

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.

- 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.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

CLINIQUE MEDICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.) — M. LARAMÉE.

De l'angine de poitrine.

(Notes recueillies par N. LEDUC, M.D., interne du service.)

M. X... fabricant de cigares, âgé de 40 ans, se plaignant de vives douleurs à la région cardiaque et d'accès de suffocation, fut admis dans nos salles le 7 avril dernier. Ces accès duraient de quelques instants à quelques minutes, et plongeaient le patient dans un état d'angoisse et d'anxiété impossible à décrire. Interrogé sur ses antécédents, il avoua avoir déjà souffert du rhumatisme articulaire. Mais le mal dont il ressentait les atteintes, ajoutait-il, l'avait frappé inopinément à la suite d'une altercation entre lui et sa femme, altercation qui avait failli être suivie de son emprisonnement. La peur et l'émotion l'émurent tellement qu'il fut saisi sur le champ d'accès de suffocation et de douleur à la région cardiaque, s'irradiant dans l'épaule gauche, le bras, la main, et les deux derniers doigts. Ce malade, après des alternatives de mieux et de pis, et malgré des soins pressés, expira huit jours après son entrée à l'hôpital.

L'angine de poitrine est caractérisée par une douleur atroce, des accès de suffocation survenant à des intervalles plus ou moins rapprochés et siégeant dans la région cardiaque. Ces accès d'une durée ordinairement très limitée, quelques instants à quelques minutes, peuvent, cependant dans certains cas, et lorsque la maladie est déjà ancienne persister beaucoup plus longtemps. C'est ordinairement à la partie inférieure gauche du sternum, que la douleur atteint son maximum d'intensité; parfois, cependant, elle peut se faire sentir du côté droit, ou bien, le patient sent comme une barre transversale lui serrant la poitrine. De là, la douleur s'irradie dans l'épaule, le bras et aux deux derniers doigts de la main. Presque toujours l'accès s'accompagne d'un sentiment d'engourdissement pénible dans le bras gauche. La douleur de l'angine de poitrine est caractéristique de cette maladie: elle est atroce, angoissante, et le malheureux attend, anxieux et im-

mobile, la fin de cette crise que Elsner a défini une *pause de la vie*. Pendant l'accès, la respiration est naturelle, l'air semble entrer librement dans le poumon; la respiration n'est troublée que lorsque l'angine se rattache à une lésion organique.

D'un autre côté le cœur ressent plus ou moins de troubles de l'innervation: ses pulsations sont quelquefois plus nombreuses, et tout à fait normales; en d'autres cas, tantôt le cœur ne battait plus qu'à raison de quinze à vingt pulsations à la minute.

Dans l'angine de poitrine c'est surtout le pneumogastrique qui semble être la source d'où découlent tous les maux qui font de cette maladie une des plus terribles de toutes, et comme le pneumogastrique préside à une triple région: cardiaque, stomacale et pulmonaire, il s'ensuit que cette maladie peut donner différents symptômes suivant que l'un ou l'autre de ces organes est attaqué d'un trouble de la circulation, de la respiration, suffocation, œsophagisme, gastralgie.

Quand le grand sympathique participe à la maladie c'est alors que survient ce symptôme de la "*pause de la vie*."

Parmi les causes de l'angine, citons en premier lieu les émotions morales, les chagrins de toute espèce, les grandes fièvres. Puis viennent les marches prolongées, les grandes fatigues, l'abus du café et du thé, du tabac. Cette maladie peut aussi survenir à la suite d'une aortite aiguë ou chronique, d'anévrysme, rhumatisme, syphilis, de l'ossification des artères coronaires et enfin de toutes les maladies avoisinant le plexus cardiaque.

Le malade qui fait le sujet de cette clinique ayant déjà souffert de rhumatisme articulaire, et de plus son métier de cigarié et tabaciste aidant, il est probable que le cœur devait être en souffrance bien que nous n'ayons pu découvrir aucun bruit de lésion valvulaire, à l'auscultation.

Dans tous les cas, il n'y a pas de doute que l'émotion a joué ici le rôle de cause déterminante. Le pronostic est grave, mais il l'est d'avantage quand l'angine est liée à une lésion cardiaque.

Nous avons employé le bromure de potassium, 40 grains toutes les deux heures, le chloral, les injections hypodermiques de morphine. Quelques gouttes d'eucalyptus en inhalation au moyen de l'inhalateur de Wyeth.

La morphine est d'autant plus à propos contre la douleur que celle-ci peut être assez considérable pour donner la mort.

Le pronostic de l'angine de poitrine est donc bien grave puisqu'on a constaté 49 cas de mortalité sur 64.

—Un extrait de malt pur est un pain liquide à demi digéré. Ce sont ces qualités qui donnent aux liqueurs fermentées une grande partie de leur valeur assimilatrice.

Syphilis nasale infantile ;

par C. LAVIOLETTE, M.D.

La syphilis nasale infantile est certainement parmi les maladies qui affectent les fosses nasales, une des plus importantes.

D'abord, parce que relativement fréquente, elle offre assez souvent des difficultés de diagnostic ; puis parce qu'elle reste longtemps méconnue et amène inévitablement de grands désordres et des déformations qui compromettent pour toujours la santé et attristent l'existence.

Cette forme précococ de la syphilis se montre dans la période secondaire de l'infection générale, et a pour cortège les lésions plutôt superficielles de la peau et des muqueuses. Elle s'annonce avant tout par un catarrhe des fosses nasales, qui sont chez l'enfant le siège de prédilection de la syphilis héréditaire. Cette localisation de la maladie chez l'enfant est d'autant plus grave, que dans les premiers temps de la vie, la capacité des fosses nasales étant petite, la moindre diminution, même légère, de leur perméabilité doit exercer une influence fâcheuse sur la respiration et sur la nutrition.

Chez les enfants, la syphilis se traduit dans les fosses nasales par un gonflement de longue durée de la muqueuse et par une sécrétion abondante, qui a une grande tendance à se dessécher et à former des croûtes très difficiles à détacher.

Dans un cas que j'ai observé à l'hôpital des Enfants malades de Paris, le symptôme prédominant qui m'a tout d'abord frappé était la lutte engagée entre le petit malade et les obstacles à la respiration qui siégeaient dans ses fosses nasales.

L'eau pénétrait dans le nez avec un sifflement bruyant et seulement avec l'aide de tous les muscles qui président aux mouvements respiratoires.

La muqueuse est quelquefois remarquablement sèche et la sécrétion qui s'en écoule ou que les lavages entraînent assez petite.

Chez le petit malade dont j'ai parlé plus haut, les vestibules des fosses nasales étaient remplis de croûtes d'un brun jaunâtre légèrement teintées de sang ; et de temps à autre il s'en écoulait un pus visqueux, sanguinolent, infecte, qui érodait légèrement le pourtour des narines.

Tous ces symptômes, quoique insuffisants pour poser avec certitude un diagnostic de syphilis héréditaire doivent cependant, sans nul doute, faire naître quelques soupçons.

Heureusement que d'ordinaire d'autres circonstances concomitantes aident au diagnostic.

Si on examine de près [surtout dans le premier et le deuxième

mois], ces enfants, dit Tarnier, on découvre souvent sur la peau, des éruptions syphilitiques, sur le tronc des taches cuivrées, du psoriasis plantaire et palmaire..... Fournier dit d'eux qu'ils viennent au monde petits, chétifs et malingres, pauvrement constitués, ridés, rabougris et vieillots.

Il disait d'eux à une de ses cliniques : ce sont de petits vieillards en miniature avec une peau trop large pour les contenir en divers points.

Les manifestations cutanées syphilitiques chez l'enfant à la mamelle constituent déjà une maladie extrêmement grave, mais le pronostic devient encore beaucoup plus sombre lorsqu'il s'y ajoute un coryza.

La maladie devient graduellement plus grave si elle n'est pas traitée convenablement, et l'organisme, déjà débilité, succombe dans la lutte contre les obstacles à la respiration, qui rendent impossible tout sommeil paisible et de quelque durée et qui entravent gravement la nutrition.

Ou bien la carie des os et des cartilages survient et l'enfant porte le reste de ses jours de ces déformations caractéristiques qui le marquent comme d'un signe infamant.

Aujourd'hui on peut dire que lorsqu'un traitement approprié et bien fait est employé à bonne heure, ces accidents peuvent être évités.

Comme traitement, Morell-Mackenzie donne le mercure sous forme de poudre grise :

Mercure	1 once
Craie.....	2 onces.

Erichsen recommande les frictions mercurielles et si les ulcérations de la peau sont trop étendues, Fournier emploie les bains de sublimé (de 1 à 2 grammes pour un bain quotidien de 20 à 30 minutes). Dans ces cas l'absorption du mercure est grandement favorisée par les ulcérations de la peau. Il faut aussi veiller avec grand soin au nettoyage des fosses nasales. Les croûtes qui encombrant le vestibule doivent être ramollies et enlevées. Il faut pratiquer avec une grande douceur des lavages dans les fosses nasales avec une solution boriquée de 1 pour 100, des nettoyages avec des barbes de plume ou un pinceau de poils fins.

S'il est impossible d'alimenter le malade par les moyens ordinaires on doit recourir à la sonde œsophagienne. L'amélioration dans les cas favorables se prononce rapidement et la guérison peut avoir lieu en quelques semaines sans laisser de traces.

Paris, 18 avril 1890.

Pourquoi ne pas soigner l'enfant ?

par S. LACHAPÈLLE, M.D.,

professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Comme le papa qui travaille au dehors,—comme la maman qui travaille au dedans,—l'enfant qui consacrerait plus tard tout son temps à assurer leur bonheur, mérite les soins prompts et assidus du médecin.

Cela est bien vrai, cela pourtant ne se pratique pas tous les jours, et ils ne sont point rares les foyers et les grabats où l'enfant pleure, souffre sans secours.

Ce n'est pas la mesquinerie du père, qui donnerait tout le fruit de son travail pour *lui*, ce n'est pas l'indifférence de la mère, qui consentirait à mourir pourvu *qu'il vive*, qui sont causes de ce lamentable abandon. Non.

La mère essuyant ses larmes,—en se disant tout bas qu'elles sont bien salées ces larmes,—a entendu dire par la voisine plus âgée, que cela ne servait de rien de soigner le pauvre petit, que les médecins ne soignent pas les enfants, que probablement,..... bien sur..... c'était ses dents ! que d'ailleurs,..... cela ferait un petit ange de plus dans le ciel !!

Ce refrain de la commère, vieux comme le temps, est fredonné de génération en génération, sur le même air sympathique : de là vient que le ciel se peuple si rapidement au détriment de la terre et de la tendresse maternelle ; de là vient que ces petits qui feraient des citoyens, remplaceraient le désert de nos plaines, planteraient des villes au milieu des forêts, et parleraient notre belle langue française aux habitants du *Far West* ! partent par légion pour les rives lointaines d'où l'on ne revient plus que pour troubler le sommeil des inconsolables.

LE MÉDECIN NE SOIGNE PAS LES ENFANTS !

Est-ce bien vrai cela ? Mais pas du tout.

Le petit comme le grand, au même degré, à un plus haut degré, possède toute la sollicitude de l'homme de l'art ! Et pourquoi pas ? Écoutez bien.

Il s'est opéré toute une révolution sociale au point de vue de l'enfant, nous l'avons déjà dit dans notre article programme : l'enfant est devenu l'idole de la famille, et la sévérité antique du père s'est fondue en une véritable tendresse maternelle.

La science médicale,—qui est toute sensibilité et dévouement dans ses manifestations,—a fait comme le père :

L'enfant est devenu son idole, aussi.

Le médecin, aujourd'hui, donne toute son attention à l'enfant malade; pour lui, il peine à l'étude, au travail, et ses plus douces consolations sont de développer et de fortifier la vie qui arrive, beaucoup plus que de réparer la vie qui s'en va irrésistiblement.

Et ces consolations sont nombreuses.

L'enfant sous l'action des médicaments, aidé du remède, lutte et triomphe de la maladie, comme la fleur brisée se relève le matin sous les soins du jardinier, et s'élançe hardie, vers les baisers du soleil.

L'enfant est un être impressionnable, vibrant à tout, pendant la maladie comme pendant la santé.

La potion préparée par le pharmacien semble agir chez lui, comme un cordial puissant; un secours pour ainsi dire insignifiant, l'aide, lui sauve la vie; une branche légère, faible point d'appui, l'arrache au naufrage, qui engloutit si facilement l'homme, vieillard à vingt ans.

Au début de la maladie, celle-ci n'est pas encore localisée. Il y a une fièvre générale. Chez l'homme cette fièvre trouvera un coin du corps déjà affaibli, et s'y nichera promptement. Chez l'enfant tout est sain, s'il n'y a pas empreinte héréditaire, tous les organes résistent également au mal envahisseur; la dose donnée à point *coupera* la fièvre, et tout sera dit: l'anxiété maternelle poussera le soupir de soulagement que l'on ne trouve que lorsque le danger est passé.

