée d'une paralysie de la 3^{ème} paire. Il y a encore d'autres différences à noter entre la mydriase spasmodique et paralytique. Dans la 1^{ère}, en effet, on note une pâleur et un refroidissement des téguments du côté affecté, le regard est mort, exsangue (Rendu, Dujardin-Beaumetz) elle existe souvent des deux côtés et offre des intermittences. Dans le cas de mydriase paralytique les téguments conservent leur couleur et leur chaleur normales, un seul côté est atteint le plus souvent, la dilatation est permanente.

D'après Brown-Séguard l'afflux du sang en grande abondance à l'iris ferait contracter la pupille dans le cas de mydriase paralytique, tandis qu'elle resterait dilatée dans les cas d'excitation du sympathique.

Du moment qu'on a reconnu que la mydriase est de cause sympathique il reste à préciser davantage les causes qui ont agi sur le sympathique. Quant à reconnaître s'il s'agit d'une contracture des fibres radiées de l'iris plutôt qu'une contraction des vaisseaux iridiens, la chose est plus difficile; d'ailleurs, elle est encore très discutée.

L'irritation sympathique peut porter sur le tronc même du sympathique cervical, sur la moelle, sur un nerf sensitif quelconque, ou résulter d'une névrose.

L'irritation sympathique produite au-dessus de la 2^{ème} côte produit une dilatation pupillaire du même côté. (Cl. Bernard.)

Le sympathique peut être comprimé à cet endroit par un anévrisme, un ganglion, un abcès, etc. Dans une première période, dite d'irritation, la pupille est dilatée; dans une seconde, dite de paralysie, la pupille se contracte. (Coiffier.)

Une irritation de la moelle produit la mydriase tandis qu'une destruction détermine la contraction du sphincter iridien. On observe donc la mydriase dans les fractures de la colonne vertébrale, le mal de Pott et la méningo-myélite à leur début ainsi que dans l'ataxie à sa première période. Elle fait rarement défaut dans cette dernière affection et annonce une prédisposition aux lésions oculaires graves de l'ataxie, déterminant l'amaurose complète. La mydriase tabétique a ceci de particulier, c'est qu'elle ne se modifie pas sous l'influence de la lumière tandis qu'elle cède sous l'influence de l'accommodation.

On a signalé la dilatation de la pupille dans les cas d'excitation d'un nerf sensitif quelconque. Ainsi le son, certaines odeurs, certains médicaments agissent sur les nerfs de l'oreille, du nez, de la langue, et produisent une mydriase. Nous avons là un réactif puissant pour apprécier l'existence ou l'énergie de cette excitation.

Les névralgies des viscères, les excitations génésiques produisent le même effet. D'après Roque les affections unilatérales du corps s'accompagnent souvent de dilatation pupillaire unique. Cet auteur a fait une étude très intéressante de la mydriase à ce point de vue; Coiffier

en donne l'analyse suivante: " 1o. L'inégalité des pupilles par dilatation de l'une d'elles se rencontre dans un grand nombre de lésions unilatérales aiguës ou chroniques. L'auteur l'a vue dans de nombreux cas d'affections des poumons, des plèvres, du foie, des reins, de la rate, des ganglions, du péricarde, des genoux, des épithéliums; dans des cas de cancer, de carie, d'abcès, de bubons, de rhumatisme articulaire, de plaies, d'ulcères, de brûlures, de fractures, etc.; 2o. la pupille la plus large correspond toujours au côté de l'affection; 3o. s'il y a une affection de chaque côté, et si d'un côté l'affection est aiguë, tandis qu'elle est chronique de l'autre, la pupille la plus large existe du côté de l'affection aiguë; 4o. si les deux affections sont chroniques, mais l'une d'elles de nature ganglionnaire, c'est du côté de cette dernière qu'est la pupille la plus dilatée; 5o. l'inégalité n'est pas ordinairement continue, elle n'apparaît que lorsqu'on fait dilater la pupille, (obscurité, atropine sur la ligne médiane du front, courant électrique à la nuque.) et disparaît dès que les deux orifices se contractent, (lumière, éserine); c'est justement l'inverse de ce que l'on observe dans l'inégalité de la pupille générale; 6o. lorsque par électrisation de la nuque, les pupilles d'un malade se dilatent également, c'est que le mal n'a pas chez lui de localisation précise; 7o. dans les affections telles que rougeole, variole, scarlatine, etc., l'existence d'une inégalité pupillaire indique l'apparition d'une complication du côté de la pupille dilatée; 8o. quand l'inégalité change de côté, l'on doit redouter l'apparition d'une nouvelle lésion, du côté opposé à la première; 9o. enfin, l'indicateur pupillaire, dans les cas douteux, fait voir de suite au clinicien de quel côté il faut rechercher la lésion et, dans les affections bilatérales, quel est le côté le plus atteint."

M. Parrot a publié dans la *Revue de médecine* de Paris, en 1882, une étude sur un phénomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance. Ce phénomène consiste à dilater la pupille, dans certaines conditions morbides, en pinceant la peau.

Vingt-trois observations sont citées dans ce travail; l'auteur les a divisées en deux classes. Dans la première, les troubles pupillaires se sont produits; dans la deuxième, ils ont fait défaut. Chez 16 patients, le phénomène de mydriase a été observé; chez 7 autres il n'a pas eu lieu. Dans 6 cas de méningite tuberculeuse cérébrale ou cérébro-spinale, Parrot a noté la mydriase chez les malades atteints de convulsions, et cela au début du paroxysme et pendant que durèrent les secousses. Pendant le coma succédant aux paroxysmes, il a suffi de pincer la peau au creux épigastrique pour dilater la pupille dans les proportions de 1 à 3 millimètres.

Après chaque pincement la pupille est revenue à l'état normal, mais, répétée souvent, cette manœuvre a fini par agir faiblement sur l'état pupillaire.

Il a été plus apparent toutes les fois que les expériences ont été faites sur un sujet à pupille préalablement contractée ou placée en face de la lumière.

Deux cas d'hémorrhagie piemérienne ont produit le même réflexe pupillaire que les précédents avec la différence que la réaction a été moins apparente à cause d'une dilatation préalable de la pupille.

Il en a été ainsi dans deux autres cas de lésions inconnues quoiqu'en apparence semblables aux précédentes. Trois autres observations por-

tent sur des sujets atteints de convulsions, étant tombés dans un coma profond. Le phénomène de mydriase par pincement a été très manifeste. Deux enfants morts sans lésions du cerveau ont présenté, pendant qu'ils étaient dans le coma, le phénomène mydriatique sous l'influence du pincement de la peau.

Des résultats négatifs ont été obtenus sur des enfants morts à la suite de lésions pieuriennes, des bronches, des poumons et inconnues. L'expérience a été tentée très peu de temps avant la mort, sur des sujets tombés dans un coma profond.

Parrot explique ces résultats divers par la différence de la sensibilité cutanée chez les sujets du premier et du second groupe d'observations. Avec Vulpian, il voit là un phénomène d'action vaso-motrice, ce phénomène, de même que presque tous ceux qui se montrent à une certaine distance du point primitivement irrité, est un effet vaso-constricteur. Voici l'ordre de succession des phénomènes : « Excitation de la peau par le pincement ; transport de cette irritation au centre médullaire par les nerfs sensitifs ; sa réflexion sur les vaso-constricteurs de l'iris ; déplétion de ces vaisseaux ; dilatation pupillaire. » (Parrot.)

Si la sensibilité cutanée est émoussée ou abolie, le réflexe ne se produira pas. S'il n'y a pas de compression cérébrale quoiqu'il y ait coma, le phénomène ne se produira pas. Parrot ajoute comme conclusion pratique que « un enfant atteint ou non de convulsions, qui est dans le coma, et dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la peau n'est atteint ni de méningite ni d'hémorrhagie pieurienne ; il est sous le coup d'une asphyxie avancée et sa mort est imminente. »

Un certain nombre de névroses produisent la mydriase, entr'autres la chorée, dans sa période d'état, l'hystérie, au moment des attaques, ainsi que l'épilepsie, la migraine de cause anémique, l'angine de poitrine et tout accès de douleurs intenses.

L'anémie de l'iris comme cause de mydriase se produit dans le glaucome et l'hydrophthalmie, la commotion cérébrale, l'anémie cérébrale, la syncope, les états comateux, exceptés ceux qui sont causés par l'opium, l'acide phénique etc.; les encéphalites et méningites à leur seconde période ou de stupeur, les maladies débilitantes, l'anémie, la chlorose, la phthisie et la convalescence des maladies graves.

Le myosis résulte 1^o d'excitation nerveuse exagérée, sous l'influence de la lumière, 2^o d'un spasme du sphincter iridien, 3^o d'une paralysie du sympathique, 4^o d'une turgescence sanguine des vaisseaux iridiens.

Le myosis par sensibilité exagérée de l'œil à la lumière se rencontre au cours des kératites en général, au cours des iritis. Il y a donc en même temps que contraction pupillaire, photophobie, larmoiement, troubles cornéens ou autres. Le traitement est entièrement lié à la maladie principale.

Le spasme du sphincter iridien dépendant d'une irritation de la 3^{ème} paire peut se rencontrer dans la première période de la méningite tuberculeuse. (Jaccoud.)

Le myosis de cause paralytique offre ceci de particulier, c'est que l'atropine ne réussit pas à dilater la pupille. (Panas.)

Nous avons déjà fait remarquer que la période d'irritation de la moëlle s'accompagne de mydriase tandis que la deuxième période

coïncide avec le myosis. D'après Vincent, le myosis médullaire indique que le mal est situé au-dessus des deux premières paires dorsales ; dans d'autres cas, il ne surviendrait aucun désordre pupillaire. Le myosis observé dans les méningo-myélites spinales coïncide avec des phénomènes dépressifs.

Au cours de l'ataxie le myosis se rencontre presque toujours ; dans la période moyenne de l'affection il existe le plus souvent des deux côtés et s'accompagne d'amblyopie et d'atrophie de la papille, il cesse un peu au moment des attaques douloureuses, de même qu'il cède à l'action de l'atropine. Il fait place à la mydriase lorsque l'amaurose est complète.

La paralysie traumatique du plexus brachial s'accompagne constamment de myosis avec élévation de la température du même côté. (Hutchinson.) On observe encore le myosis au cours de la paralysie et de la névralgie de la 5^{ème} paire. Quand la pupille est dilatée au cours de la névralgie faciale, elle est toujours d'un pronostic fâcheux, elle annonce une paralysie concomitante de la 3^{ème} paire (Marshall) ou le début d'un glaucome. (De Graefe.)

La pupille est contractée dans le goître exophtalmique, elle est dilatée dans les autres exophtalmies.

Lorsque le myosis est de cause pléthorique, on remarque en même temps une rougeur de la face et de la conjonctive et la pupille réagit à l'action de la lumière. On l'observe au cours de maladies de l'œil telles que kératites, iritis, etc. au cours de maladies cérébrales telles que congestion cérébrale (Leblanc), hémorrhagie cérébelleuse, manie aiguë, manie chronique ; se produisant dans cette dernière, le myosis annonce le passage à la démence paralytique (Griesinger). Le myosis est très commun dans les hémorrhagies protubérantielles, quelques auteurs anglais vont même jusqu'à affirmer qu'en présence d'un sujet comateux à pupilles rétrécies on ne peut diagnostiquer qu'une hémorrhagie protubérantielle, ou un empoisonnement par la morphine.

Les affections du cœur qui gênent le retour du sang à cet organe, les phlegmasies en général et les maladies fébriles à leur début s'accompagnent de myosis.

L'importance du rôle que joue l'orifice iridien en thérapeutique nous engage à en dire quelques mots.

Par leur action sur la pupille, on peut classer les médicaments en deux grandes classes, ceux qui produisent la mydriase et ceux qui produisent le myosis. Les médicaments agissent sur la pupille de deux manières, directement ou indirectement. Parmi les substances mydriatiques, celles qui agissent directement sont l'atropine, la duboisine, la daturine, l'hyosciamine et la gelsémine. Celles qui agissent indirectement en resserrant les vaisseaux, en diminuant la masse du sang sont les toniques névrosthéniques, les hyperkinésiques, les irritants cutanés, les vomitifs, les purgatifs, le mercure, la saignée, l'arsenic à fortes doses etc. Les stupéfiants, la belladone, la jusquiame, la ciguë etc. dilatent la pupille. D'après les expériences de Claude Bernard, Gubler, Leblanc, les médicaments produisent sur les vaisseaux des effets inverses à ceux qu'ils produisent sur la pupille.

Parmi les contracteurs qui agissent directement, nous avons les irritants, les astringents, les myosiques tels que l'ésérine et la muscarine. Parmi les contracteurs indirects, nous pouvons ranger l'alcool,

les hypnotiques, les aromatiques, quelques antispasmodiques et les reconstituants. Les médicaments dilatateurs et constricteurs sont antagonistes par l'effet qu'ils produisent sur la pupille et les vaisseaux. Dans un grand nombre de maladies l'état de la pupille peut nous renseigner sur le traitement à suivre.

On produit le sommeil en donnant des médicaments qui mettent la pupille dans l'état où elle se trouve pendant le sommeil. Or, la pupille étant contractée pendant le sommeil, les médicaments myosiques seront indiqués pour provoquer cet état. Nous avons en effet l'opium et ses dérivés, le chloroforme, le chloral, le haschisch, etc. D'après Gubler, les alcaloïdes de l'opium sont d'autant plus somnifères qu'ils sont plus myosiques. Veut-on lutter contre le sommeil, on utilise les propriétés mydriatiques du café, de la thébaine etc. Ordinairement les médicaments qui agissent le mieux dans certaines maladies sont ceux qui luttent contre l'état pupillaire causé par la maladie. La morphine a été employée dans l'asthme, les convulsions des enfants, le délire de l'érysipèle de la face. Dans les délires avec fièvre et myosis, la belladone produit la sédation tandis que l'opium aggrave le délire (Graves). La chlorose, l'anémie se traitent par le fer; l'anémie cérébrale par la position déclive; on lutte encore ici contre l'état pupillaire en même temps que contre la cause de l'affection. L'aconit et l'aconitine qui sont des mydriatiques (Leblanc) sont des médicaments héroïques dans le traitement des névralgies faciales qui s'accompagnent de myosis. Les migraines, le délire, l'insomnie avec myosis sont traités par la digitale, l'atropine, le bromure de potassium, la quinine qui dilate la pupille.

Les phlegmasies à l'état aigu s'accompagnent de myosis; la saignée employée en pareils cas, produit la mydriase. Plus tard, à la période de la maladie où apparaît la mydriase, on donne les reconstituants qui sont des myosiques. Lorsque, dans une maladie, les mouvements respiratoires sont nombreux, la pupille se dilate, on donne en pareils cas la morphine qui modère les mouvements, calme la dyspnée et contracte la pupille. Les maladies avec pupilles contractées repoussent les traitements myosiques; les médicaments mydriatiques ne conviennent généralement pas dans les maladies avec mydriase. La pupille sert de manomètre dans l'action de divers médicaments. Le renversement de la pupille dans les injections morphinées suit une progression rigoureuse proportionnelle à la quantité injectée (Dr Viberti).

Lorsqu'il s'agit d'un malade nouveau dont on ne connaît pas la susceptibilité à l'action de la morphine et qu'il importe de procéder par petites doses, la pupille peut servir de réactif. Toute dose de morphine qui après 20 minutes à peu ou pas modifié la pupille est perdue pour l'effet à obtenir. Si après 20 minutes la pupille est rétrécie mais mobile, la dose injectée a été insuffisante. Si après 20 minutes la pupille est contractée et immobile, la dose a été suffisante ou outrepassée. Après semblable opération la pupille se dilatera lorsque la morphine aura complètement épuisé son action dans l'économie. (Vibert.)

Pendant l'administration du chloroforme, l'état de la pupille est très important à noter. Au début, la pupille se dilate; à la période d'insensibilité elle se contracte; lorsque la sensibilité réapparaît, la pupille se dilate de nouveau. Lorsque brusquement la pupille se dilate au cours de la chloroformisation ayant duré quelque temps, il faut craindre un danger. L'administration du chloral n'est suivi immédiatement d'aucun

désordre pupillaire ; lorsque le sommeil survient il se produit un myosis et la pupille se dilate au réveil. Si le malade tombe dans la stupeur, le myosis est un signe favorable, la mydriase un signe de mort certaine. On remarque la même chose pour l'effet de l'alcool.