L'enfant est un être vibrant, vibrant dans la joie, vibrant dans la douleur.

Cette vibration facile se traduit dans une physionomie toujours expressive, toujours éloquente qui fait que le médecin peut lire—non pas deviner—ce qui se passe dans cet organisme naissant. Si la maladie est au cerveau le cri, la respiration, le pouls prendront un caractère particulier, qu'on ne peut confondre avec le cri, la respiration ou le pouls d'une maladie localisée dans la poitrine ou dans le ventre.

Les mouvements des bras, des jambes, de tout le corps, seront autant de gestes de l'éloquence de la douleur, qui ne sont pas les mêmes, quand les reins, la vessie, ou les intestins sont le siège du mal qu'on a toujours méconnu jadis, et que l'on comprend aujourd'hui chez l'enfant comme chez l'adulte.

Ces quelques considérations, qui sont autant de vérités admises, feront comprendre, comment le médecin aujourd'hui, triomphant dans ce champ nouveau de la médecine, voyant clair, ne marchant plus à tâtons, doit être appelé à temps.

Arrière donc, malheureuse commère, dont les affirmations importunes éloignent la main qui peut frapper sûrement le mal si promptement envahisseur, et qui peut le plus souvent en triompher.

Nul doute que les préjugés, les superstitions fortifiés par les

siècles disparaissent difficilement devant les données acquises ; le soleil ne perce pas toujours sans peine les brouillards du matin.

L'influence si absolue de la dentition sur le développement de la maladie constitue bien un des préjugés les plus enracinés de notre population ; il doit disparaître avant longtemps, parce que le médecin qui a contribué à l'entretenir, a compris que ce préjugé au lieu d'avoir *du bon*, était la cause principale du mal que nous déplorons tous, les maladies et la mortalité exagérées de nos enfants.

QUAND LES DENTS POUSSENT-ELLES ?

Le germe dentaire fait son apparition dès les premiers jours de la vie ; il existe, on ne le voit pas, c'est le grain caché qui va nous donner l'épi doré. Le mal produit par la dentition doit-il commencer au premier moment de sa croissance, ou bien le mal ne se fera-t-il sentir que lorsque la tête de la dent fait des efforts répétés pour briser l'enveloppe qui la retient captive ? Il faudrait établir ces différents points pour conclure contre l'influence nocive des dents qui *poussent* ou qui *percent*.

Non, il faut limiter d'un grand bout cette influence contraire à la santé de l'enfant.

Le médecin et la mère jusqu'ici se sont consolés de leur impuissance en face de l'ennemi, en face de l'enfant malade, en se disant presque en même temps : *Ce sont ses dents !* Aujourd'hui le médecin dit à la mère il ne faut plus rien croire de cela, et à supposer que que les dents y seraient pour quelque chose, il faut traiter la maladie, quelle que puisse être la cause qui l'a produite.

Donc les convulsions, la diarrhée, les maladies nombreuses de la peau, celle de la bouche, etc., toutes les maladies de l'enfance, surtout de la première enfance, quelles qu'elles soient, nécessitent l'intervention prompte du médecin.

UN PETIT ANGE DANS LE CIEL !

Cela peut se dire au moment de la mort, et doit se dire comme une consolation, la seule consolation qui reste à l'amour maternel. Mais ces paroles que la sympathie ou la pitié fait tomber dans un cœur désolé, brisé, constituant un aveu d'incapacité absolue, sauraient-elles être prononcées au début de la maladie ? Oh ! non, mille fois non.

Ce n'est pas amoindrir le sentiment religieux, — qui met toujours dans l'âme le courage avec l'espérance de revoir ceux qui s'en vont, ce n'est pas amoindrir le sentiment religieux, dis-je, que de lui laisser, — à lui seul, — ce refrain consolateur ; la science se couvre de ridicule, si elle n'a pas d'autre chose à offrir — or, le ridicule tue, et l'art médical ne saurait se suicider ainsi *volontairement*.

Oh ! oui, luttons contre le mal, attaquons le dès le début ;

observons plus chez l'enfant que chez l'adulte, que nos soins soient plus multipliés ; la nature est là, débordant de force, de croissance, pour seconder nos efforts, et assurer le succès et la guérison.

Et si nous sommes vaincus dans la lutte, résignons-nous alors et consolons nous.

Je conviens à genoux que vous seul, et père auguste,
Possédez l'infini, le réel, l'absolu ;
Je conviens qu'il est bon, je conviens qu'il est juste
Que mon cœur ait saigné, puisque Dieu l'a voulu.

Je ne résiste plus à tout ce qui m'arrive
Par votre volonté ;
L'âme de deuils en deuils. L'homme de rive en rive,
Roule à l'éternité.

.....
Le monde est sombre, ô Dieu ! l'immuable harmonie
Se compose de pleurs aussi bien que de chants ;
L'homme n'est qu'un atome en cette ombre infinie,
Nuit où montent les bons, où tombent les méchants.

(*La Mère et l'Enfant.*)

Transmission de maladies contagieuses par les wagons à bestiaux.—Le ministre de l'agriculture de France vient d'informer son collègue des travaux publics que l'on a constaté, dans le deuxième semestre de l'année dernière, de nombreux cas de maladies contagieuses chez les bestiaux transportés par chemin de fer. Les certificats des vétérinaires établissant que ces animaux étaient sains au départ, ces maladies ont dû être communiquées par les wagons à bestiaux, insuffisamment désinfectés. M. Yves Guyot, à la suite de cette communication, a adressé aux commissaires de surveillance administrative une circulaire pour leur recommander de veiller à ce que les compagnies se conforment rigoureusement aux prescriptions qui règlent ces transports.—*Nouveaux remèdes.*

Isolement dans les hôpitaux d'enfants.—Le conseil municipal de Paris avait projeté d'établir dans la banlieue de Paris des hôpitaux spécialement destinés aux enfants atteints de maladies contagieuses. M. Variot, médecin des hôpitaux, qui avait été chargé d'aller étudier en Angleterre le fonctionnement des établissements analogues, vient d'adresser au ministre de l'intérieur un rapport dans lequel il fait connaître que les hôpitaux suburbains n'ont pas donné les résultats attendus, et expose qu'il est préférable d'introduire dans les deux grands hôpitaux d'enfants de Paris un système d'isolement pour les malades ainsi que pour le personnel qui soigne les affections contagieuses.—*Nouveau remède.*

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

La monoplégie brachiale.—Clinique de M. le professeur **RENDU.**—La monoplégie brachiale est assez rare et, il y a quinze à vingt ans elle était presque complètement inconnue dans sa nature. La clinique montre qu'elle peut se présenter dans deux conditions principales très différentes; elle peut être d'origine fonctionnelle ou être d'origine organique et, à cet égard, la distinction n'est pas très difficile; il n'en est plus de même quand il s'agit d'en connaître la cause intime.

Les monoplégies fonctionnelles se distinguent d'abord par la forme de l'anesthésie qui est très prononcée, se terminant souvent à la limite de la paralysie et d'une façon nette et tranchée, sans correspondance aucune avec les terminaisons nerveuses de la région; on constate aussi la perte du sens musculaire, de la notion de position des membres, signes très nets d'hystérie. Enfin, l'impotence complète est très rare dans ce dernier cas, tandis qu'elle est fréquente dans les autres monoplégies et de plus les troubles de la sensibilité n'y sont pas habituels. Les troubles vaso-moteurs, tels que doigt mort, couleur livide, refroidissement, sont aussi plus fréquents dans les paralysies fonctionnelles que dans les paralysies organiques.

On peut cependant observer dans certains états cachectiques une véritable paralysie par ischémie qui ne rentre alors ni dans les paralysies fonctionnelles, ni dans les paralysies organiques. Un exemple assez curieux de ce fait est survenu dans le service chez un tuberculeux au troisième degré qui, après quelques phénomènes cérébraux, fut pris de fourmillements dans la main droite, troubles circulatoires et paralysie consécutive. Il existait une anesthésie qui disparut par les frictions et la paralysie disparut également. A l'autopsie qui fut faite quelques jours après, on ne trouva que la réplétion des vaisseaux, mais pas de caillots anciens.

D'une façon générale la difficulté n'est pas de savoir si une paralysie est fonctionnelle ou organique, mais dans ce dernier cas quelle en est la cause. Les paralysies organiques ont en effet toutes un certain nombre de phénomènes communs et leur forme ne dépend pas de la nature de la lésion, mais de la localisation de cette lésion; c'est, en somme, la topographie qui crée la symptomatologie; la nature de la lésion ne peut être établie que par l'étude des circonstances accessoires et des commémoratifs.—
Journal de médecine pratique.

Distension de la vésicule biliaire.—Clinique de M. le professeur RENDU.—Depuis qu'il est démontré que l'intervention chirurgicale peut rendre de grands services dans les maladies de la vésicule biliaire le diagnostic souvent si obscur des affections de cet organe présente un nouvel intérêt. Une femme atteinte depuis longtemps de troubles dyspeptiques, mais sans qu'on puisse supposer qu'il y ait eu chez elle des phénomènes hépatiques, a été soumise il y a quelque temps à un traumatisme violent du côté droit, assez violent même pour avoir déterminé une fracture de côté, précisément au niveau du foie. Malgré cet accident, il n'y eut tout d'abord aucun phénomène hépatique, mais bientôt survinrent des douleurs dans cette région, procédant soit sous forme continue, soit sous forme de crises accompagnées de vomissements et d'un certain amaigrissement par suite des troubles digestifs. A son entrée on constatait avec ces différents phénomènes généraux, au niveau du bord inférieur du foie dans la région de la vésicule, une tumeur maronnée, pyriforme, grosse comme un œuf de poule et faisant une légère saillie sous la paroi abdominale. Il s'agissait ici incontestablement de la vésicule biliaire dilatée. On pouvait se poser la question de savoir s'il n'y avait pas là une dégénérescence cancéreuse; mais outre que dans ce dernier cas il y a presque toujours de l'ictère chronique, l'état général est ainsi beaucoup plus grave. La cholécystite aiguë ne pouvait être mise en cause, mais la cholécystite chronique avec hydroisie de la vésicule, les deux choses se confondant presque toujours et étant subordonnées l'une à l'autre pouvait être facilement admise. Les faits de ce genre sont presque toujours dus à la présence de calculs qui amènent de l'inflammation, puis une oblitération du canal cystique, soit mécaniquement par leur enclavement, soit par une oblitération cicatricielle. Ordinairement dans ces cas la vésicule ne renferme plus de bile. Mais il y a aussi des cas dans lesquels le traumatisme joue un rôle important. On a vu, par exemple, des malades après une chute ou un coup violent portant sur la région, présenter une tumeur de la vésicule se développant peu à peu et contenant une grande quantité de liquide. Ce pourrait être le cas de la malade du service chez laquelle rien ne permet d'affirmer l'existence de calculs, bien que ceux-ci puissent fort bien exister sans symptômes certains. Aussi est-il permis de supposer que la cause des accidents est mixte. Un traumatisme portant sur une vésicule renfermant des calculs pourrait d'autant plus facilement produire son inflammation et par suite sa dilatation. Mais en admettant même cette supposition, le pronostic n'en est toujours pas moins très aléatoire en raison des modes de terminaison très variables de ces tumeurs. La résolution peut en effet se produire à un moment donné s'il n'y a pas d'obstacle absolu au cours de la bile. Mais d'un autre côté, la distension peut augmenter progressivement et on a vu

ainsi la vésicule dilatée contenant jusqu'à douze ou treize litres de liquide prise pour une ascite et ponctionnée. Il peut encore produire des poussées inflammatoires successives et on peut enfin observer des ruptures mortelles.

Le traitement médical a pourtant dans ces cas une certaine action. Le meilleur moyen dans la phase aiguë pour faire tomber les douleurs et l'inflammation consiste dans l'emploi des émissions sanguines locales, ventouses ou sangsues. Les révulsifs, vésicatoires ou pointes de feu, doivent être ensuite employés tous les huit ou dix jours. On doit encore provoquer le cours de la bile par l'emploi des drastiques. Ces moyens ont assez bien réussi chez la malade du service et ont grandement atténué les symptômes; mais la question d'une intervention chirurgicale ne s'en pose pas moins chez elle, car dans les cas de ce genre, bien qu'on ait pu réussir chez des sujets déjà cachectiques, il y a grand intérêt à ne pas attendre trop longtemps pour une opération. En tout cas, il faudrait bien se garder de faire la ponction de la vésicule qui malgré son apparente simplicité est la plus dangereuse de toutes les opérations pratiquées sur cet organe.—
Journal de médecine pratique.