Lorsqu'au cours de l'administration de la digitale on voit survenir la mydriase avec immobilité, il y a là un signe d'intolérance, il faut s'arrêter. L'application d'une mouche noire produit le myosis pendant que dure la vésication, la mydriase survient immédiatement après, elle est proportionnelle à l'étendue du vésicatoire et coïncide avec des troubles génito-urinaires. Si au cours d'une maladie ayant nécessité l'emploi d'une mouche noire il survient une cystite avec dilatation pupillaire, cette cystite est cantharidienne. (Coiffier.)

Lorsqu'au cours d'une phlegmasie on emploie la saignée, on peut renouveler ce traitement le lendemain si la pupille est resserrée de nouveau.

Le retour de la pupille à l'état normal est d'un bon augure.

En cas d'empoisonnement, l'état pupillaire peut être d'un grand secours pour le choix d'un contre-poison ; l'antagonisme de la morphine et la quinine, de l'atropine et de l'opium, de l'éserine et de la pilocarpine, de l'opium et la jusquiame, de l'opium et de l'aconitine (Leblanc), de l'éserine et de l'atropine est démontré par une foule d'observations où ces médicaments ont été employés comme antidotes les uns des autres. Si la preuve parait faite pour ceux que nous venons de citer, il n'en est pas ainsi de tous les autres qui sont encore l'objet de vives discussions parmi ceux qui s'occupent de physiologie thérapeutique. En cas d'empoisonnement il ne serait donc pas prudent, comme d'ailleurs en toute autre circonstance, d'attacher une importance exclusive à l'état de la pupille.

Notre but, en vous résumant les principaux travaux parus sur la question que nous venons de traiter, a été d'attirer votre attention sur un point très important du diagnostic des maladies en général, sur un symptôme d'une grande valeur et que l'on néglige peut-être trop dans l'examen des malades.

COMMUNICATION.

Était-ce un Anévrisme ?

Monsieur le Rédacteur,

Veuillez m'accorder un court espace dans votre journal pour le rapport d'un cas que je considère propre à intéresser la profession. Je compte que ce rapport sera d'autant plus intéressant que le sujet de l'observation a été examiné par bon nombre de mes confrères voisins, et de plus, par un certain nombre de médecins de Montréal.

Pierre B..... de Ste-Edwidge de Clifton, âgé de 50, du poids de 160 lbs à peu près, arrivait chez moi le 4 octobre 1883, dans le but de se faire examiner. Il m'était envoyé par mon confrère le Dr. B..... qui le traitait depuis à peu près quatre mois pour certains troubles du côté de la poitrine et quelque chose d'anormal au sternum.

Examen :—Je remarque sur la partie antérieure de la poitrine une élévation circonscrite formant tumeur, de $\frac{1}{2}$ de pouce de hauteur, ayant un

diamètre de 2 pouces à la base, sur la partie gauche du sternum, à la jonction de la seconde et de la troisième côte avec le sternum. Cette tumeur est ferme, résistante à la pression, presque indolore, la peau qui la recouvre est de couleur normale. La pensée d'avoir sous les yeux un cas d'anévrisme me vient naturellement à l'esprit. Alors, pour établir mon diagnostic, j'interroge les pulsations radiales des deux avant-bras; je compare la force du pouls de chaque côté, il me semble reconnaître une diminution de force dans le pouls gauche; j'applique mon oreille sur la tumeur, je perçois les pulsations du cœur, elles sont isochrones avec le pouls; j'applique le stéthoscope et cherche les bruits anormaux. Je ne puis parvenir à découvrir qu'un certain bruit de souffle peu prononcé; si je n'entends pas de bruit de râpe, ou le frémissement cataire, j'attribue cela au travail qui se serait déjà fait dans le sac anévrisimal datant déjà d'un certain temps, par exemple, l'organisation de la fibrine en plaques laminées qui auraient pour effet de s'interposer entre le flux du sang dans l'artère et le pavillon du stéthoscope. D'ailleurs, ces bruits anormaux ne peuvent-ils pas manquer dans quelques cas? Barker a rapporté deux cas d'anévrisme de l'aorte dans lesquels, selon lui, il n'y avait ni battements ni bruits anormaux. Du côté des organes de la respiration il y a de l'essoufflement, de l'oppression aussitôt que le sujet veut se livrer au travail. A l'appui de mon diagnostic j'apporte les grandes raisons suivantes: La nature du travail de cet homme qui est un colon défricheur. On sait à quelle somme d'ouvrage dur et fatiguant ces hommes se soumettent. Un jour que notre malade était occupé à abattre des arbres, pour faciliter la chute d'un de ces géants de la forêt dans une direction particulière, armé d'un fort levier, il se mit à pousser de toutes ses forces sur cet arbre, et durant ces efforts il sentit dans la poitrine comme si quelque chose eut cédé, *cragué*, suivant son expression. Depuis ce temps il a remarqué ne pouvoir plus se livrer à aucun travail assidu, et depuis ce temps là date l'oppression à la marche, oppression qui a persisté jusqu'à la fin. Or que dit Valleix? "Lorsque l'on voit, immédiatement après une chute ou une violence extérieure, apparaître les battements de l'aorte, une tumeur dans la poitrine, etc., on ne peut pas douter que ces causes n'aient donné lieu à la formation d'un sac anévrisimal?" D'après tous les signes énumérés ci-haut, nous étions donc justifiables de baser notre diagnostic comme se rapportant à un cas d'anévrisme de l'aorte, portion ascendante. Ne voulant pas prendre seul la responsabilité de ce jugement, j'invite le sujet à aller voir mon confrère le Dr X..... de Sherbrooke. Celui-ci, après examen, me renvoie le porteur de la tumeur, avec un mot en disant qu'il était d'opinion que la tumeur était anévrismale et qu'il pensait même y avoir reconnu le frémissement cataire.

g. Dans le printemps de 1884, le patient, sur le conseil de son médecin, se rend à Montréal. Là, il est examiné par un bon nombre de nos plus habiles chirurgiens; quelques-uns, le plus grand nombre, se prononcent pour un anévrisme, d'autres réservent leur jugement. Je dois dire ici, pour rendre justice à qui de droit, que le médecin traitant le cas ne se prononça pas; un confrère opina pour une exostose, un autre pour un abcès qui devait être ouvert.... Le patient est resté sous les soins du Dr B..... qui traita les symptômes. Bientôt la maladie fit des progrès, les symptômes s'aggravèrent, les troubles de la respiration devinrent tels qu'il ne put plus se coucher, puis dyspepsie, faiblesse et

anasarque très prononcée et il fut forcé, pendant près de trois mois, à passer ses nuits sur une chaise.

Le 29 novembre 1884, j'apprenais la mort du malade et le Dr B..... m'invitait à assister à l'autopsie.

Post-mortem : Aspect extérieur : on remarque une tumeur volumineuse recouvrant presque tout le sternum, partant du niveau de la 3^{me} côte, se prolongeant en haut sur une longueur d'à peu près huit pouces et large de trois à quatre pouces, jusque dans la région du cou ; cette tumeur est nodulée, s'élevant à certains endroits à près de trois pouces, ferme et dure ; la peau qui la recouvre est de couleur et consistance normales. A la vue de cette tumeur que je n'avais pas examinée depuis treize mois, mon diagnostic commence à être ébranlé ; cependant le Dr B. ayant fait une incision assez profonde dans toute la longueur de la tumeur, nous constatons avec étonnement que le scalpel à sectionné une masse de substance blanche, lardacée, criant sous la lame ; c'est du tissu squirrheux ! Il est impossible de relever le sternum solidement fixé qu'il est par la tumeur qui fait corps avec lui. Le tissu osseux n'existe plus et a été remplacé par la substance lardacée dure, coriace, telle que décrite plus haut. Après beaucoup de travail on réussit à enlever la masse toute entière à laquelle est attaché le cœur, et l'on peut alors constater que la tumeur a eu la base de cet organe pour point d'origine, et de là s'est étendue à l'oreillette droite, à l'aorte (ascendante, transverse et une portion de la descendante), aux veines caves, puis au sternum. Elle adhère à la paroi thoracique en avant, et se prolonge en haut jusqu'au cou. A l'intérieur de la poitrine, elle n'a pas moins de cinq pouces de large sur sept à huit de long, et pèse environ 8 à 10 livres ; son volume égale celui de la tête d'un enfant d'un an. Nous constatons en outre une effusion assez abondante de sérum dans les plèvres qui sont adhérentes sur une certaine étendue ; les poumons sont congestionnés.

Remarques.—Dans mon humble opinion, il était rationnel, dans ce cas, de se prononcer pour un anévrisme, principalement dans le temps que nous avons examiné le sujet, c'est-à-dire dans les premiers mois de la maladie, et cela : 1^o par le site de la tumeur qui était celui des anévrismes ; 2^o par les battements perçus dans la tumeur, battements isochrones aux pulsations des artères radiales ; 3^o par les bruits de souffle entendus par différents confrères, bruits faciles à expliquer par la gêne de l'oreillette droite du cœur qui se trouvait comprimée dans ses mouvements par la masse qui l'enveloppait, et aussi par le rétrécissement du calibre des artères émergeant de la base du cœur ; 4^o par la dyspnée, et la douleur plus ou moins prononcée ; 5^o par l'absence, jusqu'à la fin, de la couleur jaune paille de la peau, caractéristique des affections cancéreuses, et aussi par l'absence de tout ganglion induré, à l'aisselle et ailleurs ; 6^o par la nature du travail de cet homme, et encore plus par l'histoire de l'accident survenu quelque temps avant la première manifestation des symptômes ; 7^o enfin, la rareté de cas semblables. Je ne sache pas qu'il soit fait, dans nos auteurs, mention d'un cas de ce genre. Nous avons presque tous les signes d'un anévrisme, et cependant, c'était..... une tumeur cancéreuse !

Dr THS. LARUE.

Compton, 26 janvier 1885.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Tuberculose et paraplégie.—Clinique de M. le professeur VULPIAN à l'Hôtel-Dieu.—Au No 11 de la salle Saint-Martine est couchée une femme âgée de 28 ans. Elle n'a pas d'antécédents et se porta bien jusqu'à 25 ans. A cette époque, elle présenta des phénomènes d'hystérie qui ne firent que s'aggraver et la forcèrent à entrer à l'hôpital. Je ne m'occupais pas beaucoup de cette femme, qui était entrée pendant mon absence pour une hémianesthésie du côté gauche. Elle prenait bien, depuis trois semaines, les toniques et les douches qui lui avaient été ordonnés, lorsqu'un matin elle refusa de descendre aux bains, parce qu'elle toussait. Je l'examinai et je constatai au-dessous de la clavicule droite de la submatité et des râles sous-crépitéments localisés au sommet. En présence de ces modifications, de leur siège et de leur coïncidence avec un amaigrissement sensible, on ne pouvait avoir aucune hésitation pour poser le diagnostic. L'examen des crachats, dans lesquels on constata des bacilles, le rendit encore plus affirmatif. A ce propos il me paraît important de dire que la présence des bacilles ne doit pas être une cause de découragement.

Elle est intéressante pour le clinicien, en ce qu'elle nous fait sortir des cas douteux, mais ce n'est pas un signe d'incurabilité. Ceci dit, revenons à notre malade. Je lui donnai de l'acide salicylique, du thymol, de l'opium et je vis son état s'améliorer. La température qui, au commencement, pendant une quinzaine de jours, était de 40°, s'est peu à peu abaissée et oscille maintenant, à peu près au bout de six semaines, entre 37° et 37° 2. La malade tousse moins et on ne retrouve plus de bacilles dans ses crachats. Elle mange et, si elle n'est pas guérie, elle est du moins considérablement améliorée.

Dans la même salle, au No 7, est une autre malade qui a 44 ans. Elle n'a pas non plus d'antécédents héréditaires. Elle ne s'est enrhumée véritablement qu'en 1881 et a eu une hémoptysie en 1882. Au mois de mai, son état s'était tellement aggravé, qu'elle fut forcée d'entrer à l'hôpital. Outre sa toux elle avait une diarrhée insupportable qui ne cédait à aucun agent thérapeutique. Le sous-nitrate de bismuth, le cachou et le ratanhia amenèrent une telle amélioration qu'on put envoyer cette femme au Vésinet. Elle ne tarda pas à en revenir, et cette fois-ci le même traitement n'eut pas le même succès. Lorsque je pris le service, je continuai le bismuth. La diarrhée ne diminuant pas et l'opium n'agissant pas, j'eus l'idée de lui donner du silicate de bismuth que j'avais vu réussir dans certains cas; mais, cette fois-ci, il n'apporta aucun changement. J'eus alors recours au salicylate de bismuth, que M. Dujardin-Beaumetz a employé et dont je me sers depuis longtemps dans les diarrhées rhumatismales et dans celles des phthisiques. Administré à la dose de six grammes par jour, il répondit à mes espérances. La diarrhée diminua peu à peu, et il y a quelques jours je fus très heureux de voir que cette malade venait de faire enfin, pour la première fois depuis sept mois, des matières moulées. Son état s'est en même temps considérablement amélioré et elle a engraisé.

Je tenais beaucoup à vous parler de ce médicament. Il agit comme topique et, quoique ce soit un sel insoluble, il ne l'est toutefois pas tant qu'il ne laisse échapper de l'acide salicylique. Il arrive sur les ulcérations intestinales et fait là ce qu'il fait *in vitro*; il tue les vibrions. Les ulcérations de l'intestin sont par suite notablement améliorées, mais il n'en est pas de même pour les tubercules du poumon. Dans ce cas, le médicament devant passer par la circulation, arrive en doses infiniment petites et n'est pas assez actif. Je crois cependant qu'il est nécessaire de faire des essais et qu'il ne faut pas se contenter de donner de l'opium comme le font les médecins qui tonnent contre les spécifiques. Cela n'aboutit pas à grand'chose. Quand on connaît la cause, on doit chercher tous les moyens pour tuer cet organisme, et si nous arrivons à supprimer les bacilles, la tuberculose devra l'être aussi.

Ceci dit, je vais vous parler de deux malades atteints d'une affection du système nerveux. Le premier est un homme de 31 ans, qui a été dirigée du Mans sur mon service parce qu'on sait que je m'occupe tout spécialement de ces maladies. On ne trouve, comme antécédents héréditaires de maladies du système nerveux, qu'une paralysie à frigore que son père a eue à l'âge de 18 ans. Il doit en être de même pour lui, car on ne trouve aucune trace de syphilis ou d'alcoolisme. Il n'a jamais eu de grands chagrins et fut bien portant jusqu'à l'âge de 17 ans. C'est dans le courant du mois de juillet de cette année qu'il se refroidit, en restant deux heures dans une rivière pour pêcher à la ligne, et, qu'au sortir de l'eau, il éprouva un sentiment de raideur dans la marche. Le lendemain tout ayant disparu, il recommença à travailler. Au bout de trois mois, il sentit revenir la même pesanteur et la même faiblesse. Cet affaiblissement des membres inférieurs alla en augmentant, rendit la marche difficile et le força à se mettre au lit. Il eut en même temps de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Au bout de six mois, il put se lever et marcher avec des béquilles, qu'il ne tarda pas à abandonner pour n'avoir recours qu'à une canne. L'amélioration continuant, il entra comme comptable dans une maison et ne conserve sa canne que par prudence. Il put faire ce travail jusqu'à 26 ans. À cet âge, il est retombé malade comme précédemment, et est entré à l'hospice du Mans. Son état s'est amélioré au bout de 3 ou 4 années de traitement. À l'âge de 30 ans, il a pu recommencer à marcher avec des béquilles et est venu à Paris. Lorsqu'il est entré dans mon service, il avait un bon aspect et, si nous n'avons pas constaté d'atrophie des membres inférieurs au premier abord, nous avons du moins remarqué qu'il y avait de la raideur et de la faiblesse.

Quand il est couché, on constate qu'il peut élever les membres inférieurs au dessus du plan de son lit et que le gauche est plus faible que le droit. Quand il marche, on voit que la jambe gauche a conservé quelques mouvements dans l'articulation, tandis que la droite est raide. Il se soutient sur ses béquilles et serait incapable de se tenir sur ses jambes.

Voici pour le mouvement, passons maintenant à la sensibilité. Elle est diminuée et, fait très net, elle est plus amoindrie à gauche qu'à droite. Il y a là un léger degré d'hémi-anesthésie croisée. Les mouvements réflexes sont exagérés dans les deux membres et particulièrement dans le droit, où se produit de plus une contracture lors-

qu'on le frappe plusieurs fois. Il n'y a de trépidations réflexes du pied ni d'un côté, ni de l'autre. Il n'y a pas de troubles vaso-moteurs, pas de troubles trophiques manifestes. Le sens génital est à peu près perdu et il existe de la douleur dans la région lombaire. Il y a encore un peu d'incontinence de l'urine et des matières fécales, mais il n'y a aucun trouble des yeux et des membres supérieurs.

Les pointes de feu à l'extérieur, l'iode et la strychnine à l'intérieur, ont amené un peu d'amélioration chez ce malade atteint de myélite chronique. Cette myélite, qui a peut être été accompagnée d'un peu de méningite spinale, est située très probablement au-dessus du renflement lombaire, comme l'indique la paralysie et l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Elle n'est pas localisée et n'occupe pas de cordons déterminés. Elle est diffuse et empiète sur un sillon et sur un autre. Ce qui le montre, ce sont les phénomènes qui portent à la fois sur la motilité et sur la sensibilité; c'est encore le léger degré d'atrophie musculaire qui existe d'une façon irrégulière. A gauche, c'est la cuisse qui a diminué de volume; à droite, c'est la jambe. Un pareil symptôme ne peut s'expliquer que par une myélite serpiginieuse. Il y a là, en un mot, un îlot de myélite qui pénètre un peu dans la substance grise. S'accompagne-t-elle de sclérose descendante ou de sclérose ascendante? Je n'en sais rien. Tout ce dont je suis sûr, c'est que cette myélite est scléreuse. Je crois que les cellules nerveuses ont été étouffées par un développement de la névroglie. L'amélioration, qui n'aurait certes pas eu lieu si l'on avait eu une destruction des éléments, en est la meilleure preuve.

Vous voyez donc qu'au moyen des symptômes, nous arrivons à des données assez nettes pour poser le diagnostic et, si cette étude est intéressante, il est encore bien plus utile de savoir que ces myélites chroniques, lorsqu'elles sont scléreuses, ne sont pas incurables, quoiqu'en disent les livres classiques. Vous voyez que ce malade a été à peu près guéri. Je dis à peu près, car cette sclérose a été réchauffée sous l'influence du froid. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister, car le médecin peut consoler le malade et lui faire pressentir une guérison.

Reste à savoir comment une sclérose de la moëlle peut guérir. Je crois, pour ma part, que la maladie persiste, qu'elle est aggravée par l'inflammation du tissu connectif et que, toutes les fois qu'on calme cette irritation, le malade va mieux. Cela est si vrai que, toutes les fois qu'on parvient à calmer l'irritation de la moëlle chez un ataxique, on voit immédiatement survenir des modifications dans la marche.

Je vais maintenant vous présenter une affection médullaire un peu différente. Ce malade, âgé de 39 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires et a eu la syphilis il y a une quinzaine d'années. La maladie actuelle a débuté au Mexique, il a 5 ou 6 ans, par des douleurs et des faiblesses dans les chevilles.

Au bout de 6 mois il avait de la douleur au niveau du sacrum, un peu d'insensibilité dans les membres, des crampes, des sursauts, et marchait au moyen d'une canne avec une difficulté extrême. Il fut soigné par l'électricité et on trouve, le long de la face interne de ses jambes, des cicatrices résultant des lésions produites par les excitations électriques qu'il se faisait lui-même. Malgré ce traitement, l'amélioration fut si légère, qu'il entra chez nous le 15 novembre 1883, 10 ou

11 mois environ après son retour en France. Lorsque je l'examinai, il pouvait lever les deux membres inférieurs assez difficilement. Les mouvements réflexes étaient et sont encore exagérés. La sensibilité était intacte. Il n'avait pas de troubles vaso-moteurs ou trophiques et n'avait jamais eu d'incontinence d'urine ou des matières fécales.

Voici donc un malade qui a une paraplégie plus marquée dans la jambe droite que dans le membre gauche. Il marche péniblement, en laissant les membres étendus, et fauche un peu par suite de l'existence de raideurs spasmodiques dans les muscles.

Quoique ce diagnostic présente une certaine difficulté, je ne doute pas qu'il ne s'agisse vraisemblablement d'un néoplasme syphilitique qui se trouve dans le canal rachidien et qui a produit, on même temps que de la compression, de l'irritation. Reste à préciser sa place. Je ne crois pas qu'il soit en rapport avec la moëlle épinière, mais je pense qu'il excite les nerfs de la queue de cheval, la douleur rachidienne se trouvant au niveau du sacrum et le malade n'ayant jamais eu de troubles relatifs à la miction et à la défécation ; ce qui n'aurait pas manqué d'arriver, si le néoplasme avait été dans la région lombaire.

Quant au traitement, il est bien simple. Le sirop de Gibert, que j'ai fait prendre, a considérablement amélioré le malade et je crois qu'il ira de mieux en mieux s'il a de la persévérance.—*Praticien.*

Traitement de la bronchite.—Les remarques qui suivent, au sujet du traitement de la bronchite, s'appliquent plus spécialement à ces cas que l'on désigne souvent sous le nom de simples rhumes. Il est quelquefois important d'enrayer ces attaques au début. Dans ces cas on peut avec avantage suivre le plan qu'avait adopté un orateur bien connu qui, le matin même d'un jour où il devait parler en public, s'en trouva complètement empêché. Ce monsieur se mit à prendre du vin émétique jusqu'à vomissement et transpiration abondante, puis s'étant tonifié au moyen de bière et d'huîtres, put accomplir aisément sa tâche. Ce mode de traitement est assez désagréable, ce qui fait qu'il ne saurait être généralement adopté ; il va de soi qu'il ne peut non plus s'appliquer qu'à des sujets robustes et forts.

Tout médecin sait que les expectorants sédatifs sont employés dans la première période (période sèche) d'un rhume. L'on n'a qu'à choisir entre l'ipecacuaha et le tartre émétique, et il importe peu que l'on prenne l'un ou l'autre. Cependant il ne faut point oublier que l'émétique est positivement dangereux chez les très jeunes enfants, ainsi que chez les vieillards et les sujets affaiblis.

Ce qu'on ne sait pas généralement, c'est que les alcalis, administrés à haute dose, sont des expectorants sédatifs des plus efficaces. Le citrate de potasse constitue la meilleure forme sous laquelle on puisse donner les expectorants alcalins ; on en doit donner de une demi-once à une once dans les vingt-quatre heures.

La formule suivante a été mise à l'essai durant ces quatre ou cinq dernières années, et c'est là, à coup sûr, la potion expectorante et sédative la plus efficace que j'aie jamais employé :

P—Citrate de potasse	1 once
Jus de citron.....	2 onces

Sirop d'ipéac.....	½ once
Sirop q. s. pour faire.....	6 onces

M—*Dose* : Une cuillerée à soupe, de quatre à six fois par jour.

Quand la toux est fréquente et que les intestins subissent facilement l'influence des laxatifs, on peut ajouter une petite quantité de parégoric à cette potion. On fera varier la dose d'ipéac suivant la plus ou moins grande susceptibilité de l'estomac. Quelquefois on peut avantageusement lui substituer le tartre émétique. Deux ou trois jours de cette médication suffisent ordinairement à établir une expectoration abondante. Les expectorants stimulants sont alors indiqués ; je mentionnerai entre autres la scille et le sénéga. Je ne puis cependant affirmer positivement en avoir obtenu bien souvent des résultats marqués, et je suis porté à croire qu'une grande partie de leur réputation est plutôt due à la tradition et au fait que, avec le temps, la bronchite même se guérit toute seule. De ces deux médicaments, la scille est celle qui rend le plus de services. Elle est cependant encore inférieure au muriate d'ammoniaque. Celui-ci, de même que toutes les préparations ammoniacales, doit être administré à de courts intervalles afin que l'action thérapeutique en soit soutenue. L'effet d'une seule dose ne dure guère plus de deux heures. La saveur âcre et désagréable du remède peut être masquée quelque peu par l'addition d'un peu de glycérine. On devra enfin se rappeler que, donnés à très hautes doses, tous les sels ammoniacaux peuvent, en leur qualité d'alcalis, agir sur la crâse sanguine et déprimer notablement les forces vitales. Depuis longtemps l'on connaît l'efficacité du copahu dans la bronchite chronique ; on peut aussi le prescrire avec avantage dans la bronchite subaiguë rebelle. Quand, chez les enfants, le rhume est tenace, le sirop d'ail est très efficace. Mais l'expectorant stimulant qui, pour moi, à presque tout-à-fait remplacé les autres est l'huile d'eucalyptus. Chez les adultes on l'administre, dans les cas ordinaires, à dose d'environ quarante minimes par jour. La saveur en est si désagréable qu'il importe de la masquer en donnant l'huile en capsules, chaque capsule en contenant dix minimes ; si le patient le préfère, on peut donner, par dose, deux capsules de cinq minimes chacune. L'huile semble être absorbée et éliminée lentement, de sorte qu'il suffit de l'administrer quatre fois par jour. Donnée sous forme d'émulsion, elle est apte à produire des éructations désagréables, mais en capsules, elle est généralement bien supportée. Il est cependant des estomacs qui ne peuvent pas la supporter du tout. La contre-irritation est très utile dans les cas de bronchite et de rhumes violents, mais je n'attirerai ici l'attention que sur un médicament d'autrefois, presque oublié aujourd'hui : l'huile d'ambre. Cette huile rend de bons services dans le traitement de la bronchite des jeunes enfants, chez lesquels la maladie est si souvent associée à des troubles nerveux très marqués avec tendance au collapse. L'huile d'ambre, diluée dans une, deux ou trois parties d'huile douce et appliquée sur la poitrine sous forme de fomentations (flanelles) agit parfois très bien en combattant à la fois l'état nerveux et la congestion interne.—Dr Horatio C. Wood, in *Therapeutic Gazette*.

Du cancer de l'estomac.—Clinique de M. le professeur HARDY à la Charité—En suivant la visite ce matin, vous avez été à même de constater avec moi que le malade qui est couché au n° 19 de la salle St-Charles a considérablement maigri, et qu'il a perdu ses forces. En effet, sa peau, d'une part, est beaucoup trop large pour les parties qu'elle recouvre, et, c'est à peine, d'autre part, s'il peut aller de son lit aux cabinets. J'ajouterai enfin que son teint est pâle, que ses artères sont athéromateuses, et que son cœur, d'après l'absence des battements et la faiblesse des bruits, a sûrement participé à l'atrophie générale.

En présence d'un pareil état, la première indication est de rechercher la cause organique qui a bien pu amener cette déchéance. Et tout d'abord, interrogeons le passé de cet homme. C'est un individu de soixante ans, bouquiniste de son état, qui digérait bien, malgré qu'il ne mangeât pas à heures fixes, ne toussait pas, et n'avait jamais eu d'œdème des membres inférieurs quand, il y a huit mois, les digestions sont devenues difficiles et des vapeurs, un peu brûlantes, ont remonté le long de l'œsophage. Un dégoût absolu, surtout pour les aliments solides, étant survenu, le malade est arrivé à ne plus prendre que du bouillon et du lait; aussi n'a-t-il pas tardé à entrer à l'hôpital. Par l'inspection et par le palper, nous ne trouvons aucun signe de distension de l'estomac et pas même l'ombre d'un empatement. Je dois enfin ajouter que ses urines sont peu abondantes et qu'il n'a vomi, jusqu'à ce jour, que deux fois : la première du potage, et la seconde du lait avec quelques matières grises.

Naturellement, nous devons accuser l'estomac, puisque les fonctions de cet organe sont troublées. Avons-nous affaire à une dyspepsie? Non. En effet, outre la rareté de cette affection à soixante ans, le malade, d'une part, n'a jamais eu de troubles digestifs avant ces huit mois, malgré l'irrégularité de ses repas, et ne présente, d'autre part, aucun signe de dilatation de l'estomac. Est-ce une gastrite chronique? Pas davantage, car notre homme n'a pas de fièvre, pas de vomissements bilieux, et sa langue n'est pas rouge. Serait-ce alors un ulcère? Je ne le crois pas, la douleur qui augmente par l'ingestion des aliments et, signe particulier, les vomissements rouges manquant. Sommes-nous donc en présence d'un cancer? Je vous avouerai que par exclusion, bien que les vomissements et la tuméfaction fassent défaut, nous sommes amenés à porter ce diagnostic, et voici pourquoi : d'abord, quand on voit survenir des troubles digestifs chez un homme qui a dépassé la cinquantaine, vous êtes excusable de penser au cancer; de plus, ce diagnostic vient encore s'imposer si vous constatez que l'individu a maigri considérablement.

Ce que j'affirme aujourd'hui, je ne l'aurais peut-être pas dit il y a six mois, tellement ce diagnostic est difficile à faire au début; aussi a-t-on cherché à résoudre le problème par l'examen de l'urine. Un médecin belge a prétendu que dans le cancer de l'estomac, la diminution de la nutrition se traduisait par une diminution de l'urée. Je vous avoue que ce procédé, vanté par M. Dujardin-Beaumetz, me paraît defectueux. L'urée, en somme, est en proportion de l'ingurgitation; or, comme les individus atteints de l'estomac mangent peu, ils doivent, par conséquent, excréter une petite quantité d'urée.

Voilà le diagnostic! Maintenant, où est situé ce cancer? Je ne crois pas qu'il soit aux orifices, le siège ordinaire (71 fois sur 100). En effet,

s'il était au pylore, on rencontrerait, d'une part, de la dilatation, d'autre part, une tumeur. S'il occupait le cardia, le malade ne pourrait pas manger. Donc, c'est dans les parois de l'estomac, et très probablement à la petite courbure, qu'il se trouve. Quant à sa nature? Dans ce cas, je ne crois pas avoir affaire à un volumineux encéphaloïde, mais à un cancer en nappe, à un cancer épithélial.

Comme pronostic? Je l'ai énoncé en faisant le diagnostic. Il est, en effet, deux périodes : une de dyspepsie et l'autre de cachexie caractérisée par l'œdème des membres inférieurs, une teinte jaune pâle, et quelquefois par la phlegmatia alba dolens. Notre homme est à la fin de la première période ; aussi peut-il vivre encore pendant six semaines, deux mois et même trois mois, mais il mourra. Comment? Cette question est impossible à résoudre pour le moment, attendu que les malades sont emportés d'une foule de manières. Les uns, minés par la cachexie progressive, s'éteignent, soit avec toute l'intégrité de l'intelligence, soit avec du délire, résultat de l'anémie cérébrale. Les autres sont emportés, tantôt par une hémorrhagie, tantôt par une péritonite. Enfin, dans cet état de faiblesse, rien n'est moins étonnant que de les voir enlevés par la plus petite maladie.

Que doit-on leur faire? Cela est extrêmement difficile à dire, parce que nous ne connaissons aucun remède, pas plus pour le cancer de l'estomac que pour celui des autres organes. Néanmoins, comme il s'agit d'un organe qui joue un rôle important dans la digestion, le plus utile est d'introduire dans l'estomac des aliments qui puissent être absorbés ; aussi, en raison de la répugnance que ces malades ont pour la viande, le pain, et tous les solides en général, faut-il leur donner des potages, du bouillon, des fécules, du jus de viande, du poisson, quelques légumes, et, par-dessus tout, du lait tantôt pur, tantôt mélangé avec de la fécule, du tapioca ou de la mie de pain. A côté de l'alimentation vient la boisson. Le vin rouge étant un poison, c'est au vin blanc, qui ne contient pas de tannin, que vous devez avoir recours. Donnez donc du champagne et surtout des alcalins (eau de chaux, magnésie, bicarbonate de soude) pour neutraliser, d'autre part, l'acidité. En second lieu, chez certains malades, les douleurs vives ont besoin d'être calmées par des injections hypodermiques au chlorhydrate de morphine, faites surtout le soir, afin de procurer une nuit excellente, plutôt que par des potions opiacées qui, très souvent, troublent les digestions. Quant à ceux qui vomissent tout ce qu'ils prennent, on les soutient d'une manière artificielle par des lavements nutritifs au bouillon, au lait, etc. Malheureusement, cette amélioration n'est que temporaire, car au bout de quelques jours la nutrition redevient insuffisante. Enfin, si vous constatez une dilatation de l'estomac, cherchez à soulager votre malade en introduisant une solution alcaline dans l'estomac au moyen d'un tube en caoutchouc, de façon à laver cet organe absolument comme une plaie ordinaire. Malgré tout, ces différents moyens ne sont que palliatifs ; aussi vos malades s'affaibliront-ils graduellement et ne tarderont pas à succomber fatalement. On a conseillé encore les cautères, les vésicatoires placés sur la région épigastrique. Bien que vous n'ayez pas la prétention d'enrayer la maladie avec de pareils excitants, vous serez obligés néanmoins d'y avoir recours quelquefois, car à côté de la médication à effet se place la médication morale. Se croiser les bras, en effet, ne suffit pas ; il faut toujours avoir l'air de faire quelque

chose pour la guérison, même quand on ne peut rien. De cette façon, en plaçant un disque de caustique de pâte de Vienne, non seulement vous ne nuirez pas au malade, mais vous l'empêcherez souvent de se jeter dans les bras du charlatanisme qui promet tout et ne tient rien.—
Praticien.