L'asthénie post-grippale—Clinique de M. le prof. POTAIN, à la Charité.—Au No. 13 de la salle Bouillaud, est couché un homme très affaibli, pâle, semblant avoir perdu tout ressort physique et morale. Le diagnostic de la cause d'un semblable état de chose étant assez délicat, je vais le discuter devant vous.

Agé de 46 ans, ce malade a encore ses père et mère bien portants, quoique très vieux; treize frères et sœurs jouissent aussi d'une bonne santé. Lui-même était marié dans sa jeunesse et, depuis l'âge de 21 ans qu'il est à Paris, n'a jamais eu de maladie. Cependant, au mois de février de l'année dernière, il fut pris d'accidents caractérisés par des vertiges, des maux de tête, des vomissements, de l'œdème palpébral et malléolaire; ces accidents sont survenus peut-être après un refroidissement.

Un interrogatoire minutieux, fait dans le service de M. Lays, où il entra, prouva que depuis trois ou quatre ans il avait des besoins fréquents d'uriner la nuit. A ce moment, on trouva son urine albumineuse. Après quelques semaines, son état s'améliora très rapidement et il put reprendre son travail.

Au mois de janvier dernier, il fut atteint de grippe. Cette grippe fut légère, puisqu'il ne s'alita pas. Cependant elle laissa après elle un affaiblissement considérable; l'appétit se perdit, l'amaigrissement survint et le travail devint impossible.

A son entrée dans le service, le malade se présente dans l'état suivant:

Il dort mal depuis quelque temps, a les réflexes plantaires exagérés, des cauchemars professionnels, et nous avoue qu'il boit

chaque jour 2½ litres de vin, plus quelques verres d'Amer Picon.

L'urine contient une assez grande quantité d'albumine, 3 gr. à l'entrée, 2 gr. depuis hier. L'albuminurie constatée antérieurement subsiste donc encore, mais elle ne s'accompagne d'aucun accident que l'on puisse lui rattacher; il n'y a pas d'œdème, pas de maux de tête et l'albuminurie est le seul témoignage de l'affection rénale. L'examen microscopique du dépôt qui se forme dans le vase permet de constater qu'il ne contient pas de cylindres. La lésion du rein est donc stationnaire et ne s'aggrave certainement pas.

Le malade est apyrétique, son pouls oscille entre 88 et 92, il est très dépressible, car c'est à peine si au sphygmo-manomètre on constate une tension de 12 centim. de mercure.

Le cœur est normal, il n'est pas hypertrophié et les bruits sont nets. L'examen direct du malade nous conduit donc immédiatement à éliminer l'idée d'une néphrite en train d'évoluer; aucun symptôme ne permet de penser à ce diagnostic et surtout il n'y a pas d'augmentation de la tension artérielle.

Du côté des voies digestives, on note la diminution de l'appétit, bien que les digestions soient assez bonnes; ce que le malade mange suffirait pour maintenir l'embonpoint d'un homme bien portant.

L'appareil respiratoire présente des signes qui doivent nous arrêter. A gauche, son état est normal. A droite, il y a un peu de skodisme sous la clavicule. Dans la fosse sous-épineuse, il y a un peu moins de son et la tonalité est légèrement plus élevée qu'à gauche. A l'auscultation, quand le malade respire normalement, on ne trouve rien à noter; dès que la respiration devient plus profonde, très rapidement l'expiration a une intensité exagérée, devient plus forte et plus longue. Les crachats muqueux contiennent une petite quantité de crachats opaques.

Que faut-il penser de tout cela? La perte des forces est très marquée, la prostration considérable, la puissance musculaire très diminuée. L'anémie est notable, car la quantité d'hémoglobine est réduite à peine à un peu plus de la moitié de ce qui existe normalement. A quoi faut-il attribuer cet ensemble de symptômes? A la maladie rénale, à celle des poumons, à l'alcoolisme, à la grippe? La distinction a une grande importance, car si, par exemple, l'abattement dépend de la grippe, il peut disparaître, tandis que si on doit le rattacher à la maladie des reins ou à celle des poumons, le pronostic devient beaucoup plus grave.

D'abord, en ce qui concerne les reins, il est difficile de leur faire jouer un rôle prédominant; il y a eu des accidents sérieux, c'est vrai, mais ils ont disparu. Actuellement, la quantité d'albumine rendue chaque jour est de 2 grammes, et cette perte d'albumine n'a pas d'importance comme quantité. Dans la pleurésie purulente avec trajet fistuleux, il s'en perd journalie-

ment beaucoup plus, et cependant le malade engraisse s'il est apyrétique et si la plèvre est aseptique. Certains brightiques rendant à peine des traces d'albumine, sont gravement atteints, tandis que d'autres qui en éliminent une proportion considérable, supportent bien la maladie. C'est ainsi qu'un homme couché au No. 5, rend depuis vingt ans une quantité d'albumine égale à celle que rend le malade dont nous parlons aujourd'hui, et cependant il n'en semble pas autrement incommodé. Il me semble donc qu'on ne peut attribuer les troubles si grands de la santé que présente le No. 12, à l'état de son rein.

Faut-il incriminer le poumon? Les signes que l'on voit de son côté sont très légers, si légers qu'ils pourraient échapper au premier abord, et quand on tient compte, en outre, de ce fait que jusqu'ici le malade ne s'est pas plaint de ce côté, on est tenté de porter un pronostic favorable. Cependant les crachats fourmillent de bacilles et vous remarquerez que, dans le cas présent, la grande valeur de cet examen nous permet d'affirmer l'existence de la tuberculose. Est-ce à cette tuberculose qu'il faut attribuer le mauvais état de la santé générale? Je ne le crois pas encore, car la tuberculose ne date pas de janvier dernier, mais est vraisemblablement plus ancienne, et cependant la santé ne s'est altérée qu'à partir de cette époque; or, dans la tuberculose, l'affaiblissement précède presque toujours les signes locaux, tandis que c'est le contraire qui s'est passé ici. Nous sommes donc conduits à éliminer la phtisie et à chercher une autre explication du mauvais état général. On pourrait peut-être songer à une tuberculose à marche rapide.

Comme notre malade est apyrétique, qu'une tuberculose sans symptômes locaux évoluant rapidement s'accompagnerait de fièvre, au moins le soir, on est conduit à rejeter également cette hypothèse.

Reste la grippe. Elle a été bénigne chez notre malade et a suivi la marche la plus commune, et l'on peut se demander si une simple grippe est capable de déterminer des accidents du genre de ceux que nous cherchons à expliquer. Or, je n'hésite pas à déclarer que oui, et c'est ce que je vais essayer de vous démontrer. Je vous ferai tout d'abord remarquer que l'adynamie est la règle au début de la grippe. Elle caractérise même la maladie, plus que les symptômes locaux. D'habitude, cette adynamie d'ailleurs, s'efface peu à peu et la convalescence s'établit franchement. Notons cependant que quelquefois cette dernière s'éternise, et cela surtout si la grippe a été intense, ce qui, du reste, n'est pas ici le cas. Mais, même dans les cas légers, l'asthénie survit parfois longtemps à la grippe. Elle peut d'abord être consécutive à des complications bronchiques ou pulmonaires, à la tuberculose, à la pneumonie caséuse.

Est-ce de cela qu'il s'agit? Non, puisque la grippe n'a pas

exagéré les accidents du côté du poumon et que les phénomènes thoraciques ont plutôt diminué dans ces derniers temps, et notre malade, je ne saurais trop le répéter, après une grippe modérée, a de la prostration sans raison apparente.

Dans ces conditions, je ne puis m'empêcher d'admettre qu'il y a une relation de cause à effet entre la grippe et cet état général si particulier. Je suis d'autant mieux fondé à admettre cette hypothèse, que le cas actuel est loin d'être isolé.

Je voyais hier un homme, bien portant d'habitude, qui avait eu une grippe moyenne; mais chez lui cette grippe avait été suivie d'une telle fatigue, d'un tel affaissement général, que son médecin m'appela en consultation. A l'examen, je constatai qu'aucune complication de la grippe ne pouvait expliquer la prostration. Au sommet gauche, il y avait une très légère nuance dans la tonalité de la sonorité, mais pas de modification respiratoire. Il est vrai que le malade a une hérédité qui n'est pas nette; qu'il y a un peu de tuberculose dans la famille, mais les signes trouvés sont trop légers pour expliquer l'altération de la santé générale et il faut les rapporter à la grippe.

Les suites de la grippe sont mal connues et nous les voyons maintenant. On observe sur un grand nombre de malades un affaiblissement physique, intellectuel, moral même tout particulier; les forces sont très diminuées, l'intelligence baissée; un travail que l'on faisait auparavant facilement, devient d'une difficulté excessive; il y a même quelquefois de la perversion de l'état moral, de l'indifférence, et les malades sont à l'état des gens qui ont le mal de mer et qui ne font attention qu'à leur mal.

Toutes les gripes n'entraînent pas des phénomènes semblables et, comme dans le cas actuel, la maladie a été relativement légère, il faut chercher la cause de ces suites dans l'état du terrain sur lequel elle s'est développée.

Un tuberculeux, un brightique comme notre malade, résiste mal à la grippe.

J'ai eu occasion de voir en province une dame qui présentait des accidents identiques à ceux dont nous parlons aujourd'hui, accidents tellement semblables que les deux maladies sont superposables. La dame âgée de 50 ans, tousseuse dans sa jeunesse, un peu délicate, était cependant devenue une mère de famille. Il y a quelques mois, elle fut prise d'accidents brightiques probablement à la suite d'un refroidissement. Son albuminurie fut grave, s'accompagna d'œdème, d'un état général sérieux, de vertiges, de tintements d'oreilles, d'amblyopie. Cependant la guérison survint à peu près complètement, et il ne resta qu'un peu d'albumine dans l'urine. A ce moment, la malade se fatigua à soigner une de ses filles, atteinte de tuberculose aiguë; puis elle gagna la grippe de son gendre et l'eut d'une façon légère. Cependant, au bout de quelque temps, l'état de

prostration des forces s'accroît, l'abattement, la débilitation, la faiblesse, devinrent excessifs et se complétèrent d'une intolérance absolue des voies digestives. En examinant la malade, je trouvai une légère diminution du son et un prolongement léger de l'expiration dans la fosse sous-épineuse droite avec un peu de tympanisme sous-claviculaire. L'albuminurie était médiocre, il n'y avait rien au cœur et la tension artérielle était affaiblie.

Comment le terrain exagère-t-il les phénomènes consécutifs à la grippe? On peut supposer que dans les cas auxquels je fais allusion, il y a un affaiblissement de l'organisme en général; on peut croire aussi que de mauvais reins sont plus mauvais que jamais dans les maladies infectieuses. La tuberculose probable ou possible ne suffirait pas, en effet, pour expliquer la gravité de ces cas, car s'il y a des gens dont la phtisie est aggravée par la grippe, s'il y en a d'autres chez lesquels elle semble éveillée par elle, il faut noter aussi qu'il y a des malades dont la tuberculose ne subit pas l'influence de la grippe, ou même s'atténue à sa suite. C'est donc probablement l'état des reins qui est le plus important dans le cas que nous étudions.

Nous avons ici au No. 5, un albuminurique dont je vous ai déjà parlé, qui, depuis 29 ans, supportait très bien son albuminurie. Il a été pris de la grippe il y a six semaines, et, depuis ce temps, il a perdu toute activité et est devenu incapable de travailler. C'est une nouvelle preuve que les affections rénales rendent la grippe plus grave au moment où elle se produit, et que de plus l'organisme se relève plus difficilement.

Que faut-il penser de l'avenir de notre malade? La tuberculose va-t-elle prendre une marche rapide? Cela est difficile à dire, car le pronostic de la phtisie ne peut être établi sur le nombre des bacilles. Tel tuberculeux dont les crachats en contiennent à peine quelques-uns, succombe rapidement à une phtisie rapide. Tel autre, dont l'expectoration en renferme beaucoup, résiste fort longtemps. Toutefois, les signes de tuberculose que présente notre malade sont restés limités malgré la grippe; on peut donc espérer que la marche de sa phtisie continuera à être lente.

Le traitement chez lui n'est pas facile à instituer, car il faut penser à la fois à l'affaiblissement, au mal de Bright et à la tuberculose, et que beaucoup des moyens que l'on pourrait conseiller pour réveiller les forces, tel que l'hydrothérapie, par exemple, sont dès lors contre-indiqués. La tuberculose ne menace pas, il est vrai, mais elle existe. Il s'en suit que nous ne devons point donner de fer, afin d'éviter les accidents de recrudescence de la phtisie signalés déjà par Trousseau à la suite de l'administration de ce médicament.

Nous combattons donc l'asthénie par une alimentation aussi tonique que possible, par l'emploi des amers et celui des arsenicaux; il sera bon aussi d'exciter les fonctions de la peau par les frictions et le massage.—*Bulletin médical.*

Diagnostic de la fièvre typhoïde dans le premier septénaire.