De la dilatation de l'estomac.—M. le professeur BOUCHARD a trouvé que 30 malades sur 100 étaient atteints de dilatation de l'estomac; sur 100 malades traités pour une affection chronique on trouve 60 fois la dilatation de l'estomac.

Le plus souvent, cette dilatation ne se manifeste par aucun symptôme, en dehors de l'examen de l'estomac. Il n'y a troubles digestifs que chez le tiers des malades environ.

Dans la majorité des cas, le signe de la dilatation est un *bruit de clapotement* perçu par la percussion de la région stomacale, au-dessous du milieu d'une ligne qui rejoindrait l'ombilic au bord inférieur des dernières côtes gauches.

Pour avoir une importance clinique, il faut que ce signe soit constaté le matin à jeun ou seulement quand le malade a avalé un verre d'eau. D'après M. Bouchard, la dilatation est la cause et non la conséquence de la dyspepsie.

La dilatation stomacale peut amener à sa suite des troubles nombreux et variés dont les principaux sont : des troubles digestifs, la congestion et la tuméfaction du foie, produisant l'abaissement du rein droit; des accidents nerveux, des altérations des urines, des éruptions cutanées, des bronchites, des coryzas et de véritables accès d'asthme, des lésions cardiaques, du purpura, du rhumatisme noueux.

Toutes ces manifestations n'existent pas à la fois, mais leur existence isolée ou simultanée a permis d'établir plusieurs formes de la maladie : une forme dyspeptique, une forme entérique, une forme hépatique, des formes larvées avec prédominance d'accidents nerveux et hypochondrie, une forme rénale, une forme cardiaque, une forme cutanée, une forme rhumatismale et enfin une forme consomptive, caractérisée par un affaiblissement général des forces psychiques; cette forme peut évoluer suivant le mode aigu, et ressembler à une tuberculose mal confirmée, ou suivant le mode chronique, et est rattachée à l'hypochondrie.

Quant aux rapports qui unissent la dilatation stomacale à ces accidents complexes, ils sont des plus difficiles à déterminer.

La dilatation a pour première conséquence d'entraver l'élaboration des aliments et de provoquer, par suite, les fermentations et la multiplication des éléments figurés dans l'estomac.

Les produits de fermentation de la masse alimentaire sont nuisibles et même quelques uns sont véritablement toxiques, et c'est à l'action toxique de ces produits de fermentation sur l'économie tout entière qu'il faut attribuer vraisemblablement les conséquences pathologiques complexes de la dilatation stomacale.

Ainsi la dilatation, qu'on considérerait comme un phénomène secondaire à une foule d'états morbides, est au contraire la lésion initiale qui engendre tous les accidents.—*France médicale.*

Ictère catarrhal.—Clinique de M. le professeur BARTHOLOW au *Jefferson Medical College Hospital.*—Le premier malade que j'ai à vous présenter est un de vos confrères, M. H***, qui a bien voulu consentir

à se prêter à notre démonstration clinique. Ce monsieur souffre d'une maladie que vous pouvez reconnaître au premier coup d'œil : l'ictère ou la jaunisse, ainsi qu'on l'appelle ordinairement. Deux ou trois semaines avant le début de cet ictère, M. H****, se sentait mal en train, souffrait de dyspepsie accompagnée de flatulence et de plus ou moins de constipation, en même temps qu'il y avait beaucoup d'abattement moral, puis la conjonctive et la peau commencèrent à se teindre de jaune, la teinte s'accroissant de plus en plus jusqu'à aujourd'hui. Avec cela se sont montrés les autres signes caractéristiques de la maladie. L'urine est couleur de café, tandis que les selles sont grises-blanchâtres ; il y a du prurit cutané, ralentissement du pouls et abattement moral comme je l'ai déjà dit. Le ralentissement du pouls est dû à la présence des acides biliaires dans le sang, ce qui a été prouvé par le fait d'injections intraveineuses de ces acides. Enfin, il y a cette sensation subjective de froid qui est due à l'activité moins grande de la circulation.

Quelle est cette forme d'ictère ? Rappelez-vous qu'avant l'apparition de la coloration jaune à la peau le malade accusait déjà des symptômes bien marqués de troubles du côté de la muqueuse gastro-intestinale, mais qu'avant l'apparition de ces derniers symptômes il n'y avait trace d'aucune maladie. Après que les troubles du côté des voies digestives eurent duré un certain temps, l'ictère s'est montré. La jaunisse survenant de la sorte ne peut être rapportée qu'à une seule cause : le catarrhe gastro-duodénal, et est en grande partie de nature purement mécanique. Chaque fois, en effet, qu'il y a du catarrhe gastro-duodénal, il y a aussi tuméfaction de la muqueuse au niveau de l'orifice du canal cholédoque ; or il suffit d'une tuméfaction assez légère pour que l'ictère se produise ; l'obstruction au passage de la bile peut encore être due à une accumulation de mucus dans l'ampoule de Vater. L'expérimentation a prouvé qu'une obstruction peu considérable suffit à faire refluer la bile dans le sang ; un catarrhe très léger peut avoir cet effet. Or, c'est précisément ce que nous avons dans ce cas-ci. Il y a eu léger catarrhe gastro-duodénal accompagné d'occlusion de l'orifice du canal cholédoque, laquelle a été amenée en partie par le gonflement de la muqueuse, et en partie par l'accumulation de mucus.

Le diagnostic ainsi posé, il nous reste à examiner les moyens à prendre pour réduire cette tuméfaction de la muqueuse, enlever le mucus accumulé, et débarrasser l'économie du pigment biliaire qui est le point de départ de plusieurs des symptômes que nous venons d'énumérer. On a prescrit le phosphate de soude, à dose d'une cuillerée à thé, dissous dans un verre à vin d'eau chaude, avant chaque repas. Un des effets de cette médication est de rendre plus fluide le mucus épais et visqueux, et de s'opposer aux processus de fermentation qui se passent dans le duodénum, et qui tendent à entretenir le catarrhe. En outre, le phosphate de soude agissant sur l'intestin, amènera, par action réflexe, la contraction de la vésicule biliaire. C'est de cette manière que les cathartiques résineux font du bien dans la jaunisse. En coulant dans l'intestin, la bile délaye le mucus accumulé.

Dans un cas de ce genre se pose la question : doit-on prescrire les mercuriaux ? On s'accorde à les considérer comme contre-indiqués dans ces cas, quoique cependant le calomel puisse être prescrit. Il a été prouvé d'une manière péremptoire par l'expérimentation physiolo-

gique que le calomel, au lieu d'activer l'écoulement de la bile, le diminue effectivement. A plusieurs reprises, j'ai fait allusion à ces cas très importants de fistule biliaire qui ont été observés en Allemagne, et chez lesquels toute la bile coulait au dehors. Or on a remarqué que sous l'influence d'une forte dose de calomel il y avait diminution de la quantité de bile sécrétée, ce qui prouve que le calomel, loin d'être stimulant du foie, en est au contraire un sédatif. Ce fait est très important, et le désire que vous ne l'oubliez pas, vu que c'est précisément ce mode d'action qui rend le calomel si utile dans certaines maladies du foie. S'il n'y avait pas d'autres objections à son emploi dans le cas présent, je le prescrirais volontiers, mais nous avons d'autres médicaments qui sont tout aussi utiles que le calomel, sans en avoir les inconvénients. Le phosphate de soude, par exemple, remplit ici toutes les indications.

Il arrive souvent que dans ces cas nous avons à lutter contre le poison paludéen, et tant que celui-ci n'aura pas été efficacement combattu, tous les remèdes seront sans effet. Ce malade a déjà pris de cinq à dix grains de quinine, matin et soir, dans le but de combattre une complication paludéenne dont on pouvait raisonnablement soupçonner l'existence.

En second lieu il faut se débarrasser de la bile qui, circulant dans le sang, irrite la peau, ralentit les battements du cœur et abat plus ou moins les forces morales. Ce sont les diurétiques qui atteignent le mieux ce but. Le malade devra prendre—*ad libitum*—de la limonade à la crème de tartre ou au citron, de l'eau pure ou quelque eau minérale alcaline : Bethesda, Vichy, ou encore les eaux alcalines du Michigan, etc.

Comment se terminent ces cas ordinairement ? Ils peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, mais ils sont tout à fait guérissables. Cependant il y a une raison qui milite en faveur d'une guérison aussi prompte que possible : c'est que l'obstruction ne peut durer un peu longtemps sans entraîner quelque lésion du foie, principalement du côté du tissu conjonctif interstitiel, d'où résulte un certain degré de sclérose qu'il ne faut pas confondre néanmoins avec la cirrhose ordinaire.—*College and Clinical Record.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la tuberculose au point de vue chirurgical (1).—Dans notre dernière revue, nous nous sommes occupés des voies d'introduction, des portes d'entrée de la tuberculose dans l'économie et des diverses localisations autres que les localisations viscérales. Aujourd'hui, nous allons chercher à aborder la question, plus immédiatement pratique, de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, de l'opportunité et des indications ou contre-indications de cette intervention.

La question est très complexe. Elle peut être considérée à deux points de vue différents : d'abord au point de vue de l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les traumatismes en général et sur le trau-

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de février.

matisme chirurgical en particulier. Mais tout autre est la question de savoir s'il y a avantage ou danger à débarrasser l'économie d'une lésion tuberculeuse locale, alors que les viscères sont intacts et que l'affection n'est point encore généralisée.

De par l'expérience, l'idée de danger éloignée, restait à examiner si ce n'était pas un avantage réel et désirable que de débarrasser l'organisme d'un foyer local qui, abandonné à lui-même, pourrait tôt ou tard devenir le point de départ d'une généralisation du mal. Il n'y avait plus, dès lors, qu'à étudier les questions d'indication ou de contre-indication d'agir, tirées des diverses autres sources d'information et de possibilité ou d'accessibilité des moyens chirurgicaux.

Bien des études sont encore à faire sur ce sujet, tant les conditions individuelles susceptibles d'influer sur la détermination du chirurgien sont variables. « Ce sont là, comme le disait M. Trélat, à la fin des leçons que nous rappelions dans notre dernière revue, des questions de chirurgie tellement grosses, et dans lesquelles la détermination est souvent si difficile, que, dans l'état actuel de la science, il n'y a point de règle, aucune loi qui puisse être formulée. »

Voyons cependant ce qui a été fait à cet égard depuis quelque temps et les enseignements qu'on en peut provisoirement retirer. Nous aurons pour nous guider dans ce rapide examen l'excellent travail que vient de publier récemment M. le docteur Paul Coudray, ancien aide d'anatomie de la Faculté et chef de clinique adjoint du service de M. Trélat, à la Charité, sous ce titre : *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations de la tuberculose.*

C'est dans les services de ses maîtres, MM. Lannelongue et Trélat que M. Coudray a puisé l'idée de ce travail et les faits qui en constituent les matériaux.

De l'exposé historique de la question, M. Coudray arrive déjà d'emblée à quelques propositions générales qui peuvent se résumer ainsi :

À l'heure actuelle, l'intervention chirurgicale dans les localisations tuberculeuses est guidée par les considérations suivantes :

1° Enlever un foyer qui est ou qui va devenir une source de suppuration plus ou moins prolongée et qui tend à envahir les régions voisines ; 2° supprimer un foyer qui menace d'infecter l'économie ; 3° lorsque les lésions viscérales coexistent avec des lésions externes, rechercher quelle est la lésion qui domine ; si c'est la lésion viscérale, s'abstenir ; 4° les contre-indications sont : un état pulmonaire grave, des lésions tuberculeuses avancées ou ayant une évolution rapide ; les lésions de l'appareil urinaire, surtout si elles s'accompagnent d'albuminurie ; enfin tout état cachectique.

Mais entrons, avec l'auteur, dans quelques détails sur les tuberculoses locales principales.

Abeis tuberculeux simples.—Au moment présent, le traitement de choix de cette lésion est la destruction du foyer tuberculeux, soit par l'ablation complète, soit par l'ouverture et le grattage des parois du foyer seulement, suivant les conditions d'accessibilité.

L'ablation complète, lorsqu'elle est possible, réalise évidemment la meilleure condition de succès. Elle est l'objet d'une prescription formelle de la part de MM. Lannelongue, Trélat et Reclus. Néanmoins, ainsi que le fait remarquer avec beaucoup de raison, à notre avis, M. Coudray, si, en théorie, cette ablation totale doit être l'idéal des chirur-

giens, il y a quelques restrictions à y apporter dans la pratique. Cette ablation, facilement réalisable pour les tumeurs de petite dimension, limitées et superficiellement situées, devient une opération dangereuse et quelquefois même impraticable, lorsqu'on se trouve en présence de foyers profonds et affectant des rapports intimes avec les organes importants. On est forcément réduit, dans ces circonstances, à la pratique du grattage.

Quelle que soit l'opération pratiquée, doit-on ou non procéder à la réunion immédiate ? L'avis de M. Trélat est qu'il faut la rechercher toutes les fois que l'opération d'ablation ou de grattage a été suffisamment complète. Il va de soi que dans tous les cas la méthode antiseptique, lavage et pansement, est de rigueur, et qu'on recourt pour ce dernier à la solution phéniquée ou à la gaze iodoformée, ou pour le lavage, à la solution de chlorure de zinc.

Ostéite tuberculeuse et abcès ossifluents.—Étant admis que l'ostéite et la carie scrofuleuse, ainsi que les diverses variétés et états particuliers mal définis, désignés sous le nom d'infiltration, d'état huileux des os, d'altération gélatiniforme, ne sont aujourd'hui, d'après les recherches récentes de M. Lannelongue, celles confirmatives de M. Nélaton et de MM. Kiéner et Poulet, que des modalités d'une lésion ou d'un processus morbide unique, l'ostéite tuberculeuse, il y avait à chercher et à préciser autant que possible, au point de vue du choix de telle ou telle méthode d'intervention, quelles sont les différentes formes cliniques ou les différents types auxquels peuvent être ramenées les tuberculoses osseuses, relativement soit au siège, soit à la multiplicité des lésions. C'est ce qu'a tenté M. Coudray qui s'est cru fondé, en s'appuyant sur ses observations, à admettre quatre formes cliniques :

1^o La tuberculose limitée siégeant sur un os unique, cas où s'impose l'indication d'enlever le mal par abrasion, rugination ou évidement ;
 2^o la localisation de la tuberculose dans une épiphyse au voisinage d'une grande articulation, deuxième type bien étudié par M. Lannelongue qui a montré que ces foyers épiphysaires devenaient habituellement l'origine de tumeurs blanches, d'où certaines incertitudes et difficultés au point de vue de la détermination de la méthode à faire intervenir. Dans une troisième catégorie rentrent les faits où il existe des lésions plus ou moins étendues sur deux os voisins, par exemple au niveau de l'avant-bras, au niveau des os de la jambe. Ici sont visés, non pas les cas bénins s'accompagnant de phénomènes peu accusés, dans lesquels une abrasion, un évidement superficiel, pourront avoir raison ou dont un traitement palliatif pourra aider la guérison, mais ces altérations étendues et profondes contre lesquelles il est urgent d'intervenir.

Enfin M. Coudray place dans une quatrième catégorie les cas, très fréquents dans la pratique, d'ostéites tuberculeuses siégeant dans des régions où plusieurs os sont contigus, telles que le carpe ou le tarse par exemple. Et, à ce propos, il signale des particularités de deux ordres : d'une part, l'incertitude de la limitation précise des lésions, soit du côté de l'os voisin ou de l'articulation contiguë, et, comme corollaire de cette dernière donnée, l'incertitude qui règne sur l'efficacité d'une intervention sur un os isolé. Cependant quelques observations, une entre autres, qu'il emprunte au service de M. le professeur Guyon, à Necker, montrent que, dans certains cas, on n'a affaire qu'à

une altération limitée à un seul os ou même à une partie seulement de cet os. Mais, par contre, les cas sont plus nombreux encore où les altérations, circonscrites en apparence, sont en réalité beaucoup plus étendues qu'on ne le supposait, et où l'on a vu, après la destruction des foyers seuls apparents, l'affection évoluer à nouveau sur place, s'étendre au-delà de ses limites primitives et gagner les articulations et les os voisins, défiant ainsi les efforts réitérés de l'intervention chirurgicale. Une observation du service de M. Tillaux montre toutes les difficultés que peuvent soulever de pareils cas.

Les abcès ossifluents, d'après la conception nouvelle formulée par M. Lannelongue qui fait remonter leur origine aux bourgeons charnus procédant de l'ostéite tuberculeuse, s'avancant dans les parties molles et se développant suivant le processus envahissant, déjà indiqué, des abcès tuberculeux, sont devenus aujourd'hui tributaires de l'intervention active de la chirurgie. Ouvrir l'abcès et détruire les parties accessibles de la paroi, ruginer et évacuer les lésions osseuses qui en ont été le point de départ, telle est aujourd'hui la doctrine chirurgicale en vigueur. Mais cette détermination est subordonnée à deux conditions : la première est celle de l'accessibilité de la lésion osseuse ; la deuxième a trait à la disparition possible, quoique rare probablement, de cette lésion, l'abcès périphérique persistant seul.

Ostéo-arthrites tuberculeuses (tumeurs blanches).—C'est encore M. Lannelongue qui a ouvert ici la voie aux interprétations et aux méthodes nouvelles de traitement des tumeurs blanches auxquelles il a proposé de substituer la dénomination d'ostéo-arthrites tuberculeuses.

Dans la première période, alors que l'articulation ne fait qu'éprouver les premières atteintes du mal, comme tous les chirurgiens d'ailleurs, il continue à conseiller le traitement ordinaire de conservation et d'expectation : immobilité, compression, etc.

Dans la deuxième période, quand s'est formé un abcès extérieur à l'articulation, il ne craint pas d'ouvrir l'abcès, de le gratter et de pratiquer l'évidement ou la résection partielle des parties osseuses malades, en y joignant, quand cela est nécessaire, l'ouverture plus ou moins large de l'articulation.

Les règles établies par M. Lannelongue s'appliquent surtout aux tumeurs blanches des enfants. Les faits sont un peu différents pour les adultes. Les observations que rapporte M. Coudray, et qui sont empruntées, les unes à M. Nicaise, les autres à M. Trélat et à M. Tillaux, montrent, en effet, que chez les adultes les interventions sont moins bénignes. Ici, il y a à tenir compte de considérations d'ordre différent, telles que l'âge, l'état général, le siège, conditions qui tantôt se réunissent pour fournir une indication simple, facilement appréciable, tantôt au contraire se disjointent et fournissent alors les éléments d'un jugement plus difficile. Elles sont toutes relatives à des arthrites tuberculeuses chez des sujets dans des conditions d'état général ordinairement bon, mais dont les lésions locales, qui avaient résisté au traitement conservateur, dénotaient une désorganisation articulaire assez avancée pour avoir nécessité, les unes des résections, les autres des amputations : la guérison en a été le résultat. Quant aux opérations partielles de l'évidement et du raclage, M. Coudray n'ayant pas été à même d'en observer personnellement, ne porte sur elles qu'un jugement, un peu de sentiment, fondé du reste sur des analogies. Il en craint ou l'insuffisance ou les dangers.

Adénites tuberculeuses.—Trois observations d'adénite tuberculeuse, l'une de la région inguinale, la deuxième de la région axillaire et la troisième de la région sous-maxillaire, opérées avec succès par M. Trélat — deux par le grattage et une par l'extirpation à l'aide du bistouri, — rapprochées des observations de M. Bouilly, que nous avons rappelées dans la précédente revue, et d'autres dont nous n'avons pas en ce moment le souvenir précis dans l'esprit, paraissent de nature à justifier la doctrine de l'intervention appliquée à ce genre de lésion, telle que l'a formulée M. Trélat. Elle consiste : 1^o à intervenir quand les tumeurs sont encore bien limitées et ne déterminent aucun accident de compression ; 2^o à intervenir quand les adénites tuberculeuses, rebelles au traitement général, prennent une marche envahissante redoutable ou même simplement menacent de s'ouvrir à l'intérieur : il faut recourir alors au grattage et non à l'extirpation par le bistouri.

Tuberculose testiculaire.—On connaît l'histoire que M. Reclus a faite de cette tuberculose et les discussions dont elle a été le sujet à la Société de chirurgie. Ici les faits abondent et sont en général favorables à l'intervention. Mais encore y a-t-il des distinctions à faire, des catégories à établir et des contre-indications à prendre en considération. Énumérons ici les conditions formulées par M. Reclus, et auxquelles se rallie sans réserve M. Coudray.

Deux conditions doivent être examinées dans le traitement du testicule tuberculeux. Dans un premier cas, la manifestation testiculaire n'est qu'un épiphénomène d'une tuberculose généralisée ou avancée des ossements ou des reins. Ici le traitement chirurgical ne peut être que palliatif.

Dans un deuxième groupe de faits, la localisation testiculaire constitue la lésion unique et principale. Il est de ces cas où le traitement général, employé seul, amène la guérison ; lorsque ce traitement général reste insuffisant, il faut intervenir. L'épididyme est-il seul atteint, il faut se borner à ouvrir un abcès formé et à cautériser les vaisseaux ; mais lorsque la lésion a atteint le testicule d'une manière étendue et grave, il y a lieu de procéder à la castration. On enlève ainsi une source d'infection et on obtient le relèvement de l'état général.

Voici, en résumé, les conclusions principales que M. Coudray déduit de tous les faits passés en revue dans son travail, conclusions qui nous paraissent exprimer assez justement l'état actuel de la question et que l'on peut admettre, au moins à titre provisoire.

D'une manière générale, les tuberculoses externes n'exigent d'intervention que lorsqu'elles ne présentent pas de tendance spontanée à la guérison, tendance, il faut le dire, qui est exceptionnelle.

La formation des foyers secondaires consécutivement aux opérations ne peut être considérée comme un fait rare. La doctrine de l'auto-inoculation n'est pas un argument contre l'intervention.

Ce n'est pas dès que la lésion tuberculeuse devient une cause d'épuisement, mais avant qu'elle le devienne, qu'il faut l'enlever.—*Gazette des hôpitaux.*

Paracentèse du péricarde.—M. S. West rapporte à la Société médico-chirurgicale de Londres un cas de péricardite purulente chez un enfant de seize ans, qui, après avoir été ponctionné deux fois, nécessita

une large incision. La guérison était complète au bout de cinq semaines. De l'examen des cas publiés jusqu'ici, M. West tire les conclusions suivantes :

1^o La paracentèse du péricarde est non seulement une opération justifiable, mais elle peut même être pratiquée sans danger ; elle n'a par elle-même causé la mort que dans un cas ;

2^o Le point le plus favorable pour la ponction est habituellement le cinquième espace intercostal gauche, à un pouce du sternum, ou le sixième espace s'il y a des adhérences de la plèvre ;

3^o On peut faire ou non l'aspiration ;

4^o On peut pratiquer la paracentèse non seulement dans les cas où l'épanchement est primitif, mais aussi à la période ultime des maladies hydropigènes, lorsque le liquide péricardique gêne manifestement le fonctionnement du cœur ;

5^o La péricardite purulente doit être traitée d'après les mêmes règles générales que l'empyème ;

6^o On peut avec sécurité ouvrir et drainer le sac péricardique ;

7^o Ce traitement est d'ailleurs le seul qui offre quelques chances de réussite ;

8^o Les résultats sont plus favorables que dans l'empyème, à cause de la facilité plus grande avec laquelle se fait l'oblitération.—*Brit. Med. Journal.*

Diagnostic différentiel du cancroïde et du chancre syphilitique de la lèvre inférieure.—Clinique de M. le professeur HEURTAUX à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Je me propose de faire avec vous le diagnostic différentiel de l'épithéliome et du chancre induré de la lèvre inférieure.

Vous m'avez vu opérer, il y a quelques jours, à la salle n^o 7, un malade qui a quitté hier notre service. Ce malade, âgé de 49 ans, d'une bonne santé générale, nous avait raconté qu'il y a deux mois et demi environ, il avait vu se développer, sur sa lèvre inférieure, au voisinage de la commissure droite, une petite élévation. L'élévation s'était ulcérée, l'ulcération s'était étendue et, quand nous vîmes le malade pour la première fois, elle mesurait 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large. Sa surface était bourgeonnante et reposait sur une base ferme, de consistance cartilagineuse.

En raison même de la date récente du début, il y avait lieu de se demander tout d'abord si nous avions affaire à un épithéliome ou à un chancre induré. Cette question doit vous venir à l'esprit et vous devez la résoudre dans tous les cas semblables. C'est pour ne se l'être pas posée, ou tout au moins pour l'avoir mal résolue, que des médecins et des chirurgiens distingués sont tombés quelquefois dans de fâcheuses méprises. Pour ma part, j'ai pu constater cinq ou six erreurs de cette nature—trois de ces faits se sont produits à Paris même—et ce sont les manifestations ultérieures de la syphilis qui permirent de rectifier le premier diagnostic.

C'est pendant mon externat, dans le service de Ricord, que j'observai la première erreur de ce genre. Un jeune homme de 22 ou 23 ans était entré à l'hôpital pour des accidents syphilitiques secondaires. Il niait toute espèce de chancre. Ricord lui-même, par des recherches attentives, n'avait trouvé aucune trace de l'accident primitif ni à la

verge, ni à l'anus, quand, examinant la bouche, il vit à la lèvre inférieure une petite cicatrice linéaire et verticale. Interrogé sur ce qu'il avait eu de ce côté, le malade raconta que, trois mois auparavant, un chirurgien des hôpitaux de Paris l'avait opéré, par le bistouri, d'un *cancroïde* dont il était atteint depuis un mois environ.

Ricord se basant sur l'âge du malade, et d'autre part, sur la concordance des dates d'apparition du prétendu épithéliome et des accidents syphilitiques secondaires, conclut que la lésion de la lèvre n'était autre chose qu'un chancre induré.

La seconde fois c'était à la Pitié. Le malade était un homme de 55 à 60 ans, que des accidents secondaires amenaient également à l'hôpital. Chez celui-ci, comme chez le premier, le chancre avait passé inaperçu : la verge, l'anus ne gardaient pas trace de cicatrice ; mais ce malade avait été, lui aussi, opéré deux mois auparavant d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

La troisième fois, ce n'est plus à la lèvre, mais à la verge que siégeait le mal.

Un homme, d'un âge respectable, entre dans un service de chirurgie avec une large ulcération du prépuce. À cause de l'âge et du récit du malade, on diagnostique un épithéliome, on l'enlève... et, quelques semaines après, les accidents secondaires venaient redresser, mais un peu tard, le diagnostic erroné.

Depuis mon retour à Nantes, j'ai pu constater deux erreurs semblables. Dans l'un de ces cas, le chancre n'occupait pas précisément la lèvre inférieure ; il était situé entre cet organe et le menton, et pouvait bien avoir pour origine une blessure causée par un rasoir contaminé. Le malade, que la nature de ses occupations conduisait à de fréquents voyages, avait souvent recours à des barbiers dont la propriété n'était pas toujours indiscutable. Quoi qu'il en soit, il s'était développé au-dessus du menton, à droite, une ulcération qu'on avait prise pour un épithéliome. C'était un chancre induré qui guérissait sans opération, sous la seule influence du traitement anti-syphilitique.

Je pourrais multiplier les exemples. Vous le voyez, Messieurs, les erreurs de ce genre sont assez nombreuses, les chirurgiens les plus expérimentés s'y sont laissés prendre et ce n'est pas sans raison que j'appelle aujourd'hui avec tant d'insistance votre attention sur ce point.

Les erreurs contraires sont possibles, mais moins fréquentes. Rarement on a pris un épithéliome pour un chancre.

Le siège du mal ne vous sera d'aucun secours dans votre diagnostic différentiel : le chancre induré se voit partout.

Dans le cas particulier qui nous occupe en ce moment, nous avons immédiatement rejeté l'idée d'une ulcération spécifique. Les caractères de l'ulcération n'étaient point ceux d'un chancre induré, et il n'existait aucun engorgement ganglionnaire. Ces deux ordres de signes méritent d'être pris en sérieuse considération.

Le chancre de la lèvre ou du menton, supporté par une base dure, coriace, présente une surface lisse, luisante, humide, qui n'est ni lobulée, ni sinueuse, ni bourgeonnante, et qui ressemble assez à une surface tégumentaire saillante dépouillée de son épithélium—à la condition qu'aucune application caustique ne l'ait défigurée.—Or, chez notre malade, nous avons une surface inégale, anfractueuse, bourgeonnante.

Mais ce qui est vraiment caractéristique du chancre, c'est l'état des

ganglions voisins qu'on trouve, en nombre variable, engorgés, mobiles et indolents. Dans l'épithéliome récent, l'engorgement ganglionnaire est d'une rareté inouïe. Assurément, quand l'épithéliome est de date ancienne, il n'est pas sans retentissement sur l'état ganglionnaire, et vous avez pu me voir, à la fin de janvier dernier, enlever un ganglion cervical à un homme de 58 ans, dont le cancroïde remontait à trois ans. Mais alors l'âge même de l'affection vous indique sa nature et vous permet d'établir votre diagnostic sans hésitation.

Ainsi donc, Messieurs, sans qu'il me faille insister davantage sur son aspect, quand vous serez consultés pour une ulcération de la lèvre inférieure de date récente et que vous trouverez les ganglions du voisinage engorgés, arrondis, mobiles et indolents, sans vous hâter de conclure, croyez néanmoins à un chancre. Abstenez vous de toute application locale irritante, prescrivez le traitement anti-syphilitique et observez avec attention votre malade. Soyez convaincus que, dans un intervalle qui variera de trois semaines à trois mois, vous verrez apparaître la roséole caractéristique qui achèvera de vous édifier sur la véritable nature de la maladie. Rappelez-vous aussi que, lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune, les probabilités en faveur du chancre sont infiniment plus grandes, l'épithéliome de la lèvre étant d'une rareté extrême avant l'âge de 30 ans.

Le chancre n'est pas la seule lésion syphilitique qui puisse tromper le chirurgien. Les accidents tertiaires ont été quelquefois pris pour des tumeurs de toute autre nature, et pour ma part j'ai connaissance de plusieurs faits semblables. Moi-même je m'y suis laissé prendre dans une circonstance que je dois relater en quelques mots.

Je me souviens qu'un jour, un marin, d'une quarantaine d'années, vint me consulter pour une tumeur qu'il portait à la partie inférieure droite de la poitrine. Cette tumeur, à peu près circulaire, saillante, lisse, de consistance ferme, reposant sur une surface dure et immobile, semblait avoir englobé dans sa masse deux et trois des dernières côtes. Le malade me raconta, et sa femme qui l'accompagnait confirma son récit, que dix-huit mois auparavant, il était tombé sur le bord de son bateau et qu'au niveau du point contus, quelque temps douloureux, s'était graduellement développée dans la suite la tumeur que je viens de décrire. Je diagnostiquai un sarcome, inopérable à cause de ses connexions profondes, et je prescrivis ce médicament qui, malgré l'abus qu'on ne craint pas d'en faire, rend parfois de si grands services : l'iodure de potassium.

La femme m'interrogea alors à part au sujet d'une opération à tenter. Je lui dis que je croyais toute intervention impossible. Elle m'avoua à ce moment que l'un de mes collègues, consulté le jour même, avait été d'un avis contraire et conseillait l'opération. Vous le voyez, Messieurs, malgré cette divergence de sentiments sur l'utilité d'une intervention, mon collègue et moi n'avions aucunement songé à la syphilis.