—Clinique de M. le prof. JACCOUD.—Nous avons en ce moment, dans nos salles, différents individus atteints de fièvre typhoïde. Vous avez pu constater que nous n'avons presque jamais hésité à porter le diagnostic de typhus abdominal, le jour même de l'entrée de ces malades à l'hôpital. Comment expliquer ce fait? Rien n'est plus facile à comprendre. Ceux qui viennent nous demander des soins sont des gens qui s'observent peu, qui s'écoutent peu. C'est lorsqu'ils sont vaincus par la maladie, qu'ils se décident à entrer dans les services hospitaliers. L'affection date de plusieurs jours, souvent la fièvre typhoïde est déjà à la fin du premier septénaire et alors la lumière est souvent éblouissante. Mais les exigences de la pratique sont bien différentes. L'importance du diagnostic précoce de la fièvre typhoïde s'impose dans la clientèle. La difficulté subsiste jusqu'à l'apparition des taches rosées. Si l'exanthème sort, le diagnostic n'est plus en suspens. S'il n'y a pas d'éruption au septième, huitième, neuvième jour, la marche de la maladie, a tranché la question. Mais avant la sortie de l'exanthème, il faut être très éclairé sur les différentes modalités de la fièvre typhoïde pour pouvoir découvrir le typhus abdominal au début.

La meilleure distinction à établir est celle-ci : la dothiéntérie a une période préfèvre ou elle n'en a pas.

On a bien dit que la période préfèvre ou prodromique éclairait le diagnostic. Evidemment, quand il existe avant le début de la fièvre, une altération croissante de la santé, un abattement général, de la trémulence musculaire, quand l'individu perd l'appétit, a des vertiges, de la céphalalgie et évidemment cet ensemble symptomatique, s'il persiste pendant plusieurs jours, est caractéristique de la fièvre typhoïde. De sorte que si la fièvre vient à s'allumer après cette période, on doit être éclairé sur sa nature. Mais le malheur, c'est que la période préfèvre peut manquer. La température monte immédiatement, dès le début de la maladie.

La fièvre typhoïde peut présenter toutes les apparences d'un embarras gastrique. La similitude s'étend jusqu'aux effets thérapeutiques. Le vomitif donne lieu, en effet, à une guérison, dans le cas d'embarras gastrique, et à une simple accalmie, dans le cas de fièvre typhoïde. En réalité, il n'y a pas moyen d'éviter l'erreur. Il faut attendre la marche de la maladie avant de se prononcer. Le traitement a rapidement raison de l'embarras gastrique.

Le diagnostic est plus difficile quand la période préfèvre fait défaut. L'affection débute soudainement par une fièvre plus ou moins intense, par un mal de tête violent. La fièvre est continue : Voilà une première modalité du début brusque. Il existe un autre début rapide : la céphalalgie s'établit d'emblée et la

fièvre procède par accès intermittents. L'accès fébrile qui dure quelques heures et se reproduit plusieurs jours de suite, présente les trois phases classiques de l'accès palustre: froid, chaleur, sueur. Dans l'intervalle des accès, la fièvre disparaît, mais le bien être ne revient pas. La courbature et le malaise subsistent. J'ajoute que l'heure de l'apparition de l'accès de fièvre n'a rien de régulier.

Dans la première modalité au début brusque (céphalalgie et fièvre continue), le diagnostic est forcément suspendu. Il faudra penser à toutes les phlogosies viscérales, à début rapide. L'examen minutieux des viscères permettra d'être fixé au bout de quarante-huit heures au plus. Mais on ne pourra pas éliminer aussi vite la possibilité d'une fièvre éruptive. Il faudra dépasser les délais maxima qui représentent la première période des fièvres éruptives. Or, on sait que dans la rougeole, cette première période est longue, de sorte que le diagnostic peut rester plusieurs jours en suspens. La présence des râles dans la poitrine ne fait qu'augmenter l'embarras du clinicien. Il faut savoir attendre quatre, cinq, six jours, à moins cependant que la marche de la température ne soit tellement typique que l'hypothèse d'une fièvre continue s'affirme.

Dans l'autre modalité du début brusque (céphalalgie, etc., fièvre intermittente), on ne peut se prononcer avant quelques jours. Il sera alors possible de repousser l'idée d'une fièvre intermittente d'origine paludéenne.

Par malheur pour le diagnostic précoce de la fièvre typhoïde, certains phénomènes, dit caractéristiques, ne sont pas constants. De telle sorte que leur absence ne suffit pas pour exclure la dothiéntérie. C'est ainsi que l'ascension graduelle, en échelons, considérée comme constante ne s'observe guère que dans la moitié des cas. Le maximum thermique que l'on trouve le soir du cinquième ou du sixième jour, peut être atteint dès le deuxième ou le troisième jour. Ainsi est démontrée fautive une des lois formulées par Wunderlich. Quand le stade des oscillations ascendantes manque, on ne peut donc éliminer la fièvre typhoïde. La marche de la température des premiers jours est un élément de diagnostic qui perd de son importance, non pas à cause de son infidélité, mais à cause de son inconstance.

On a écrit que le diagnostic initial de la fièvre typhoïde pouvait être bien aidé par l'absence d'un symptôme. Quand il n'existe aucun vomissement, a-t-on dit, au milieu du cortège symptomatique qui ressemble à celui de tant de maladies fébriles, on est en droit de penser à la dothiéntérie. C'est un fait général qui est vrai; dans le premier septénaire, il n'y a pas de vomissements en règle générale. Mais ces vomissements peuvent exister dès les premiers jours de la maladie. Quand l'ascension thermique est brusque, atteint immédiatement le maximum, les vomissements apparaissent.

Dans la fièvre typhoïde, à l'inverse de certaines affections fébriles, il n'y a pas de douleurs dans le ventre, dans les premiers jours de la maladie. Cette assertion est vraie, mais en règle générale seulement. En effet, des douleurs abdominales apparaissent parfois dès le début de la fièvre typhoïde.

On a dit aussi que, dans la première semaine de la dothiérien-térie, le faciès n'est pas caractéristique. On ajoute que dans les fièvres éruptives, et en particulier, dans la première période de la rougeole, le visage est rouge, animé, vultueux. La torpidité de la face est, en effet, la règle dans la fièvre typhoïde classique, mais quand la température débute brusquement et s'élève très haut dès le deuxième jour, la figure est rouge et animée. Mon malade atteint de la fièvre typhoïde abortive, a eu l'aspect rubéolique pendant quarante-huit heures.

Telles sont les difficultés qui se présentent dans la pratique de la ville. Il faut bien les connaître, pour ne pas s'exposer à de graves erreurs.—*Abeille médicale.*

Diagnostic des affections nerveuses des extrémités.—Maladie de Morvan.—Clinique de M. le prof. CHARCOT.—Les affections d'origine nerveuse qui peuvent intéresser les extrémités sont assez nombreuses et souvent très rapprochées par leur aspect clinique; M. le prof. Charcot les a passées rapidement en revue en montrant divers malades et spécialement un homme atteint de sclérodémie d'une forme particulière. La sclérodémie ordinairement décrite en effet est considérée comme envahissant successivement tout le corps; cette forme, au contraire, reste limitée aux extrémités et à la face de telle sorte que le malade prend un aspect tout spécial.

A côté de cette forme se place la lèpre anesthésique dite mutilante, puis la gangrène symétrique des extrémités et enfin la parésie analgésique à panaris multiples qu'on appelle communément la maladie de Morvan.

M. Charcot a montré tout d'abord un exemple très complet de dactylite mutilante dû à la sclérodémie symétrique des deux mains. Les phalanges ont conservé à peu près leur caractère; les phalangines sont coniques, avec la peau lisse et des adhérences profondes; enfin la phalangette a presque disparu. Celle-ci disparaît par résorption; c'est un caractère très important et qui est la règle. Un autre fait remarquable, c'est que tous ces phénomènes se produisent sans douleurs; les accidents ont commencé par de petites bulles qui se sont succédées sur l'extrémité des doigts depuis deux ans sans que le malade en ait souffert. Il n'existe pas d'anesthésie. Ce qui achève de caractériser cette affection, c'est l'existence du masque sclérodémique; la physionomie est immobile; la peau paraît trop courte et comme rétrécie, les lèvres semblent taillées au couteau et laissent voir les dents. Le nez est

rétréci, et les paupières laissent saillir les yeux. La sclérodémie limitée ainsi, reste stationnaire et n'est plus qu'une infirmité; elle diffère essentiellement de la forme connue par l'absence de douleurs et par sa limitation à ces parties.

La lèpre anesthésique, forme beaucoup moins connue des médecins que la lèpre tuberculeuse, peut intéresser les mêmes parties. Les malades atteints ont une atrophie musculaire des mains tout à fait analogue à celle de l'atrophie de Duchenne. On trouve en même temps de l'anesthésie et de l'analgésie non seulement sur les mains, mais aussi sur le corps où ces troubles de la sensibilité siègent au centre de grandes circonférences entourant des plaques rouges. Sur les mains il se fait des gerçures qui se creusent peu à peu et finissent par faire tomber le doigt, mais sans souffrance. Malgré sa rareté dans nos climats cette affection doit être connue, car si chez ces malades on n'examinait pas en même temps les téguments des autres parties du corps on s'exposerait à une grossière erreur de diagnostic.

La gangrène symétrique des extrémités se manifeste par des symptômes bien connus et qu'il est inutile de rappeler ici. La maladie de Morvan mérite, au contraire, d'autant plus de fixer l'attention que depuis qu'elle a été décrite par cet observateur éminent, les cas de ce genre semblent se multiplier comme il arrive toujours après la description d'un type clinique bien défini.

Le fait saillant observé chez ces malades est l'existence de panaris multiples se reproduisant à des intervalles plus ou moins éloignés, de plusieurs mois à plusieurs années, et s'accompagnant d'anesthésie. Celle-ci est complète; il n'y a pas de dissociation de sensibilité; le tact a disparu, mais ce trouble ne dépasse pas ordinairement l'avant-bras. Les panaris qui se multiplient ainsi sont graves et toujours suivis de mutilations, et c'est au moment où une opération devient nécessaire qu'on s'aperçoit de leur insensibilité. Pourtant il faut savoir que celle-ci n'existe pas toujours au moment des premiers panaris; il ne faudrait donc pas rejeter forcément sa nature à cause de l'absence de ce symptôme. De plus, il y a souvent des crevasses analogues à celles du mal perforant, des gerçures ainsi que de petites bulles; les mains sont froides et cyanosées; il peut exister aussi des atrophies et même de la scoliose comme dans la syringomyélie. Cette dernière maladie, qui a été rapprochée de la maladie de Morvan, est cependant hors de cause, car l'examen anatomique a montré qu'il ne s'agissait pas de la même affection.

Tels sont, rapidement résumés, les principaux caractères de cet état morbide; ils se sont montrés à peu près au complet chez un malade du service, mais en se compliquant d'autres phénomènes qui ont rendu ce cas particulièrement complexe; ce malade, après une chute dans l'eau, fut atteint d'accidents graves et s'aperçut quelque temps après d'un certain degré de faiblesse dans le bras

gauche; puis il fut atteint d'un panaris qui détruisit la phalange. Un peu plus tard, il eut un durillon forcé, puis deux panaris graves, mais cette fois sans aucune douleur, il se présenta à ce moment à M. Honot qui constata de l'insensibilité jusqu'au pli du coude et reconnut d'une façon très nette les symptômes de la maladie de Morvan. Mais actuellement il présente une complication qui rend sa situation plus compliquée. Il est atteint, en effet, d'une anesthésie complète de tout le côté gauche avec troubles sensoriels qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une hémianesthésie hystérique; de telle sorte que chez cet homme, la maladie a évolué en deux périodes qu'on peut reconstituer ainsi: dans la première il s'est agi de la maladie de Mervan avec la plupart de ses caractères; puis, une fois ainsi mutilé, réluit à la misère, cet homme s'est trouvé dans un état mental tout particulier et favorable à la production de l'hystérie qui s'est alors surajoutée.

Cette distinction est intéressante à établir, car elle permet de comprendre la juxtaposition de phénomènes qui ne s'expliqueraient pas sans cela; de plus, elle montre qu'il faudra employer chez ce malade en même temps que les divers procédés usités contre l'hystérie, d'autres moyens, tels que des révulsifs, du seigle ergoté..., dirigés contre l'état de sa moelle, très probablement altérée.—*Abeille médicale.*

Crises gastriques avec hématemèses dans le tabès.—Clinique de M. le professeur CHARCOT, à la Salpêtrière.—On a signalé déjà assez souvent des cas dans lesquels des crises gastriques dues à l'ataxie commençante ont été attribuées à un ulcère simple de l'estomac; le fait suivant en est un exemple intéressant, d'autant plus qu'ici il existait du sang dans les matières vomies. Un malade de 35 ans a été pris il y a plusieurs années de douleurs gastriques violentes, incessantes avec vomissements noirâtres; ces accidents ont disparu, puis reparu à des intervalles de plus en plus rapprochés. Pendant trois ans, on a cru à un ulcère simple, et le malade a été simplement soumis à la diète lactée; c'est au bout de ce temps seulement que l'incoordination a paru et a montré qu'il s'agissait de crises gastriques dues au tabès.