Aussi quel fut mon étonnement quand, un an après, ce même marin vint me consulter de nouveau, non plus pour sa tumeur costale qui, sous l'influence de l'iodure de potassium, avait rapidement disparu, mais pour une orchite syphilitique. J'instituai le même traitement. Le testicule fondit, mais le malade se rétablit promptement.

J'avais donc eu affaire à la syphilis qui, combattue un instant, reprend son évolution.

Le fait est étrange assurément ; car quels éléments dans cette région ont pu être altérés par la syphilis au point de donner lieu à la formation d'une tumeur aussi volumineuse ? Sans doute il s'agissait d'une ostéo-périostite occupant trois ou quatre côtes voisines, avec extension du travail inflammatoire dans les couches celluluses adjacentes. Tout cela constituait une masse compacte simulant une production maligne.

En tous cas, Messieurs, et pour en revenir à notre sujet, votre hésitation devant un épithéliome de la lèvre inférieure ne sera jamais de longue durée ; mais prenez soin, pour éviter des erreurs regrettables, de toujours songer à la possibilité d'un chancre avant d'arrêter votre diagnostic, et surtout avant d'intervenir.—*Gazette médicale de Nantes.*

Pansement des amputations du sein.—Discussion à la Société de chirurgie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—La réunion immédiate des plaies consécutives à l'amputation d'un sein cancéreux n'est pas admise par tous les chirurgiens, même par ceux qui sont partisans du pansement de Lister. M. Mouchez (de Sens) vient de nous donner un nouvel argument en faveur de cette réunion, en nous envoyant 11 observations de tumeurs du sein, souvent fort graves, qui furent toutes réunies, et qui guérirent rapidement et sans encombre.

Il va sans dire que j'approuve de tous points la conduite de M. Mouchez ; j'estime, moi aussi, que la réunion immédiate doit être tentée au sein comme ailleurs, toutes les fois que la perte de substance n'est pas telle que le rapprochement des parties est absolument impossible.

Il est certain, toutefois, que la réussite de semblables réunions dépend des chirurgiens. Il faut tout d'abord que l'antisepsie de la plaie soit pratiquée de la manière la plus rigoureuse ; lorsqu'on a vidé l'aisselle, il faut avoir soin de n'y laisser aucune cloison celluleuse ou autre : on doit faire des sutures profondes et des sutures superficielles. L'affrontement des lèvres de la plaie doit être aussi exact que possible ; il faut passer dans la partie déclive de la plaie un gros tube de caoutchouc dont le calibre ne puisse s'effacer, et que l'on enlève très peu de temps après l'opération. Le premier pansement doit être très large, il faut qu'il soit assez fortement compressif.

Si malgré ces précautions la réunion manquait, cela n'aurait aucune conséquence grave ; encore est-il que même dans les cas défavorables, une partie de la réunion se maintient. Mais, le plus souvent, la réunion est incomplète, et la guérison de la malade ne demande pas plus de huit jours.

Il est impossible de dire si la réunion immédiate prévient plus souvent la récidive que la réunion secondaire. J'ai cependant beaucoup de tendance à croire que cette récidive se trouve retardée avec la réunion immédiate.

M. VERNEUIL.—Je me déclare hostile à toute espèce de réunion immédiate des plaies d'amputation du sein, et j'imité en cela beaucoup de chirurgiens qui, après avoir réuni ces plaies pendant une partie de leur vie, ont abandonné cette pratique, sauf lorsqu'il s'agit de toutes petites tumeurs bénignes dont l'ablation ne laisse après elles qu'une plaie insignifiante.

La réunion des plaies dont il s'agit présente de grands dangers.

Cette réunion, ainsi que l'a dit Chassaignac, ainsi que l'a reconnu

M. Trélat, est plus difficile au sein que partout ailleurs, et cette difficulté d'exécution constitue à mes yeux un premier et très sérieux argument contre cette méthode de pansement.

Les cas où cette réunion est impossible, c'est à-dire ceux dans lesquels la plaie ayant 12 à 15 centimètres de large les bords ne peuvent se rapprocher quelles que soient les tractions exercées sur eux, sont très fréquents. Pour remédier à cet inconvénient, on est porté fatalement à faire des opérations parcimonieuses; or, ces opérations exposent plus que toute autre à la récédive rapide.

M. Lucas-Championnière pense que la réunion immédiate de la plaie met plus facilement à l'abri de la récédive que la réunion par bourgeonnement. Je crois le contraire, et je n'en veux pour preuve que ce fait de la très grande rareté des récédives locales parmi les femmes opérées dans mon service.

En ce qui concerne la guérison de la plaie opératoire, voici une statistique faite par mon interne, M. Valde, qui prépare en ce moment un travail sur ce sujet. Elle prouve la bénignité très grande de l'opération en tant que traumatisme.

Sur 35 opérées, tant à l'hôpital qu'en ville, j'ai eu 1 décès, celui d'une femme dont le cancer avait eu une marche particulièrement rapide. Je crois qu'elle avait un foyer cancéreux dans un organe profond.

A côté de ces faits, je puis ajouter cette considération que parmi mes opérées non réunies, je n'ai eu ni érysipèle, ni autre complication opératoire. Le seul érysipèle pour amputation du sein que j'ai observé est relatif à une jeune fille opérée pour un petit adénome. Comme la plaie était fort petite, je me crus autorisé à réunir. Mal m'en a pris, comme vous le voyez.

Les cas de ce genre seront très rares à l'avenir; je préférerai exagérer ma tendance à repousser la réunion immédiate, plutôt qu'à me rapprocher de ceux qui adoptent cette méthode.

La cure est longue, m'objecte-t-on, lorsque vous ne réunissez pas. Cette longueur du traitement est incontestable. Lorsque j'ai dû fouiller l'aisselle, les plaies mettent deux mois, en moyenne, pour arriver à cicatrisation complète, mais il faut bien savoir que les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, et que vers la troisième semaine, il ne leur reste plus qu'une belle plaie bourgeonnante qui ne les empêche pas de retourner dans leurs foyers.

Or, que voyons-nous avec la réunion immédiate? Lorsqu'elle réussit, les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, pas avant, comme dans le cas précédent, et presque toujours il leur reste soit un trajet, soit une portion de leur plaie qui ne s'est pas réunie, et dont la guérison définitive est également très longue.

Le mode de pansement que j'ai adopté est le pansement antiseptique ouvert.

M. DESPRÉS.—Je suis heureux de voir M. Verneuil reprendre les opinions soutenues par Velpeau et Nélaton relativement au pansement des tumeurs du sein. Ces opinions, je les ai soutenues au moment de la discussion sur le pansement antiseptique, et je n'ai pas changé d'avis depuis cette époque.

La réunion immédiate à la suite des amputations du sein est un trompe l'œil: on considère la guérison comme définitive au bout de

quinze jours, mais on oublie, comme le disait fort bien M. Verneuil, un trajet fistuleux ou une plaie suppurante qui n'est cicatrisée que longtemps après.

J'ai opéré deux malades atteintes de récédive à la suite d'une amputation pour laquelle MM. Leriche et Nélaton avaient tenté la réunion immédiate. J'appris d'elles qu'elles n'avaient été considérées comme guéries que du vingt-deux au vingt-cinquième jour, et que dans le fait elles ne purent s'habiller comme tout le monde que du trente-cinquième au quarantième jour.

La récédive sans réunion se produit généralement entre la première et la seconde année, elle est plus rapide après la réunion immédiate, parce que les chirurgiens qui pratiquent cette méthode de pansement ne font jamais de perte de substance assez grande.

La réunion par première intention prédispose aux érysipèles en raison du tiraillement des lèvres de la plaie. Sur les douze femmes que j'ai opérées cette année, pas une n'a eu d'érysipèle. Je n'ai pas observé non plus un seul cas d'infection purulente; or, M. Polaillon, qui fait la réunion, a publié récemment une observation de cette nature.

Mon pansement est toujours le même, il consiste à mettre sur la plaie de la charpie et du cérat.—(A suivre).—*Médecin praticien.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Quelques mots sur la délivrance dans l'accouchement à terme et dans l'avortement aux premiers mois de la grossesse.— Nos lecteurs trouveront sans doute intéressant de rapprocher les règles proposées par le Dr. Paul F. Mundé dans le traitement de la troisième période du travail (UNION MÉDICALE DU CANADA, février 1885, page 77), des conseils suivants que, dans le *Praticien* des 12 et 19 janvier dernier, M. le Dr L. Hamon de Fresnay propose aux jeunes médecins dans des cas analogues.

Ces jours derniers j'ai été appelé, par un jeune confrère, pour extraire un placenta soi-disant adhérent. L'accouchement datait de vingt-quatre heures, et ne s'était effectué, naturellement, qu'après un égal laps de temps. Il s'agissait d'une jeune primipare.

Mon premier soin fut d'oindre largement ma main avec de l'axonge.

Cette précaution prise, je pénétrai doucement, avec le moins de violence possible, au sein de l'utérus, où je trouvai l'arrière-faix parfaitement détaché. Je n'eus donc aucune peine à l'entraîner à pleine main, ainsi que les membranes.

La rétention du délivre n'était due qu'à une inertie de l'organe gestateur, inertie résultant sans doute de la prolongation du travail.

Ce fait m'en remet en mémoire un autre analogue. Ce ne fut qu'au bout de *soixante-six heures* que je fus appelé pour opérer l'extraction du délivre. Ainsi que dans le cas qui précède, un jeune confrère avait exercé sur le cordon des tractions qui n'avaient abouti qu'à en amener la rupture, L'utérus, tombé dans l'inertie, n'avait pu suffire pour expulser l'arrière-faix.

Dans les deux cas que je viens de rappeler sommairement, la rétention du délivre n'a eu, pour les nouvelles accouchées, aucune suite

fâcheuse. Mais il eut pu en être autrement. Il faut donc se mettre à l'abri des conséquences qui peuvent résulter de la présence, au sein de l'utérus, d'un corps étranger dont la putréfaction est très rapide.

En pareil cas, la ligne de conduite est toute tracée. Il ne faut pas craindre d'opérer à temps la délivrance artificielle.

Le professeur Pajot donne le conseil suivant, qu'il résume en peu de mots : pour effectuer la délivrance, il suffit de *tendre* (tirer sur le cordon) et d'*attendre*.

Je suis loin, pour mon compte, de partager cette manière de voir.

En *tendant*, on s'expose fort à rupturer la tige funiculaire, si souvent dénuée de consistance.

En *attendant*, on court risque d'avoir plus tard à lutter contre une constriction spasmodique de l'orifice cervical,

Quant à moi, j'ai l'habitude de procéder d'une toute autre façon.

Au bout de dix à quinze minutes, je pratique une exploration digitale. Le plus ordinairement, je constate que le placenta est plus ou moins engagé au travers de l'orifice. Il n'est pas bien difficile alors d'en effectuer l'extraction, soit en tirant sur le cordon dans le sens le plus convenable, soit en saisissant, avec les doigts, les cotylédons placentaires qui se présentent.

Si, au bout d'une demi-heure, ces manœuvres, combinées avec l'*expression utérine*, restent sans effet, je n'hésite nullement à pénétrer à pleine main au sein de l'utérus. La voie à ce moment est largement ouverte. Il ne faut pas laisser au col le temps de se fermer. Les femmes, après les cruelles douleurs de la parturition, ne souffrent pas trop de ces manœuvres qui leur sont présentées comme indispensables, en vue de leur propre sécurité.

L'extraction une fois opérée, mais *alors seulement*, il ne faut jamais manquer de faire une injection sous-cutanée avec une solution d'ergotinine.

Ceci m'amène naturellement à dire quelques mots de la délivrance dans les cas *d'avortement se produisant au cours des trois ou quatre premiers mois de la grossesse*.

On peut distinguer deux phases dans l'avortement : la première (*hémorragique*), constituée par une perte de sang plus ou moins abondante ; la seconde (*incarcérative*), concernant la rétention, l'incarcération du délivre.

Chacune de ces phases comporte un traitement spécial.

I. Celui que je mets presque uniquement en œuvre pour la première phase est on ne peut plus simple.

Après avoir évacué les caillots qui se trouvent dans le vagin, j'y introduis mon *ballon hydrostatique* que je gonfle avec de l'eau. La quantité de liquide à injecter varie de un à deux grands verres, *jusqu'à sentiment de plénitude accusé par la malade*.

L'injection effectuée, le robinet d'occlusion fermé, il n'y a plus qu'à attendre. L'hémorrhagie se trouve généralement réprimée par le fait de la compression mécanique du col, et, au bout d'un temps qui varie de 6 à 12 heures, il est rare qu'en enlevant le ballon on ne trouve pas le délivre tombé dans le vagin.

Les cas où ce mode de traitement, employé en temps opportun, ne produit pas les meilleurs effets, sont exceptionnels.

II.—Les soins que comporte la seconde phase sont de toute autre nature.

L'accoucheur n'a pas été appelé en temps opportun. L'hémorrhagie a cessé, ou, sinon, elle ne présente plus un caractère aussi effrayant. Elle est constituée par un suintement sanguin qui devient at in-quiétant par sa persistance, par l'expulsion de quelques caillots.

En de telles conditions, l'emploi du ballon cesse d'être indiqué. Il faut en venir à une action intra-utérine.

Plusieurs fois je me suis bien trouvé de pratiquer une injection intra-utérine à fort jet. L'irrigation Eguisier peut, à cet effet, être utilisée avec avantage.

Cette projection d'eau chaude excite l'organe gestateur et détermine promptement des contractions expulsives.

Un autre mode qui convient surtout lorsque l'accident remonte plus loin, et que la plus grande partie du délivre a été éliminée, c'est l'injection d'eau chaude, effectuée à l'aide de la sonde utérine à double courant

On pratique, à l'aide de cet instrument, deux, trois ou quatre injections chaudes chaque jour, jusqu'à évacuation des derniers débris du délivre, du dernier caillot sanguin. On est certain du succès de ce mode de traitement lorsque le liquide injecté revient clair et transparent par le conduit afférent de la sonde et par l'orifice cervical plus ou moins béant, car il est rare qu'il s'applique exactement sur l'instrument qui le traverse.

Les injections doivent être faites à l'aide du spéculum qui permet de bien s'assurer du retour du liquide.

À côté de ce traitement local il convient d'instituer concurremment le traitement général, consistant dans l'emploi des stimulants (vins, cognac, liqueurs) pour relever et soutenir les forces, dans le recours aux injections sous-cutanées d'une solution d'ergotinine au 1/10, etc.

De l'analgésie des voies génitales obtenue par l'application locale de la cocaïne, pendant le travail de l'accouchement, par le Dr Doléris.—De nombreuses tentatives ont été faites pour atténuer ou supprimer la douleur ressentie par les femmes pendant l'accouchement, et j'ai entrepris, avec la collaboration de M. Dubois, des essais d'analgésie chez les femmes en travail, à l'aide de la cocaïne. Les observations ont été relevées avec la plus scrupuleuse attention tantôt par moi, tantôt par M. Boisieux, externe à la clinique d'accouchements, et tantôt par l'une des maîtresses sages-femmes. Nous nous sommes servis d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4/1000, et de pommade à l'axonge au même titre. Nos expériences ont porté sur 8 femmes. Dans 6 cas, le résultat a été très net. Je ne puis ici qu'enregistrer les faits généraux sans entrer dans les détails. J'ai constaté que les primipares, chez lesquelles la dilatation du col déterminait des souffrances considérables, au point que la femme poussait des cris continuels, au moment des contractions, ont été subitement calmées après une ou deux minutes de badigeonnage du col avec la cocaïne. Chez d'autres, arrivées à la période d'expulsion, et que la douleur immobilisait à chaque contraction de l'utérus, la souffrance a été diminuée au point que, selon leur dire, elles ne souffraient plus que dans le bas ventre et ne redoutaient plus de pousser à la volonté de celui qui les assistait. Je n'ai enregistré ces résultats que parcequ'ils m'ont paru nets, et tellement évidents

qu'il n'y a aucun doute à conserver sur l'action analgésique du médicament. L'effet a été surtout évident dans la dernière phase du travail.

Chez les deux dernières femmes, l'épreuve a été sinon tout-à-fait négative, au moins très peu probante.—*Paris médical.*

Médication intra-utérine. — La question de la médication intra-utérine et des médicaments que l'on peut introduire dans la cavité de la matrice a donné récemment lieu à des discussions animées. A la dernière réunion de l'*Association médicale britannique*, le Dr Lombe Athill a lu à ce sujet une note dont voici les conclusions.