On eût pu cependant éviter l'erreur si on avait étudié attentivement ce cas, car il présentait certaines particularités devant attirer l'attention. Voici, en effet, quels sont les caractères habituels des crises du tabès. Les douleurs commencent brusquement par l'abdomen, et les vomissements ne surviennent qu'après; ceux-ci sont muqueux, glaireux, quelquefois sanguinolents, mais très rarement; de plus, ils sont hyperacides, renfermant beaucoup d'acide chlorhydrique; ils durent cinq à six jours et pendant ce temps le malade ne peut absolument rien manger; il peut même

arriver qu'il tombe dans un état d'engourdissement, de semi-coma d'où on ne le tire qu'avec peine; quelquefois même il présente une algidité analogue à celle d'un cholérique. La terminaison de cette crise est très caractéristique; tout à coup, alors qu'aucun moyen mis en œuvre ne réussissait, le malade paraît guéri et peut s'alimenter. Ce contraste est très frappant et doit toujours attirer l'attention.

De plus, ces crises se renouvellent périodiquement et cela quelquefois pendant plusieurs années, et cette périodicité à elle seule est un fait très important; enfin, ces phénomènes gastriques sont très rarement isolés si on sait bien rechercher les autres symptômes de l'ataxie. Très souvent ils s'accompagnent de douleurs fulgurantes qui ont avec eux beaucoup d'analogie; il y a souvent coïncidence ou alternance des deux sortes d'accidents; tous les autres phénomènes préataxiques peuvent d'ailleurs se montrer; mais souvent aussi, dans ces cas, il y a des crises laryngées, des crises vésicales ou des athroopathies. Il est remarquable que le premier auteur qui ait bien décrit ces douleurs soit Graves, et cela à un moment où on ne connaissait pas l'ataxie, puisque c'était en 1842. Il s'agit d'un malade de 22 ans, très précoce par conséquent, au point de vue de l'ataxie, mais dont l'hérédité très chargée explique la précocité, et qui était atteint de crises atroces survenant tout à coup, disparaissant de même sans aucune raison apparente. Ce malade finit par mourir paraplégique, ainsi qu'on le disait alors dans les cas d'ataxie dont on ne connaissait pas la nature.

Tel est le type de la crise gastrique, mais il y a de grandes variations dans ce symptôme qu'il faut savoir reconnaître.

Tout d'abord les symptômes d'algidité peuvent prendre une grande prédominance. Le malade peut être froid et violet à un point extrême; M. Charcot a vu un malade atteint de cette forme de crises qui, voyageant beaucoup, fut considéré à Londres comme atteint de goutte de l'estomac ou d'embolie, et, en Italie de fièvre pernicieuse.

Chez un autre malade placé dans les mêmes conditions on diagnostiquait une tumeur cérébrale. Un autre tombait dans la stupeur et est mort ainsi au milieu d'une crise.

Ces crises peuvent se modifier encore d'autre manière; les vomissements peuvent se produire sans douleurs; d'autres fois, au contraire, les douleurs existent, mais il n'y a pas de vomissements.

Dans certains cas, les crises se rapprochent beaucoup et se reproduisent presque tous les jours; elles peuvent même s'établir d'une façon presque permanente et il en résulte alors un état chronique particulier dans lequel la douleur est pourtant moins forte que dans les crises véritables. Dans tous ces cas d'ailleurs, on ne trouve à l'autopsie rien du côté de l'estomac, mais il existe alors des lésions du côté du bulbe.

Ces crises peuvent disparaître comme certains autres accidents du tabes; leur pronostic n'est donc pas absolument grave en lui-même; quant au diagnostic, il est surtout à faire avec l'ulcère rond de l'estomac; mais cette erreur ne sera jamais commise si on pense à la possibilité du tabes: il n'est pourtant pas rare de voir de ces malades envoyés à Vichy comme atteints de coliques hépatiques. Une difficulté plus grande résulte de ce fait que des crises absolument semblables ont été décrites en dehors du tabes, dans certains états nerveux, comme la neurasthénie. Pourtant les crises douloureuses de l'ataxie peuvent exister si longtemps à l'état isolé qu'il est bien difficile de se prononcer sur ce point et d'affirmer que, dans ces cas, le tabes n'était pas en jeu. Un malade du service a eu ainsi des crises laryngées pendant sept ans avant qu'aucun phénomène ataxique ne se soit produit.

Si maintenant on étudie plus en détail l'histoire du malade, objet de cette leçon, on voit qu'elle est fort instructive. Cet homme a été pris il y a six ans, au milieu d'une bonne santé, d'un premier vomissement de sang noir accompagné de douleurs très violentes; il vomissait ainsi nuit et jour et tomba dans un état de torpeur avec demi-inconscience. L'année suivante il eut une crise semblable tous les 28 ou 30 jours; mais ce qui est ici très particulier, c'est qu'après huit jours de crises, il reste quatorze ou quinze jours sans manger et presque sans pouvoir avaler; il ne vit alors que de champagne et de koumys. Un peu plus tard les crises s'éloignèrent, mais il dut néanmoins être maintenu au régime lacté. On pensa alors à un cancer de l'estomac, puis à un ulcère, en raison surtout de la présence du sang dans les vomissements; aussi fut-il envoyé trois années de suite à Vichy et à Chatel-Guyon. Après une dernière crise plus terrible que toutes les autres, il a repris son appétit ordinaire et mange maintenant comme tout le monde. Les douleurs n'ont pas reparu depuis plus de quatre mois.

On aurait pu, dans ce cas, si l'attention avait été éveillée, reconnaître le tabes dès le début, car dès cette époque il existait, paraît-il, une toux spéciale et un enrouement particulier; ce qui le démontre, c'est qu'à ce moment on lui a coupé la luette. En outre, au moment de sa seconde crise, il eut des douleurs fulgurantes qui ont toujours persisté depuis. Enfin, à Vichy même, à la suite d'un léger accès de toux, il tomba comme une masse et se releva aussitôt; c'est la crise laryngée sous forme d'ictus, très caractéristique du tabes, bien qu'on puisse retrouver ce phénomène dans la goutte. Ces chutes, d'un caractère si singulier, se renouvelèrent huit ou neuf fois sans attirer l'attention. C'est la cinquième année seulement qu'apparut l'incoordination et que fut fait le diagnostic. Actuellement on trouve le tableau du tabes aussi complet que possible et il est fort probable que beaucoup des signes qu'il présente maintenant existent depuis fort longtemps.—*Abeille médicale.*

Dilatation aigue de l'estomac dans la chorée—H. BROWN rapporte une observation de chorée grave chez une jeune fille de seize ans, survenue consécutivement à une attaque de rhumatisme aigu avec endocardite. Le salicylate de soude et le chloral bromuré n'ayant donné aucun résultat, on administra quarante gouttes de teinture de jusquiame et trente gouttes de teinture de chanvre indien, ce qui procura un peu de calme. Au bout de quelques jours, survinrent des vomissements incoercibles et de la diarrhée, puis les mouvements choréiques cessèrent presque complètement et le lendemain, en même temps que les vomissements s'arrêtaient, la malade tomba dans le collapsus, sans perte de connaissance, mais avec une distension énorme de l'abdomen, qui était tympanique à la percussion. Pouls filiforme, douleurs lancinantes dans l'abdomen, suppression complète des urines. La malade mourut au bout de vingt-quatre heures sans avoir perdu connaissance.

À l'autopsie, qui ne put être faite complètement, on trouva l'abdomen rempli par l'estomac énormément distendu, contenant une grande quantité d'un liquide brun verdâtre.

Deux cas analogues ont été rapportés par Fagge, dans son *Traité de Pathologie interne*. *Lancet*.

Du réflexe bulbo-caverneux, par M. ONANOFF.—M. ONANOFF propose de désigner sous le nom de "réflexe bulbo-caverneux" la contraction brusque des muscles ischio et bulbo-caverneux que détermine chez l'homme normal l'excitation mécanique du gland.

Les recherches cliniques qu'il vient d'entreprendre sur ce phénomène lui ont déjà permis d'établir quelques considérations d'une réelle valeur au point de vue du pronostic et du diagnostic de certaines maladies nerveuses.

Pour cette exploration il procède de la façon suivante : l'index de la main gauche étant placé sur la région du bulbe de l'urèthre, la main droite frotte rapidement la surface dorsale du gland à l'aide du bord d'un morceau de papier, ou encore pince légèrement la muqueuse. Dans ces conditions, l'index appliqué sur la région du bulbe perçoit une secousse plus ou moins intense, qui est en rapport avec la contraction des muscles ischio et bulbo-caverneux.

Voici les résultats fournis par l'étude de ce nouveau signe.

Chez 62 sujets adultes considérés comme sains ou du moins exempts de toute neuropathie appréciable, le réflexe bulbo-caverneux n'a jamais fait défaut.

Chez des vieillards ayant perdu la virilité, au contraire, le réflexe en question est aboli, ou bien à peine perceptible.

Dans 3 cas d'hémiplégie vulgaire, alors que les fonctions génitales n'étaient pas influencées par la maladie, le réflexe était normal et sans exagération.

Dans 2 cas de myélite transverse siégeant au niveau de la région

lombarie supérieure, le réflexe était manifestement exagéré; dans ces deux cas, l'érection se faisait à l'insu du malade qui n'en était prévenu, pour ainsi dire, que par hasard.

Dans l'*ataxie locomotrice progressive*, il est à remarquer tout d'abord, en règle générale, que les troubles urinaires ne paraissent avoir aucune influence sur le réflexe bulbo-caverneux.

D'autre part, lorsque le réflexe existe chez ces malades, ils ont conservé intacte ou exagérée leur fonction sexuelle, tandis que lorsqu'il est aboli ils n'ont jamais d'érections complètes. Toutefois, il peut arriver que certains tabétiques aient vu diminuer leur fonction génitale, bien qu'ils conservent le réflexe. Mais alors l'impuissance sera passagère et le retour de la fonction est de règle sous l'influence du traitement (suspension). Au contraire, si avec cette même diminution de la fonction génitale on observe l'abolition du réflexe, on peut prévoir que l'impuissance sera durable et le traitement inefficace.

Il en résulte que dans cette catégorie de malades, la présence ou l'absence de ce signe est très importante pour le pronostic du trouble génital. M. Onanoff ajoute qu'il lui paraît prudent de formuler des réserves en raison du petit nombre (34) de ses observations d'ataxiques. En dernier lieu, le même signe peut aider au diagnostic de certains cas d'impuissance, de pathogénie difficile telles qu'on en observe chez les urinaires, les hémorrhéïdaires et les divers neuropathes. Dans tous ces cas, en effet, le réflexe bulbo-caverneux ne fait jamais défaut et il est habituel que les fonctions génitales réapparaissent sous l'influence du traitement de la maladie principale. L'auteur cite à cet égard un fait instructif. Dans un cas de diabète sucré avec perte du réflexe rotulien et abolition des fonctions génitales, le réflexe bulbo-caverneux persistait quoique faible. Or, quand le diabète s'amendait pendant quelques jours sous l'influence du traitement, le réflexe bulbo-caverneux devenait parallèlement plus fort en même temps que le malade accusait le réveil de ses fonctions génitales.

Dans 9 cas de *neurasthénie* avec perte complète ou partielle des fonctions génitales, le réflexe bulbo-caverneux ne faisait défaut dans aucun cas.

Il n'est pas sans intérêt de constater que le réflexe ne dépend pas de la sensibilité de la muqueuse du gland; on note en effet un réflexe bulbo-caverneux exagéré chez quelques tabétiques dont cette sensibilité était très éteinte. Mais alors la sensation voluptueuse fait défaut chez les malades, bien que l'érection soit complète et persistante.

En résumé : 1^o il existe chez l'homme à l'état normal un réflexe qu'il est permis d'appeler "bulbo-caverneux," 2^o dans les cas de troubles de la fonction génitale; a, la présence de ce réflexe indiquera une origine dynamique et permettra de porter un pronostic bénin; b, l'absence de ce réflexe sera le signe d'une lésion organique et entraînera un pronostic grave.—*Tribune médicale.*

Frottements périhépatiques et abcès du foie.—M. BERTRAND (de Toulon) a remarqué que, lorsque les grands abcès du foie gagnent par suite de leur développement la surface de l'organe, la périhépatite qu'ils déterminent se manifeste non seulement par une augmentation de la fièvre et de la douleur, mais par l'apparition de gros frottements, perceptibles, dans l'hypochondre droit, à la palpation et à la percussion surtout pendant les grandes inspirations.

C'est au niveau du point le plus douloureux, en général au milieu des septième ou huitième espaces intercostaux, sur la ligne axillaire antérieure, que siègent ces frottements et la douleur la plus vive. C'est en ce point que doit être faite la ponction exploratrice.—*Concours médical.*

De la cirrhose alcoolique, par LANCEREAUX.—Le pronostic de la cirrhose alcoolique varie suivant que les lésions ne portent que sur le stroma conjonctivo-vasculaire du foie et se traduisent par de l'ascite, du météorisme, de l'albuminurie, ou atteignent en même temps les cellules hépatiques elle-mêmes et donnent lieu à un certain degré d'augmentation de volume de l'organe avec ascite peu considérable, hémorrhagies et ictère. Cependant, cette dernière forme, quoique plus grave, n'est pas pour cela toujours mortelle. L'emploi exclusif et prolongé du régime lacté amène à peu près certainement la guérison quand les malades y sont soumis à une période assez peu avancée des lésions.—*Bulletin médical.*

La crémation à Paris.—Le nouveau four crématoire, mis en service le 12 août dernier, au cimetière du Père Lachaise, à Paris, a, jusqu'au 31 décembre 1889, effectué 785 incinérations. Dans ce chiffre, les incinérations demandées par les familles ne s'élèvent qu'à 35. Il y a eu 483 destructions de bières contenant des débris d'hôpitaux et 217 incinérations d'embryons provenant des services de maternité. Le nouveau four, on le sait, est un appareil basé sur le système Siemens. Il présente sur l'ancien des avantages considérables. Le coût des opérations est beaucoup moindre en ce que le combustible est du coke au lieu d'être du bois. La dépense a diminué de 25 à 3 francs. De plus, la durée de la combustion du corps est notablement réduite. Avec l'ancien appareil, il fallait une heure trois quarts en moyenne pour réduire en cendres le corps d'un adulte. L'incinération varie le plus souvent aujourd'hui entre une heure et une heure et quart. On pense même que l'opération pourra être faite au plus tard en trois quarts d'heure.—*Nouveaux remèdes.*

CHIRURGIE.

Manifestations ganglionnaires dans la syphilis tertiaire.—LUSTGARTEN appelle l'attention sur une manifestation souvent méconnue de la syphilis tertiaire, puisque des cas de ce genre ont été pris et opérés pour des sarcomes. Ces tumeurs ganglionnaires siègent de préférence dans les aines, en deuxième ligne par ordre de fréquence, dans les régions sous-maxillaires ou sus-claviculaires, enfin dans la région cervicale ou axillaire. En général, un plus ou moins grand nombre de ganglions sont intéressés et forment des tumeurs arrondies, dures et mobiles, dont le volume varie d'une cerise à une orange; indolentes d'habitude, elles sont quelquefois le siège de douleurs obscures pendant la nuit. Au bout d'un certain temps, les ganglions sont réunis par une gangue fibreuse qui, dans les cas opérés, a rendu l'extirpation très difficile par les adhérences solides avec tous les organes voisins. Plus tard, la tumeur adhère à la peau, se ramollit et donne issue à une masse puriforme, mêlée de débris de tissus cellulaires, et il persiste une ulcération profonde et anfractueuse, offrant tous les caractères des ulcères syphilitiques tertiaires. Ces adénites sont difficiles à distinguer de la lymphadénie, du sarcome ganglionnaire ou de la tuberculose; mais le diagnostic peut être facilité par la co-existence de lésions syphilitiques, par les anamnétiques ou, en l'absence de l'un et de l'autre, par le traitement mixte hydrargyrique et ioduré qui fait rapidement disparaître les adénites syphilitiques tertiaires.—*Medical Record.*

Extirpation des vésicules séminales atteintes de tuberculose.—Un jeune homme de dix-sept ans avait subi, dans la clinique du professeur ALBERT de Berlin, la castration, du côté droit, pour une tuberculose de l'épididyme. Le cordon paraissant infiltré et l'affection semblant progresser, après une première intervention, M. E. Ulmann résolut d'extirper la vésicule séminale.

Une incision demi-circulaire, entre l'anus et le scrotum, à convexité postérieure, fut pratiquée sur le périnée (27 juillet 1889); la cloison périnéale incisée—le rectum était maintenu en place par la main d'un aide—le releveur de l'anus, qui s'insère au pubis, fut sectionné; la prostate fut ainsi mise à nu. On libéra alors le rectum sur une assez grande étendue, et, en faisant saillir avec une sonde la paroi postérieure de la vessie, on put facilement atteindre les canaux déférents et les vésicules séminales. Toutes

ces parties, plus ou moins infiltrées et hypertrophiées, furent enlevées avec le plus grand soin ; seul, le canal déférent gauche parut sain et fut respecté. Un petit abcès de l'angle supérieur droit de la prostate fut réséqué au cours de la même opération.

Sauf une hémorragie abondante survenue le soir même, et un faible écoulement d'urine dans les premiers jours, les suites de l'opération furent simples. La plaie qui avait été fermée par une suture en étages, sauf un drain qu'on y plaça, fut rapidement cicatrisée ; il resta seulement une petite fistule. L'opéré eut, dans les premiers temps qui suivirent, deux érections, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant.

L'auteur conseille une intervention semblable dans tous les cas de tuberculose primitive du testicule ou de l'épididyme, quand il n'y a aucun symptôme suspect du côté sain, et quand déjà la vésicule séminale du côté malade est atteinte ; il la conseille également dans les cas de tuberculose primitive des vésicules séminales.—*Bulletin de thérapeutique.*

Blennorrhagie buccale, par CUTLER.—Une femme de 21 ans, à la suite d'un coït *ab ore*, éprouve dès le lendemain une sécheresse particulière de la bouche avec une saveur désagréable ; le troisième jour la langue et les gencives sont tuméfiées ; le cinquième jour, impossibilité de manger, écoulement d'un liquide sanguinolent, fétide.

On constate alors sur les lèvres des vésicules et des ulcérations succédant au détachement de fausses membranes. Toutes les parties sont rouges et gonflées, sécrétant du sang fétide ; l'haleine est infecte ; la salivation est modérée.

Les fausses membranes contiennent des microbes qui ressemblent au gonococcus. Chez l'individu qui a causé la stomatite, l'infection blennorrhagique n'est pas douteuse.

Glycérine, sous-nitrate de bismuth, chlorate de potasse ; la malade part avant guérison complète.—*Revue des sciences médicales.*

Diagnostic et traitement des tumeurs ganglionnaires du cou.—Notre distingué collaborateur, le Dr A. PLICQUE, insiste sur les difficultés extrêmes que peut présenter le diagnostic précis des tumeurs ganglionnaires du cou. Tout d'abord il faut reconnaître le siège exact de la tumeur ; dans bien des cas la tumeur ganglionnaire est constituée non par un, mais par plusieurs ganglions ; cette forme spéciale, que le palper distingue facilement des bosselures que pourraient offrir d'autres néoplasmes du cou (lipomes, goître, cancer thyroïdien), suffit à établir le diagnostic. Les tumeurs ganglionnaires formées d'une masse conique sont un peu plus embarrassante ; c'est seulement par exclusion et en passant en revue tous les organes de la région que l'on arrive à les distinguer des tumeurs du corps thyroïde, des abcès par congestion, des

anévrismes, des kystes du cou, des fibromes et sarcomes des aponeuroses du cou, des contractures musculaires partielles d'origine rhumatismale ou hystérique (Verneuil), des gourmes du sternomastoïdien, etc.

Lorsque la tumeur est reconnue de nature ganglionnaire, il s'agit de savoir si elle est bien primitive et isolée; elle pourrait être en effet due à la propagation secondaire d'une tumeur maligne d'un organe voisin: on observe, en effet, des adénopathies du cou secondaires aux cancers du larynx, de l'œsophage, de la langue, du pharynx et surtout aux épithéliomas de l'amygdale. La tumeur ganglionnaire pourrait aussi n'être qu'une lésion accessoire coïncidant soit avec une hypertrophie d'autres ganglions éloignés (adénie de Trousseau), soit avec un état particulier du sang; la leucocythémie. On ne devra donc jamais négliger la palpation des divers ganglions: il faut explorer la rate par la palpation et la percussion; l'examen du sang est nécessaire pour ne point méconnaître la leucocythémie.

Le diagnostic vraiment important est celui de la nature de la tumeur ganglionnaire: il n'est guère facilité par les caractères mêmes de la tumeur. Ce n'est ni dans la forme, ni dans l'aspect, ni dans la consistance, ni dans les troubles fonctionnels qu'on trouve des renseignements utiles. L'évolution de la tumeur a plus d'importance: les tumeurs nettement inflammatoires arrivent vite à leur volume pour rester ensuite stationnaires ou diminuer rapidement, dès qu'on les traite. Les tumeurs tuberculeuses montrent une tendance précoce à la suppuration. Les cancers des ganglions s'accroissent sans suppurer, ne s'ulcèrent que très tardivement et leur ulcération se fait mécaniquement quand le volume est devenu énorme.

Les circonstances étiologiques qui ont accompagné le début de l'engorgement ganglionnaire, doivent être relevées avec soin: au début des adénopathies inflammatoires, on retrouve presque toujours la lésion qui a servi de porte d'entrée à l'irritation lymphatique. Ces lésions sont très variables (croûtes du cuir chevelu, ulcération du nez, stomatites, angines, inflammations d'origine dentaire et en particulier éruption de la dent de sagesse; maladies infectieuses comme scarlatine, oreillons, diphthérie). Parmi les autres notions étiologiques, les antécédents héréditaires et personnels du sujet constituent un élément précieux de diagnostic: une adénopathie développée chez un sujet qui offre des lésions tuberculeuses est à peu près sûrement tuberculeuse. Un tempérament arthritique doit toujours faire redouter une tumeur maligne; l'hérédité cancéreuse offre aussi une probabilité qu'il ne faut pas négliger. Enfin, il ne faut pas oublier que les adénopathies douteuses finissent trop souvent par évoluer vers la tuberculose, sinon vers le cancer.

Lorsque le diagnostic est à peu près complètement établi, quel

traitement faut-il instituer dans chacune des variétés d'adénopathie ?

1o Dans les adénopathies inflammatoires, la première indication est de supprimer, quand elle existe encore, la cause d'irritation.

Comme dans l'engorgement ganglionnaire chronique, on a recours aux divers modificateurs hygiéniques et médicamenteux ; air pur, iode, huile de foie de morue, etc. Localement, il faut d'abord mettre la tumeur ganglionnaire à l'abri des irritations extérieures, la protéger contre les frottements des vêtements et contre le froid extérieur par une épaisse couche d'ouate. On emploie avec avantage les diverses pommades résolutives à l'iodure de potassium, à la belladone, au mercure, etc. Comme agents de révulsion externe les badigeonnages iodés semblent préférables aux vésicatoires et aux pointes de fer. Quant aux injections interstitielles dans l'intérieur même du ganglion hypertrophié, on a tout à tour employé la teinture d'iode, l'acide acétique, l'acide phénique, la liqueur de Fowler, le naphthol camphré, etc.; il faut donner la préférence à la teinture d'iode et à la liqueur de Fowler. Plique se demande si l'électrolyse pratiquée avec un courant continu très faible (8 à 10 milliampères) passant par des aiguilles fines implantées dans la tumeur n'amènerait pas facilement la résolution.

2o Les adénopathies syphilitiques tertiaires offrent un grand nombre des indications thérapeutiques des adénopathies inflammatoires ; de plus, elles répondent aux indications ordinaires du traitement spécifique : frictions mercurielles, sirop de Gibert et surtout iodure de potassium. L'influence du traitement est ordinairement rapide.

3o Les adénopathies tuberculeuses relèvent encore du traitement médical qui peut suffire seul dans nombre de cas : il constitue toujours un auxiliaire indispensable de l'intervention chirurgicale. Les moyens hygiéniques (vie au grand air, séjour au bord de la mer) y tiennent le premier rang. Comme médicaments, l'huile de foie de morue à fortes doses, l'iode sous forme de vin iodé, d'iodure de fer, le phosphate de chaux sont surtout usités. Les pilules d'iodoforme à la dose de 1 à 10 centigr. par jour, suivant la tolérance, donnent souvent de bons résultats. L'arsenic ne peut être donné qu'à faibles doses et semble peu efficace.

Dans les adénites tuberculeuses suppurées, les indications chirurgicales sont très nettes : la ponction, suivie d'injection avec la glycérine iodoformée, peut donner de bons résultats dans les tumeurs très fluctuantes. L'incision, suivie du curage, convient mieux dans les infiltrations purulentes mal collectées. Le grattage, poussé jusqu'aux parties dures et résistantes, constitue un procédé d'exérèse très puissant et très régulier (Trélat).