1. L'acide carbolique dans la proportion de deux parties pour une d'alcool est le médicament le plus sûr et le plus généralement utile que l'on puisse employer.

2. L'acide carbolique devrait toujours être appliqué au moyen d'un stylet dont la pointe est munie d'un bourdonnet d'ouate et que l'on introduit jusqu'au fond de l'utérus au moins à deux reprises chaque fois que l'on applique le remède, ce qui doit se faire tous les trois ou quatre jours jusqu'à amélioration marquée.

3. On ne doit jamais injecter l'acide carbolique dans la cavité utérine, si ce n'est combiné à l'iode, sous forme de phénol iodé.

4. En beaucoup de cas, le phénol iodé peut, avec avantage, être appliqué au moyen d'un stylet.

5. Dans les cas où se montre de la métrorrhagie ou de la ménorrhagie due à un état morbide de la muqueuse intra-utérine, avec dilatation de la cavité et hypertrophie de la matrice, il y a grand avantage à injecter de une demi-drachme à une drachme de phénol iodé.

6. Dans le cas d'épithélioma de la muqueuse intra-utérine, l'injection de phénol iodé promet de meilleurs résultats que toute autre méthode de traitement.

7. Le succès qui doit vraisemblablement suivre cette injection de phénol iodé rend moins souvent nécessaires qu'autrefois la dilatation de l'utérus, l'emploi de la curette et l'application subséquente d'acide nitrique fumant.

8. L'injection de phénol iodé doit être faite avec un soin extrême, jamais avec une seringue contenant plus d'une drachme.

9. L'usage de l'acide nitrique fumant doit, en règle générale, être limité aux cas chez lesquels on a pratiqué la dilatation, et on devra toujours appliquer l'acide à travers un tube introduit dans le col pour protéger les parties voisines du contact de l'acide.

10. La douleur produite par une application médicamenteuse quelconque sur la cavité utérine n'est pas en rapport avec l'activité du médicament, mais est due à l'une ou l'autre de ces deux causes : soit à l'hyperesthésie, soit à un rétrécissement du canal du col, surtout de l'os interne.—*Phil. Med. and Surg. Reporter.*

Rétroversion et rétroflexion utérines, raccourcissement des ligaments ronds ou opération d'Alexander.—On connaît la diversité des déplacements de l'utérus et les nombreux moyens et opérations qui ont été essayés pour y porter remède. Enhardi par la sécurité des procédés chirurgicaux modernes, M. le Dr Alexander, de Liverpool, pour remédier au genre de déplacement dont il s'agit, a proposé de prati-

quer le raccourcissement des ligaments ronds, de façon à attirer le fond de l'utérus en avant ou en haut, et à le maintenir dans cette position, soutenu qu'il est par la sangle ainsi formée. Le Dr Adams, de Glasgow, serait le premier inventeur de cette opération qui a déjà reçu ses applications avec succès. L'expérience a permis à l'auteur de modifier son procédé opératoire et de formuler les conclusions suivantes :

1o Il est inutile de se priver des avantages de l'antisepsie et préférable d'obtenir une cicatrisation aussi prompte que possible.

2o La portion du ligament rond attirée au dehors ne doit pas être repliée dans la blessure, mais excisée. Solidement fixée par les ligatures, tandis que l'utérus est supporté par un pessaire, l'extrémité libre ne court aucun risque d'être attirée dans la cavité abdominale et contracte rapidement des adhérences.

3o On arrive plus facilement à sentir avec le doigt le bord de l'anneau inguinal et à sortir l'extrémité du cordon en se tenant du côté que l'on est en train d'opérer.

4o Contrairement à la recommandation du Dr Alexander, M. Adams trouve qu'il est plus facile d'isoler le ligament rond en le saisissant avec une pince à mors larges. Dans un cas où il s'est servi des doigts, le ligament s'est rompu et il a dû aller le chercher en ouvrant le canal inguinal.

M. Georges Elder, de Nottingham, a pratiqué cette opération avec succès, et Burton, de Liverpool, depuis un an, a pratiqué 14 fois l'opération d'Alexander, 11 ou 12 fois pour des rétroflexions, une fois pour un prolapsus avec cystocèle chez une vierge, une fois pour un prolapsus complet chez une femme âgée. Les résultats ont été tels qu'il regarde cette opération comme indiquée complètement dans tous les cas où les moyens de contention ordinaires sont sans effets.

Alexander, l'auteur du procédé mis en pratique, dit :

1o Les ligaments ronds ont une structure délicate et sont difficiles à trouver. Ce sont là des conditions qui peuvent faire échouer les chirurgiens et vis-à-vis desquelles on ne saurait trop prendre de précautions.

2o Il faut que l'adhérence des ligaments à la cicatrice soit complète avant qu'il soit permis aux malades de se lever. Aussi faut-il les laisser longtemps au lit, quel que soit l'aspect de la plaie extérieure, sous peine de perdre tous les bénéfices de l'opération.

3o Cette opération a pour but de replacer et de maintenir l'utérus dans sa position normale. Il n'est jamais entré dans la pensée de l'auteur de promettre, par ce moyen, la disparition des symptômes nerveux que l'on suppose en rapport avec le déplacement, pas plus que la cure du cystocèle ni de beaucoup d'autres maladies, comme on a semblé le croire.

Comme on le voit, on trouve dans cette opération le moyen de remédier à bon nombre d'infirmités au-dessus des ressources ordinaires, quand des complications ne viennent pas la contre-indiquer ou compromettre son succès.—*Scalpel.*

Gerçures du mamelon chez les nouvelles accouchées. — On sait combien sont pénibles et difficiles à guérir les ulcérations du mamelon chez les personnes obligées d'allaiter leurs enfants. Nous en avons vu maintes fois tellement réduites par les souffrances, qu'elles sem-

blaient complètement épuisées. Un moyen capable d'amender cet état et surtout de le guérir recevra les bénédictions de ces malheureuses. Or, il paraît que c'est encore au chlorhydrate de cocaïne qu'il faut s'adresser, si l'on doit en croire le docteur A. Marfan, qui l'affirme dans le journal de *Thérapeutique contemporaine*. Il écrit :

Notre accouchée est à son troisième enfant ; elle a nourri les deux premiers et désire vivement allaiter le troisième. Mais au troisième jour de l'accouchement, les deux mamelons présentent des fissures au niveau de leur base, à leur union avec l'aréole ; il existe, en outre, des érosions à leur sommet. L'allaitement devient alors tellement douloureux qu'on est obligé de faire nourrir l'enfant par la nourrice du service. Deux jours s'écoulent sans que la mère puisse donner le sein à son enfant ; au bout de ce temps, les seins sont tuméfiés, durs et douloureux.

La mère fait d'ailleurs observer que c'est surtout au début de la tétée que les suctions sont douloureuses ; lorsque les suctions se succèdent régulièrement, la douleur s'apaise un peu et devient supportable. Il s'agissait donc de supprimer les douleurs du début de la tétée, puisque, ces douleurs passées, l'allaitement devenait possible. C'est ce qui a suggéré l'idée à M. le Dr Audhoui d'employer la cocaïne. *Avec une solution au vingtième, nous badigeonnons le mamelon en repassant plusieurs fois le pinceau ; nous l'essuyons ensuite légèrement avec une compresse, et l'enfant est immédiatement mis au sein.* La mère nous dit alors qu'elle souffre *bien* un peu, mais ce qu'elle ressent n'a rien de comparable avec les douleurs atroces qu'elle éprouvait auparavant. De huit heures du matin à huit heures du soir, elle a donné cinq tétées à son enfant ; elle n'a presque pas souffert. La tuméfaction et la dureté des seins ont disparu sous l'influence de l'allaitement. L'enfant ne manifeste aucune répulsion pour prendre le mamelon badigeonné, que nous avons eu le soin d'ailleurs d'essuyer légèrement, ainsi que cela a été dit plus haut.

Au dire de la mère, l'anesthésie que nous avons pu provoquer surviendrait presque immédiatement après l'application, et disparaîtrait au bout de une ou deux minutes. Nous avons pu nous assurer qu'elle disait vrai en explorant la sensibilité du mamelon avec une épingle.
— *Scalpel.*

Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement.— Parmi les causes prédisposantes de cette affection, il faut citer, dit M. le Dr Ressein, la primiparité, les vices de conformation du mamelon, la couleur des téguments qui fait que les blondes, ayant généralement la peau plus fine, y sont plus sujettes ; enfin, la production de crevasses dans un allaitement précédent.

Parmi les causes occasionnelles, les principales sont : le mauvais état de la bouche de l'enfant, la malpropreté, l'allaitement mal réglé, qui entretient l'épiderme dans un état de macération constante.

Or, d'après les observations de l'auteur, malgré la présence de ces différentes causes, les lymphangites et abcès du sein peuvent être évités par le pansement à l'acide borique fait dans les conditions suivantes : on se sert d'une solution à 3 p. 100.

Lorsqu'une femme est atteinte de fissures ou crevasses du mamelon ou de l'aréole, on applique sur le sein, immédiatement après chaque tétée, une compresse pliée en quatre et imbibée de la solution indiquée.

Pour empêcher l'évaporation du liquide, on met directement sur les compresses un morceau de taffetas gommé ; sur ce taffetas on applique une couche de ouate, et le tout est maintenu au moyen d'un bandage de corps. Cette couche de ouate et le bandage ont l'avantage de soutenir les mamelles et de les maintenir à une température constante. De plus, la compression qu'elles exercent sur l'organe sous-jacent suffit, ainsi que le prouvent de nombreuses observations, à prévenir le développement du pus.

Enfin, dernier avantage, l'acide borique ne détermine aucun phénomène toxique chez l'enfant.—*Thèse de Paris et Bull. de thérapeutique.*

MALADIES MENTALES.

De la folie morale.—Clinique de M. le professeur BALL à l'Asile Sainte-Anne. — Il est une question des plus graves et des plus difficiles que je n'ai pas encore osé aborder devant vous jusqu'ici, je veux parler de la folie morale dont vous avez été à même de voir des exemples, les uns plus ou moins frustes, les autres plus ou moins développés. C'est un sujet de ce genre que je me propose aujourd'hui de traiter devant vous. Il s'agit d'une femme de 27 ans, brune, bien colorée, et présentant, en un mot, tous les attributs d'une bonne conformation. L'histoire de cette personne nous est à peu près inconnue par la bonne raison qu'elle est atteinte de la manie du mensonge. Tantôt elle est la fille du duc de Birmingham, tantôt celle d'un lieutenant de vaisseau. Elle semble avoir perdu ses parents de bonne heure. Mais si ses antécédents héréditaires sont obscurs, il est trois dates qui nous permettent d'asseoir quelques bases. La première, le 22 mai 1883, a rapport à son arrestation à St-Etienne sous la prévention d'escroquerie, et son transfert à Paris. A la suite d'une expertise faite par MM. Motet et Desconest, elle fut transportée à Sainte-Anne, et de là à Vacluse, où, quelque temps après, on la considéra comme guérie. Ramenée, par suite, au dépôt la préfecture, on la renvoya à la Salpêtrière, d'où elle ne tarda pas à sortir. Elle ne devait pas toutefois longtemps jouir de cette liberté, car le 8 mai 1884, seconde date, elle fut de nouveau arrêtée pour le même chef et envoyée à Ste-Anne sur un rapport de M. Blanche. Quant à la troisième date, le 17 mai 1884, elle coïncide avec son entrée à la clinique.

Ce qui paraît ressortir de son histoire, c'est qu'elle a été domestique et fille entretenue, ayant passé par les bras de plusieurs amants. Le comble c'est qu'elle est la fille d'un grand seigneur qui a refusé de la reconnaître parce qu'elle n'a pas eu d'enfants mâles. Autrefois, elle portait des habits d'homme pour placer des vins. Depuis qu'elle est à la clinique, tantôt elle abandonne ses chimères, tantôt elle les reprend. D'un caractère irritable et se mettant en colère aussitôt qu'on paraît ne pas ajouter foi à son dire, cette femme n'a pas d'hallucinations. A part quelques idées de persécution, cette malade, et c'est là le clou du tableau, n'a pas de délire.

Enfin, il est un point très important à discuter: on nous assure qu'elle a de temps en temps des crises d'étouffement se terminant par un crachement de sang. C'est encore un phénomène de simulation qui pourrait faire douter du diagnostic hystérie porté par mes trois con-

frères, si M. Vallon, mon ancien chef de clinique, ne l'avait bien observée. Quoi qu'il en soit, pour ma part, je porte celui de folie morale.

Nous allons donc aborder cette question qui n'a été bien traitée que par Pinel. Dans la deuxième édition de son livre, il parle de la manie sans délire. Ce qui était un paradoxe alors est devenu aujourd'hui presque vulgaire. Parmi les observations qu'il rapporte, il en est une remarquable. C'était en 1793; une bande pénétra à Bicêtre et se précipita vers un homme qui se disait victime de la tyrannie. Ce langage, nous sommes habitués à l'entendre, mais vous savez qu'il produira toujours un grand effet sur la populace. Le directeur, qui s'efforce en vain de calmer le tumulte, est traité de tyran, et n'a que juste le temps de s'enfuir. On délivre donc cet aliéné. Mais à peine sorti, il prend un sabre et blesse à droite et à gauche ses libérateurs qui n'ont rien de pressé que de le réintégrer d'où il venaient de le tirer.

La manie de Pinel a été confirmée par Esquirol qui lui donna toutefois un sens un peu différent en admettant un peu de délire. Mais l'étude la plus sérieuse est celle du grand Morel, qui a montré que cet état tenait surtout à l'hérédité.

Qu'est ce donc qu'un sujet atteint d'insanité morale? C'est un individu qui est idiot au point de vue de la conscience. Tout individu bien conformé devant avoir, en effet, un certain nombre de sentiments moraux, les sujets de cette espèce auront donc un cerveau mal conformé à ce point de vue. Ils peuvent avoir de l'intelligence, mais la notion du bien et du mal n'existe pas pour eux.

D'une manière habituelle, c'est dès les premières années que l'on constate des dispositions perverses qui ne font que s'accroître à mesure que l'enfant se développe. Ces sujets, adonnés au vice, ont horreur du travail qu'ils considèrent comme la plus pénible de toutes les corvées. Ce sont des candidats perpétuels à la maison de correction, à la prison et aux asiles d'aliénés. Pour eux, la loi, c'est la police. Quel est maintenant, au point de vue psychologique, l'état intellectuel de ces individus? Leur raison est droite et leurs idées s'enchaînent. Ce sont seulement des cervelles mal conformées au point de vue moral. De tout cela résulte un enseignement capital, c'est que cet état provient de l'hérédité. La folie morale est donc un vice héréditaire et presque toujours vous trouvez dans les antécédents de ces sujets, soit des aliénés, soit des excentriques, soit des alcooliques. Enfin, on rencontre chez eux beaucoup de fils d'idiots. Ici vous m'arrêterez en me disant que les idiots ne se propagent pas. Je vous demande pardon, ils peuvent créer des imbéciles. Une jeune fille est-elle belle? A-t-elle de la fortune? cela suffit pour la marier. Pourvu qu'elle ait une façade, en un mot, on ne s'inquiète pas du reste.

Si cette folie est le plus souvent héréditaire, elle peut être aussi acquise, et pour ne signaler parmi toutes les causes que la plus importante, je vais vous rapporter l'observation des suites d'un traumatisme cérébral. Un jeune homme intelligent et d'un caractère égal reçut un jour, d'un maître brutal, un coup de règle sur la tête. A partir de ce moment il devint menteur et paresseux, jusqu'au jour où un chirurgien hardi, comme il en existe en Angleterre, le guérit en lui retirant une esquille d'os au moyen d'une couronne de trépan. Si je vous ai cité ce fait, ce n'était pas assurément pour vous faire crier: "A bas les pions!" mais pour vous faire bien comprendre que pareille chose

peut se produire dans la fièvre typhoïde et dans la phthisie. Il faut aussi noter l'influence des âges. On rencontre en premier lieu cette maladie dans l'enfance, et tout le monde a encore présent à l'esprit l'enfant de 7 ans qui fut pendu en Angleterre pour avoir noyé un de ses petits camarades. Reste encore la puberté et la vieillesse où la folie morale est quelquefois un des premiers symptômes de la démence sénile.