Dans les adénites indurées, la conduite à tenir est discutée : théoriquement il y a intérêt à supprimer le foyer infectieux ;

pratiquement, l'ablation est loin de mettre toujours à l'abri des généralisations viscérales et des récidives locales.

Pour les tumeurs malignes, les indications thérapeutiques sont encore plus difficiles à préciser que dans la tuberculose des ganglions : dans la récente discussion de la Société de chirurgie, deux opinions différentes ont été soutenues : l'une concluant au traitement médical (arsenic en injections interstitielles et à l'intérieur, phosphore, phosphure de zinc), l'autre préconisant l'ablation chirurgicale.

Si les indications thérapeutiques sont discutables dans les cas où le diagnostic semble à peu près certain, elles le sont encore bien plus dans les cas où l'on n'est pas fixé sur la nature de la tumeur.

La conduite la plus sage paraît être à priori d'essayer le traitement le plus simple, celui de l'adénopathie inflammatoire ; mais cette conduite a de grands inconvénients. Peut-être vaut-il mieux suivre la règle radicale formulée par Terrier, celle d'enlever, dès le début, toute tumeur ganglionnaire suspecte. Dès qu'une adénopathie se prolonge et surtout s'accroît, dès qu'elle ne cède pas aux moyens les plus simples, il faut opérer sans perdre de temps.
— *Concours médical.*

Orchite et pseudo-orchite par effort. — M. GUELLIOT (de Reims) a consacré récemment, dans l'*Union médicale du Nord-Est*, un intéressant article destiné à élucider la pathogénie des inflammations de la glande séminale ou de l'épididyme, qui paraissent survenir brusquement après un effort violent.

L'insuffisance notoire des explications anciennes — rétrécissement de l'anneau inguinal par contraction des muscles abdominaux — avait amené la négation même de l'existence de cette variété d'orchite.

Mais des faits sont venus corriger ce que cette négation avait de trop absolu.

Le plus connu est celui que Terrillon a publié dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires* de 1885. En faisant un effort pour soulever une barre de fer, un homme de 45 ans, vigoureux, sent une douleur très aiguë dans le testicule gauche. La glande est remontée dans l'aîne et fixée dans cette position ; elle s'enflamme, devient douloureuse, puis s'atrophie. Les douleurs persistant malgré un traitement rationnel. Terrillon pratique la castration.

Il faut donc incriminer la contraction brusque du crémaster et même la contracture de ce muscle. Cette théorie est admise par M. Tillaux : il pense que, pendant un effort violent, le crémaster peut, en se contractant énergiquement, aller contusionner le testicule contre la branche horizontale du pubis. Que le crémaster soit le coupable, admettons-le, mais la contusion de la glande sur le pubis paraît peu probable.

Lorsqu'en effet on produit, chez un individu jeune, un réflexe crémasterien énergique, on voit le testicule se porter en haut et en dehors en subissant une légère rotation, et tendre à s'engager dans l'anneau. Il passe donc en réalité au-dessus du pubis. Ce mouvement s'explique, du reste, si l'on se rappelle que, des deux faisceaux du crémaster, l'externe plus volumineux, va s'insérer dans le trajet inguinal lui-même, au-dessus de l'arcade crurale. C'est donc contre l'anneau et ses piliers que vient buter l'organe; que l'anneau soit large, il pourra même y pénétrer et s'y étrangler.

En somme, on est bien forcé de croire à la possibilité de ce genre de traumatisme du testicule.

L'orchite par effort existe donc; Monod et Terrillon la rangent avec raison dans la classe des orchites traumatiques dont elle partage les signes et la marche: localisation sur le testicule, atrophie consécutive, etc.

Mais il faut insister sur son extrême rareté; on en compte les observations.

C'est que, dans la grande majorité des cas, l'effort n'est pas la cause vraie de l'inflammation, ce n'en est que la cause déterminante, moins encore quelquefois, la simple occasion d'exagérer une douleur jusqu'ici latente.

Dans ces cas, c'est à la propagation d'inflammations anciennes subitement réveillées qu'il faut attribuer l'orchite, qu'il s'agisse de lésions profondes de l'urèthre (Duplay) ou d'un foyer permanent plus profondément caché encore dans la vésicule séminale (Guelliot).

Voilà pour l'orchite vraie par effort. Mais l'auteur apporte de plus quelques faits qui lui font émettre cette opinion, que souvent il ne doit pas s'agir d'orchite ou d'épididymite. La localisation de la lésion peut en imposer, mais par l'analyse des sensations, si l'on revoit le malade d'une manière suffisante, il devient clair que le noyau inflammatoire prétendu peut être localisé en dehors de l'épididyme, et, phénomène surtout important, que le malade est porteur d'un *varicocèle*, peu apparent, car sans cela l'erreur serait plus difficile, mais certain néanmoins.

M. Guelliot conclut donc à la production, pendant l'effort, d'une rupture de l'une des varices spermaticques et épanchement sanguin consécutif englobant sous forme de noyau une partie plus ou moins grande de l'épididyme.

Il remarque en plus que, depuis fort longtemps, les auteurs ont signalé la coïncidence de l'orchite et du varicocèle, et peut être quelques-unes de leurs observations rentrent-elles dans cette catégorie de pseudo-orchites.

Ledouble pense que le varicocèle, comme du reste les diverses anomalies du testicule, prédispose à l'orchite.

D'autres chirurgiens—ceux-là plus nombreux—croient, au contraire, que l'orchite prédispose au varicocèle. Or, parmi les obser-

vations qu'ils rapportent à l'appui de leur dire, il en est qui se rapprochent singulièrement de celle de l'auteur.

Ainsi Pott parle d'un jeune homme qui, à la suite de fatigues, ressent une violente douleur depuis le dos jusqu'aux bourses. Après disparition des signes qui paraissent indiquer une orchite aiguë, on s'aperçoit que le testicule est atrophié et que les veines du cordon sont variqueuses.

A. Cooper a vu aussi une orchite aiguë traumatique [par contagion] être suivie de l'apparition d'un varicocèle.

La 9^{me} observation du mémoire de Landouzy est celle d'un homme jeune qui s'aperçut d'un varicocèle à la suite d'une orchite traumatique.

Sans vouloir nier absolument l'apparition rapide du varicocèle, admise par Pott, Curling, Gaujot, on peut penser que la plupart de ces varicocèles aigus ne sont que des affections latentes, qui se révèlent tout à coup à propos d'un traumatisme direct ou indirect.—*Normandie médicale.*

Fractures du calcanéum.—M. le Dr GUERMONPREZ, de Lille, a fait une très intéressante communication sur les fractures du calcanéum, qui ont été très bien décrites par Malgaigne, en 1843. Il en existe plusieurs variétés, mais les moins connues sont celles qui se produisent par écrasement. Elles sont cependant fréquentes chez les ouvriers du bâtiment : zingueurs, couvreurs, etc., et elles peuvent les rendre infirmes et même exiger l'amputation.

Les principaux symptômes de cette fracture, qui souvent a été confondue avec l'entorse, sont l'élargissement du calcanéum, l'abaissement des malléoles, l'effacement de la voûte plantaire et une légère déviation du pied en valgus. Ces symptômes apparaissent nettement une fois le gonflement tombé, mais il faut examiner le patient debout et à genoux ; il est impossible d'arriver à un diagnostic certain, si cet examen a lieu le malade étant couché.

La fracture par écrasement du calcanéum doit être réduite et contenue, la réduction se faisant sans extension ni contre extension, et la coaptation par des mouvements obliques et au moyen du massage. Si plus tard se déclare de l'ostéite, on devra la combattre par les pointes de feu.—*Scalpel.*

—Faites preuve de tact et de bon goût dans l'arrangement de votre bureau : donnez lui un air coquet, que tout soit en ordre et à sa place, que l'on ne puisse pas dire que c'est un bureau d'avocat ni une fabrique d'instruments ; encore bien moins une chambre à fumer ou une salle de réunion ; que ce soit tout simplement l'office d'un médecin studieux qui lit ses livres et ses journaux et fait usage de ses instruments.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De la grossesse extra-utérine.—Autrefois on tenait la grossesse extra-utérine pour une rareté, mais on a reconnu sa fréquence depuis qu'on s'attaque chirurgicalement à elle et qu'on la diagnostique. Depuis 1850, époque où Nélaton décrivit l'hématocèle, on savait que, parfois, cette lésion est le résultat d'une grossesse extra-utérine, mais on considérait ces faits comme rares. Veit fut le premier à montrer que ce n'est pas rare : à son sens la grossesse extra-utérine constitue 28 0/0 des hématocèles. Je pense même que cette proportion est inférieure à la réalité, et j'en suis venu à la conviction que la majorité des hématocèles sont des grossesses tubaires rompues.

Nos progrès sur cette question ont été grands, en étiologie, en symptomatologie, en diagnostic, en anatomie pathologique ; et de là sont résultés des progrès importants en thérapeutique.

En étiologie, jusqu'à il y a dix ans, on s'en est tenu aux données établies il y a trente ans par la statistique de Hecker : la majeure partie de ces femmes sont des multipares, et la cause anatomique de la gestation anormale est dans les brides et adhérences péritonéales qui coudent et oblitèrent les trompes.

Ces données sont restées vraies, mais non pas exclusives, et nous avons reconnu que les salpingites catarrhales et hémorragiques jouent également un rôle important, car alors l'épithélium s'altère et le transport des ovules sur les franges du pavillon se trouve de la sorte compromis. Ce n'est pas tout, et il faut invoquer aussi la simple immobilisation de la paroi tubaire, avec suppression des mouvements péristaltiques. C'est ainsi, par une paralysie subite de cette paroi musculaire, que j'explique les faits où l'on reconnaît comme cause à la grossesse extra-utérine une peur violente au moment même du coït fécondant. Cause bizarre sans doute, et difficile à prouver avec netteté. Mais il y a des observations prises, par Freund, par exemple, avec une précision qui paraît probante.

La répétition des grossesses ectopiques chez la même femme est un fait bien connu. Je rapporterai à cet égard l'observation personnelle d'une femme que j'ai opérée à terme le 8 novembre 1888, puis du côté opposé le 16 novembre 1889.

Dans les cas de grossesse extra-utérine il n'est pas rare de trouver des myomes utérins concomitants. Je signalerai enfin l'existence possible de petits polypes de la muqueuse tubaire, petits polypes capables d'arrêter l'œuf en chemin. Certes, il y a quinze ans, Ahlfeld a contesté que les pièces de ce genre fussent démon-

tratives. Mais il est indiscutablement des cas où il a tort, et à une observation de Léopold, j'en puis joindre une personnelle.

Dans ces derniers temps, l'anatomie pathologique de la grossesse extra-utérine a été très modifiée. Autrefois, en effet, on enseignait que, la plupart du temps, l'œuf fécondé tombait directement dans le péritoine et là se développait ; dans d'autres cas, le développement se faisait d'abord dans la trompe, puis, par rupture de celle-ci, la grossesse tubaire devenait secondairement abdominale. Depuis quelques années, au contraire, on s'est de plus en plus rallié à la doctrine de Schröder, pour qui la grossesse tubaire est la plus fréquente. La grossesse autrefois dite abdominale serait en général due à un ovule arrêté sur une des franges. Il y a même des auteurs récents qui nient complètement la grossesse abdominale primitive : c'est d'ailleurs une exagération et il faut reconnaître que les propriétés physiologiques du péritoine sont parfaitement de nature à rendre possible le greffe d'un ovule fécondé tombé dans cette séreuse. Quant à la grossesse ovarienne, autrefois dite fréquente, c'est à peine si aujourd'hui on en compte quatre ou cinq observations probantes. Jadis, enfin, on admettait que seule la grossesse abdominale pouvait aller à terme, que toute grossesse tubaire se rompait auparavant, en général vers le 2^e ou le 3^e mois. Cette doctrine est aujourd'hui reconnue erronée et il est prouvé que, soit par hypertrophie des parois de la trompe, soit par rupture en bas, entre les feuillets du ligament large, la grossesse tubaire peut fort bien parvenir à terme.

Le diagnostic peut à l'ordinaire s'étayer sur la suspension des règles, suspension qui a lieu aussitôt établie la grossesse extra-utérine aussi bien qu'intra-utérine. Mais il y a des exceptions, et alors on méconnaît aisément la grossesse tubaire. Une indication importante est, après plusieurs semaines de cessation des règles, l'existence de métrorrhagies coïncidant avec l'élimination de la caduque, élimination sur laquelle, du reste, on ne sait souvent rien de précis. Au bout de plusieurs mois, cet état en impose volontiers pour un avortement incomplet, et il n'est pas rare qu'en pareille occurrence on ait été, à la curette, chercher dans l'utérus les restes du fœtus supposé, et cela au grand détriment de la malade, car une semblable pratique peut fort bien provoquer la rupture de la poche tubaire.