On rencontre l'insanité morale chez des sujets rudimentaires ; mais ce qui est bien plus frappant, c'est de voir cet état se développer chez des sujets d'une intelligence développée. Pour bien vous convaincre de ce fait, je me contenterai de vous en rapporter deux exemples. Le premier concerne une dame qui, dès sa première jeunesse, avait montré des penchants vicieux. En société, elle était d'une convenance parfaite, mais à peine se trouvait-elle seule avec un homme qu'elle se précipitait sur lui de telle façon qu'il fallait que ce dernier cédât ou qu'il dît pourquoi. Malgré ses nombreuses aventures, elle trouva à se marier, et rendit, cela va sans dire, son mari le plus malheureux des hommes. Elle eut des filles qui trouvèrent des gendres dont l'un fut moins que tendre. Un jour qu'elle avait attiré chez elle un enfant de 12 ans, ce dernier, par ses cris attira l'attention de son frère et de ce gendre qui arrivèrent à point pour infliger à cette femme une correction bien méritée. Parvenue à un âge avancé, reléguée loin de sa famille avec une faible pension, elle se livrait à des travaux d'aiguille jour et nuit pour se procurer les moyens de satisfaire sa passion. Elle fut enfin conduite à la Salpêtrière où nul n'aurait jamais pu supposer que sous cet aspect aussi respectable, sous cette couronne de cheveux blancs, se cachait une Messaline des plus dévergondées. Chose curieuse, un certain nombre de personnes vinrent la demander ; elles regrettaient, sans doute, la bourse qui ne les nourrissait plus.

Dans une toute autre classe de l'échelle sociale, je pourrais vous citer la grande Catherine avec son entourage spécial. On faisait passer les plus beaux hommes de l'armée russe par les mains d'épreuves, et ce n'est seulement qu'après avoir obtenu un diplôme qu'on était admis...

Reste encore à vous citer un dernier fait. Il s'agit d'un jeune créole venu de bonne heure à Paris. Au collège, on lui reconnut de grandes aptitudes ; mais, dès les premières années de sa vie, on remarqua que les récits d'exécution capitale l'intéressaient tout particulièrement. Plus tard, il ne manquait une seule exécution capitale, et, dans un duel il prenait toujours parti pour celui qui avait tué son adversaire. Sorti du collège, il pratiquait les armes. Lorsque tout à coup un événement capital vint à se produire. Traduit en cour d'assises pour avoir tué sa maîtresse, d'un coup de pistolet, il fut condamné à dix ans de travaux forcés. Sa peine achevée, on le vit aussitôt reparaitre fièrement sur les boulevards. Peu de temps après, en 1848, cet homme prit parti pour le peuple qu'il méprisait, afin de tirer sur les soldats. Blessé et sauvé par une vieille femme, il partit pour l'Amérique où il adopta, lui fils d'aristocrate, le plus rude métier, celui de coureur des bois, c'est-à-dire d'assassin patenté des Peaux-Rouges. Revenu brusquement en France, on ne sait trop pourquoi, il mourut des suites d'une pneumonie, estimé de toutes les personnes qui ignoraient son passé. Voilà un des types les plus achevés de cette insanité morale. Aussi, si j'ai réussi à faire passer dans votre esprit ma conviction, vous conviendrez qu'il est des sujets qui, en l'absence d'hallucinations, possèdent une aberration du sens moral.—Praticien.

FORMULAIRE.

Névralgie.—*Dr. Garretson.*

P.—Sulfate de fer (sec).....	250 grains
Carbonate de potasse.....	250 “
Sirop d'acacia.....	q.s.

M.—Faites 100 pilules.—*Dose* : Trois pilules par jour, augmentant graduellement à six. Le malade doit en prendre plusieurs centaines.
—*Philad. Med. Times.*

Spermatorrhée et impuissance.—*Dr. Livezey.*

P.—Teinture de noix vomique.....	1 drachme
Teinture de quinquina.....	1 “
Teinture de perchlorure de fer.....	3 drachmes
Extrait fluide d'ergot.....	1 once
Acide phosphorique dilué.....	3 onces

M.—*Dose* : 30 gouttes dans un verre à vin d'eau, trois fois par jour.
—*Analectic.*

Sueurs nocturnes des phthisiques.—*Green.*

P.—Extrait de belladone.....	¼ grain
Oxyde de zinc.....	2 à 3 grains

M.—Faites une pilule, à prendre le soir au coucher.—*Paris médical.*

Tœnia.—*Dr. B. Persh.*

P.—Huile de croton.....	1 goutte
Chloroforme.....	1 drachme
Glycérine.....	1 once

M.—A prendre en une seule dose, le matin à jeun. La veille, on aura fait prendre, au coucher, une demi-once de sel de la Rochelle.—*Weekly Medical Review.*

Blennorrhagie.—*Weiss.*

P.—Sulfate de quinine.....	18 grains
Eau.....	2½ onces
Glycérine.....	1½ once

M.—En injections, 3 fois par jour.—*Lyon médical.*

Blépharite.—*Darier.*

P.—Précipité rouge.....	1½ grain
Vaseline.....	2½ drachmes

M.—Usage matin et soir. En même temps on doit prescrire, à l'intérieur, l'huile de foie de morue et l'iode de potassium.—*Progrès médical.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MARS 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'Union Médicale du Canada, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montreal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'Union Médicale est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

L'Union Médicale du Canada étant le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & C^{tes}, négociants-commissionnaires, 36 Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'Union Médicale pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats Unis, s'adresser à l'Administration.

Trop de médecins.

Prenant occasion des remarques que nous avons faites au sujet de certains médecins qui ne rougissent pas de prostituer leur art en exerçant à vil prix, un de nos abonnés nous écrit pour déplorer avec regret la *pléthore* dont est aujourd'hui affligée la profession médicale de notre province. D'après notre correspondant, cette *pléthore* a eu pour effet de rendre la concurrence extrêmement rude en plaçant deux ou trois médecins en des endroits où un seul pouvait à grande peine trouver le nécessaire pour vivre. Le nombre toujours croissant d'admissions à l'étude de la médecine rendrait donc urgente l'adoption de moyens propres à combattre cet état de choses. Le moyen suggéré serait de rendre plus difficile encore l'accès à la pratique de la médecine en rendant plus sévères que jamais les examens préliminaires. Là seulement serait le salut.

Tout en étant parfaitement d'accord avec notre honorable correspondant au sujet de l'encombrement de la profession médicale et de la nécessité qu'il y a de le faire cesser autant que la chose se peut faire, nous ne saurions admettre ses conclusions dans leur entier, ni croire que le remède proposé doive être le seul à employer. Actuellement les examens pour l'admission à l'étude de la médecine sont plus sévères qu'ils n'ont jamais été, et le nombre de ceux qui parviennent à s'en tirer convenablement égale presque toujours, quand il ne lui est pas inférieur, le nombre des candidats refusés. Ainsi, sur trente aspirants, la moyenne des admissions est de quinze, et souvent de moins encore. Tels qu'ils sont aujourd'hui, les examens préliminaires sont donc assez sérieux, croyons-nous, et si l'on n'exige pas la note *très bien* sur chaque matière, comme le voudrait notre correspondant, on en exige assez pour se convaincre du plus ou moins de savoir des aspirants, et suffisamment aussi pour écarter les incapacités.

Pour nous, nous croyons que l'encombrement de la profession médicale tient à plus d'une cause, et que le remède à cette *pléthore* doit être cherché ailleurs que dans la sévérité des examens préliminaires.

En premier lieu, constatons qu'aujourd'hui nous subissons la conséquence d'un état de choses qui, heureusement, n'existe plus, mais qui, il y a quelques années, a donné naissance à un grand nombre de vocations médicales improvisées. On sait en effet que nos écoles de médecine ont eu pendant longtemps le droit d'admettre à l'étude de la médecine en dehors des examens ordinaires du Bureau. Nombre de jeunes gens ont profité de l'occasion, et beaucoup d'entre eux n'avaient jamais fait l'ombre d'un cours d'études. En certain endroits on n'était pas très scrupuleux sur le choix des candidats, et l'on a vu des ex-tailleurs et des ex-forgerons passer de la boutique aux bancs de l'institution qui les admettait si facilement. S'ils eussent eu à subir un examen sérieux, combien de ces aspirants eussent échoué ?

En outre, il nous semble que l'on pousse trop volontiers les jeunes gens vers les professions libérales. La multiplication excessive de nos collèges classiques a mis l'éducation secondaire à la portée de tous, et la conséquence en est qu'un grand nombre des élèves qui fréquentent ces collèges ne présentent guère les aptitudes nécessaires à une éducation supérieure. Fils de cultivateurs, ils rougiraient d'aller tenir le manche de la charrue après avoir pâli sur les livres. Aptes ou non, ils entendent bien devenir notaires, avocats ou médecins. Si les directeurs de nos collèges prenaient la chose en considération, et cherchaient à éloigner des études professionnelles les sujets qui n'ont pas les aptitudes nécessaires, ils nous rendraient un fier service. Que de jeunes gens auraient fait d'excellents agronomes ou de bons industriels qui ne sont aujourd'hui et ne seront toujours que des demi-médecins ! Avec leur sens pratique avant tout, nos compatriotes d'origine anglaise calculent mieux que nous les chances de l'avenir. Aussi savent-ils diriger leurs jeunes sujets vers le génie civil et la haute industrie, carrières dans lesquelles ils occupent aujourd'hui les premières places. Que ne faisons-nous comme eux ?

Enfin, nous le constatons pour la centième fois, le privilège qu'ont nos Universités et Ecoles de médecine, de donner des degrés conférant *—ipso facto—* le droit de pratiquer, est une des causes les plus sérieuses de l'encombrement dont se plaint notre correspondant. Il nous faut à tout prix un bureau central d'examen, devant lequel les porteurs de diplômes universitaires seront tenus de subir un nouvel et très sérieux examen avant l'obtention de leur licence. De la sorte nous serons efficacement protégés contre les résultats des *examens faciles*.

La création d'un bureau central ne ferait, du reste, que nous mettre sur un pied d'égalité avec la profession médicale de la province d'Ontario où un bureau semblable existe déjà, et nous aurions le privilège de forcer à subir l'examen de rigueur, tous les médecins qui, chaque année viennent d'Ontario ou d'ailleurs, exercer leur art dans la province de Québec.

Voilà autant de points que nous n'avons malheureusement pas le temps de développer comme nous le voudrions, mais que nous soumettons, tels qu'ils sont, à l'examen de notre correspondant de même qu'à celui de la profession entière.

Police Sanitaire.

Il nous fait plaisir de constater qu'un mouvement assez actif est actuellement à se faire, tant parmi les médecins que dans le public au sujet des conditions sanitaires dans lesquelles se trouve la ville de Montréal, et des mesures à adopter en vue de combattre efficacement les maladies contagieuses et plus particulièrement le choléra dont on nous prédit l'arrivée pour la prochaine saison d'été.

Ce mouvement n'est certainement pas hors de propos et l'on aurait peut-être pu s'en occuper bien avant aujourd'hui. Encore que Montréal se trouve actuellement dans des conditions hygiéniques infiniment plus favorables que ne l'étaient Marseille, Toulon et Naples lors de l'épidémie cholérique de 1884, il n'en reste pas moins bien établi que nous avons encore beaucoup à faire pour mettre notre cité en état de recevoir le choléra sans lui donner trop de prise. Et puis, le choléra n'est pas le seul ennemi à combattre. D'autres maladies contagieuses sont à nos portes, disons mieux, au milieu de nous, et nous n'avons encore presque rien fait pour les maîtriser, ni même pour les prévenir. Jetant les yeux sur le rapport des médecins de la cité pour le mois de janvier dernier, nous voyons que sur 454 décès, 36 ont été causés par la rougeole, 43 par la diphtérie et 30 par le croup (diphthéritique) soit 110 décès par maladies contagieuses. Nous ne savons malheureusement pas au juste la proportion de cas de décès par maladies contagieuses durant le mois de février, mais ce que nous savons, c'est que la mortalité totale les mois de janvier et février réunis a dépassé le chiffre 1000. Ce chiffre doit suffire à ouvrir les yeux.

Dans le but d'adopter les mesures propres à combattre les maladies contagieuses déjà existantes et à prévenir celles dont nous sommes menacés pour l'avenir, les différentes sociétés médicales et hygiéniques de Montréal sont à examiner et à discuter de ce temps-ci une série de propositions dont voici le résumé :

1. Adoption par la Législature, d'un Bill de Santé publique constituant un Conseil d'Hygiène avec amples pouvoirs, afin d'empêcher l'introduction des maladies contagieuses, surtout du choléra.

2. Avantages qui résulteraient du rapport fait par les médecins au Bureau de Santé dans chaque cas de maladie contagieuse.

3. Nommer des médecins de district dont les principaux devoirs seraient d'aider à faire prendre les mesures préventives pour empêcher la propagation des maladies contagieuses.

4. Abolition des fosses d'aisances dans les cours.

5. Importance de laver les égouts à certaines périodes.

6. Stricte surveillance et examen minutieux des aliments.

7. Combustion des déchets de cuisine, etc.

8. Premiers soins à prendre dans le cas où le choléra ferait son apparition. Services d'ambulances et d'hôpitaux. Service médical dans les localités. Créer des comités dans les divers quartiers de la ville, pour aider les autorités sanitaires à mettre en vigueur les mesures contre les maladies contagieuses et surtout contre le choléra.

NOUVELLES MÉDICALES.

Notre ami, M. le Dr J. W. Mount, a été réélu échevin pour le quartier Ste-Marie.

Aux dernières élections sénatoriales qui ont eu lieu en France, MM. les professeurs Robin et Cornil ont été élus sénateurs.

M. le professeur Grancher a été appelé à la chaire de clinique des maladies des enfants, laissée vacante par la mort du regretté professeur Parrot.

Un correspondant du *British Medical Journal* porte à 150,000 le nombre de morts causées chaque année par l'emploi des remèdes patentés.

Les examens pour la Licence et le Doctorat en médecine se tiendront vers la fin du présent mois dans nos différentes universités et écoles. On nous informe qu'un bon nombre des futurs gradués se disposent à aller exercer leur art aux États-Unis.

La grande kermesse annuelle au bénéfice du *New-York Skin and Cancer Hospital* se tiendra au *Metropolitan Opera House*, à New-York, les 14 et 15 avril prochain.

Gaillard's Medical Journal et Braithwaite's Retrospect. — La mort des Drs E. S. Gaillard et Wm Braithwaite n'affectera en rien la publication du "*Gaillard's Medical Journal*" non plus que celle du *Braithwaite's Retrospect*. Le premier de ces journaux sera à l'avenir publié par MM. E. M. et E. W. Gaillard et rédigé par le Dr P. B. Porter, de New-York. Le Dr James Braithwaite, qui, depuis plus de vingt-cinq ans, assistait son père dans la direction du *Braithwaite's* continuera la publication de cet important journal, assisté du Dr A. G. Barre, de Leeds.

Nécrologie. — A Paris, M. le docteur Achille CHÉVEAU, bibliothécaire de la Faculté de médecine; M. le docteur MALLEZ, bien connu par ses travaux sur les maladies des voies urinaires; à Lille M. le docteur ROMEZ, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille; à Montpellier, M. le docteur ROUSTAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier; à New-York, Louis ELSBERG, M. D., professeur de Laryngologie à la Polyclinique de New-York; à New-Haven, M. B. S. SILLIMAN, professeur de chimie à Yale College; à Leeds, Angleterre, William BRAITHWAITE, M. D., fondateur du *Braithwaite's Retrospect*.

 NAISSANCE.

FOREST.—A Wotton, le 28 février, la dame du Dr J. Forest, un fils.

 DECES.

CLEMENT.—A Saint-Hyacinthe, le 17 février, Marie-Lucie-Charlotte Lamothe, épouse de C. H. Clément, Ecr., M.D., de la Baie Saint-Paul.

SAURIOI.—A Saint-Bruno, le 24 février, à l'âge de 50 ans et 8 mois, Dame Marie-Caroline Lalumière, épouse de T. Sauriol, Ecr., M.D.

PROVOST.—A St. Valérien, le 5 courant, à l'âge de 33 ans, A. Provost, Ecr., M.D.

MEUNIER.—A Montréal, le 3 mars, à l'âge de 41 ans, A. A. Meunier, Ecr., M.D.