En général, le diagnostic, même précoce, est assez aisé. On constate près de l'utérus, vide et mou, une tumeur reliée par un pédicule à la corne utérine. Quand en outre, a été éliminée une caduque sans trace d'œuf, le diagnostic est à peu près, sinon tout à fait certain. Mais il ne faudrait pas abuser de cette facilité du diagnostic, et en particulier, je me suis trompé deux fois : une fois chez une jeune femme mariée depuis trois ans, les perturbations menstruelles n'avaient pas été de nature à me faire croire à une grossesse tubaire, dont la laparotomie me démontra cepen-

dant l'existence ; une autre fois, inversement, la suspension des règles m'avait fait penser à une grossesse, et je trouvai une tumeur de l'ovaire. Les erreurs de ce genre sont inévitables, et le diagnostic n'est certain que quand on sent au palper des parties fœtales, ou quand on perçoit les mouvements de l'enfant, mouvements qui, d'ailleurs, sont perceptibles à l'oreille un mois avant de l'être à la palpation. Dans la seconde moitié de la grossesse, le diagnostic est plus aisé ; souvent il se réduit à se demander si la gestation est normale ou octopique ; ce que à quoi nos moyens actuels d'exploration nous permettent toujours de répondre.

La thérapeutique n'est pas encore complètement fixée, mais il est incontestable que, depuis quelques années, elle a fait des progrès notables.

Lorsque le diagnostic est posé dès le premier mois, on est d'accord pour pratiquer la laparotomie. Veit a opéré de la sorte seize grossesses récentes, avec ou sans rupture de la poche. Deux de ses patientes étaient déjà moribondes, et ont succombé, les autres ont guéri.

Dans les cas où il n'y a pas encore d'hémorrhagie abondante, l'opération offre une grande sécurité. Après avoir fait la ligature préalable des artères utérines et ovariennes, la dissection de la trompe gravide est aisée, se fait sans perte de sang. Il faut reconnaître, sans doute, que cette grossesse abandonnée à elle-même peut se bien comporter, se rompre par exemple, en causant une simple hématoçèle dont la femme guérit au prix de quelques mois de souffrance. Mais aussi cette femme est exposée à une rupture mortelle en quelques heures par hémorrhagie, et ce danger est plus grand que celui de la laparotomie.

Si l'on est appelé alors que la rupture est déjà accomplie, la question se pose autrement, et la solution dépend de l'état où se trouve la patiente.

La rupture est-elle récente, sans tendance à l'enkystement du sang ? Si l'hémorrhagie n'est pas foudroyante, on a le temps d'agir, et l'on doit immédiatement faire la laparotomie pour aller lier les vaisseaux qui saignent, ce à quoi on parvient assez aisément. Dans ces conditions, ne pas opérer est véritablement pêcher par omission. Si le sang s'est enkysté en une hématoçèle, alors au contraire on doit temporiser pendant quelque temps.

Passons maintenant à la grossesse extra-utérine parvenue à la seconde moitié de son évolution. Ici, il y a plusieurs points encore discutés. Je vais donc rapporter, à ce sujet, les huit observations qui me sont personnelles.

Je fus consulté par une femme fébricitante, chez laquelle le diagnostic était facile. À sept mois, le fœtus était mort. J'avais diagnostiqué une rupture récente, et je voulais temporiser, car on sait que, dans ces circonstances, si l'on attend encore dix semaines après la mort, la circulation de la poche fœtale s'est

considérablement réduite et qu'alors le détachement du placenta se fait sans danger d'hémorrhagie. Je suturai le sac à la paroi abdominale et je commençai à extraire le placenta; mais l'hémorrhagie fut telle que je dus m'arrêter et faire rapidement le tamponnement. Au onzième jour, le placenta vient sans hémorrhagie. Chez ma deuxième malade, que je vis deux jours après la rupture, je n'opérai qu'après dix semaines de repos au lit, et le placenta fut extrait assez difficilement, mais sans hémorrhagie; la malade guérit.

Ma troisième observation est celle d'une femme chez qui j'avais posé le diagnostic au quatrième mois, mais qui fit ensuite des voyages et ne revint me voir qu'à peu près à terme. L'enfant fut extrait vivant, mais il mourut en une heure et demie. Le placenta s'élimina au trente-quatrième jour et la poche se cicatrisa sans encombre, quoique l'opérée ait eu, le deuxième jour, une crise éclamptique suivie d'un accès de manie qui dura pendant quatorze jours. J'ai noté chez cette femme un fait intéressant: six semaines avant l'opération, s'était écoulé par le vagin un liquide clair que j'attribue à la rupture de la poche des eaux. En effet, en ouvrant la poche, je n'ai pas trouvé une goutte de liquide, et c'est sans doute pour cela que l'enfant avait subi des compressions qui avaient aplati et déformé le crâne et le rachis.

Dans les cinq autres cas, j'ai extirpé complètement la poche. Une fois le fœtus, à terme, était mort depuis quatre mois; la malade eut une fistule intestinale qui ne tarda pas à se cicatriser spontanément. Dans un second fait, la grossesse était un peu avant terme; la laparotomie fut faite dix jours après la rupture et entre les anses intestinales, je trouvai l'enfant vivant; et aujourd'hui encore, est en vie. J'ai opéré cette même femme pour une grossesse tubaire du côté opposé, et elle a encore bien supporté cette seconde intervention. Les trois autres malades n'offrent pas de particularité bien importante; c'est sur l'une d'elles que j'ai fait l'erreur de diagnostic que j'ai signalée précédemment. Dans ces cinq opérations j'ai enlevé le fœtus et le kyste, mais il m'est arrivé de laisser le placenta, ce qui n'a pas eu d'inconvénient. Ces cinq malades, elles aussi, ont guéri.

Les observations que je viens de résumer en quelques mots me permettent de prendre parti dans quelques questions actuellement discutées.

Faut-il opérer quand la grossesse est déjà avancée et quand l'enfant est vivant? Lietzemann le conteste. Werth également, en se fondant sur la gravité de l'acte pour la mère, car de dix-sept opérées, quinze sont mortes. Mes observations et celles d'autres auteurs, contredisent à cette assertion. Je pense, comme Werth d'ailleurs, que les fœtus sont presque toujours mal formés, non viables même, et qu'il ne faut tenir compte ici que de la mère sans s'occuper en rien de la vie de l'enfant. Or, si on attend,

La femme est exposée, du jour au lendemain, à la rupture du kyste, avec hémorrhagie mortelle en quelques heures. J'ai vu périr ainsi la femme d'un de nos confrères; de même une fille qui était entrée dans mon service depuis deux jours et que j'avais désiré examiner plus complètement pendant quelques jours. Ainsi, toute femme qui porte une grossesse extra-utérine avancée est en danger de mort rapide: le danger de la laparotomie est beaucoup moindre.

Dans la plupart des cas on peut extirper la poche, même quand elle est incluse dans le ligament large. Il ne faut donc pas, comme autrefois, s'en tenir de parti pris au drainage de la poche suturée à la paroi. Le seul cas où cette dernière conduite soit en principe la bonne est celui où la poche est suppurée, ce qu'on reconnaît, le fœtus étant mort, aux accidents fébriles.

Quand on suture la poche à la paroi, on doit enlever immédiatement le placenta, mais parfois l'hémorrhagie empêche de mener cette manœuvre à bien. De même, d'ailleurs, quelquefois quand on a pu extirper le sac. On s'est demandé alors si le mieux n'est pas d'abandonner le placenta dans l'abdomen et de suturer la plaie: il est certain qu'il n'en est souvent résulté aucun inconvénient.

Une dernière question se pose enfin; faut-il opérer quand le fœtus étant mort depuis longtemps, la poche n'est pas suppurée.— Je réponds: oui, sans hésiter, car tant que la calcification n'est pas complète, la suppuration est possible. Breisky l'a vue survenir au bout de six ans et demi, et Kûster au bout de vingt-sept ans.—*Abeille médicale.*

De l'accouchement provoqué rapidement dans l'éclampsie.

—M. le Dr MONDOT, chirurgien de l'hôpital d'Oran, a adopté depuis quelque temps un procédé qu'il croit recommandable et qui lui a donné de très bons résultats. Dans les cas d'éclampsie pendant le travail, on a tout intérêt à provoquer un accouchement rapide. Il est arrivé à ce résultat au moyen de douches intra-utérines. Voici comment il les pratique: il introduit une sonde métallique plate présentant la courbure de la sonde intra-utérine du professeur Pinard entre la paroi interne et l'œuf; cette sonde est en communication, au moyen d'un tube de caoutchouc, avec un réservoir ou un entonnoir, ustensile que l'on trouve toujours sous la main à la campagne. L'eau qui sert à l'injection doit être bouillie et portée à une température de 35 à 40°. M. Monlot s'est servi jusqu'ici d'eau phéniquée à 1 p. 100.

La sonde étant bien en place, on fait passer lentement dans la cavité utérine 10 à 12 litres d'eau, et après on laisse la femme reposer. Le travail se déclare et suit alors une marche régulière, ou, s'il est commencé, est très notablement amélioré. M. Mondot a employé cette méthode dans sept cas d'éclampsie: il a pu sauver cinq femmes. Ce résultat est encourageant.—*Concours médical.*

Des hémorrhagies après l'accouchement.—La statistique, dit M. DUHRSEN, établit qu'il meurt en Prusse, chaque jour, une femme par hémorrhagie à la suite de couches. Il est pour le tamponnement qui agit en comprimant et provoquant l'accouchement.—M. DOHRN remarque qu'à défaut de gaze iodoformée, de coton stérilisé, il faut plonger les substances qui doivent former le tampon pendant 5 minutes dans l'eau bouillante.—M. SCHIFFER rappelle que, d'après Koch, la stérilisation n'est sûrement obtenue qu'après plusieurs heures d'ébullition.—M. OLSHAUSSEN se préoccupe de savoir s'il y a déchirure du col ou non, parce que dans le premier cas les injections d'eau chaude sont à rejeter, puisqu'elles entraînent le caillot qui se forme sur la place. Il rejette le tamponnement comme empêchant l'utérus de se contracter et préfère le pétrissage de l'utérus ou massage bimanuel.—*Semaine médicale.*

Traitement des gerçures du mamelon au moyen de la baudruche.—M. J. BLECHMANN indique un moyen simple, peu coûteux, accessible par conséquent à tout le monde et applicable partout. Sur le mamelon atteint d'érosions ou de gerçures, et après l'avoir mouillé avec de l'eau simple, on applique une rondelle de baudruche non gommée de 10 centimètres de diamètre, dont le centre est percé sur deux centimètres environ de circonférence, de plusieurs trous par la pointe d'une grosse aiguille à raccommo-der les sacs. La baudruche prend la forme du mamelon et y adhère comme un second épiderme, on mouille ensuite la surface externe de la baudruche avec de l'eau sucrée et on applique au sein le nourrisson qui tette facilement sans souffrance pour la mère. Après chaque tétée on change la feuille. L'allaitement fini on lave le bout du sein avec de l'eau simple. Ainsi traitée, comme le mamelon se trouve isolé de la bouche de l'enfant, origine du mal, cette affection guérit sans la moindre souffrance pour la mère dans l'espace de cinq à six jours en moyenne.

Ceux de nos confrères qui auront recours au procédé du Dr Blechmann augmenteront les chances de succès en se servant d'une eau aseptique, ou simplement bouillie additionnés de quelques grammes d'acide borique.—*Paris médical.*

De l'hystérorraphie par le Dr. KELLY.—Dans cette étude, il y a à considérer le diaphragme pelvien en bas, les ligaments utéro-sacrés en arrière et les ligaments larges latéralement.

Le diaphragme pelvien soutient les chocs de la succussion et de la pression intra-abdominale; il n'est nullement affaibli par les dépressions rectale, vaginale et urétrale qui sont placées excentriquement ou dont la direction est oblique. L'affaiblissement du diaphragme pelvien reporte le poids de l'utérus sur les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges, qui finissent par céder et par provoquer un déplacement de l'utérus. Le traitement de cette

lésion consiste dans le rétrécissement de l'ouverture vaginale élargie.

Le relâchement des ligaments utéro-sacrés est suivi d'un déplacement du col en bas, dans le vagin, et de celui de l'utérus en arrière. L'affection n'est nullement justiciable de l'opération; seuls, les pessaires sont indiqués.

Le relâchement des ligaments larges provoque un déplacement en arrière du fond de l'utérus, rétro-position ou rétro-flexion. La guérison s'obtient souvent au moyen d'un pessaire ou d'un autre mode de soutien vaginal, qui reporte le col en arrière dans le bassin.

Il arrive que toutes les tentatives faites par le vagin et le rectum échouent. Dans ces conditions, l'hystérorraphie se montrera des plus efficaces.

Les conclusions seront donc les suivantes :

Tous les appareils de support utérin doivent être essayés dans tous les cas de déplacement. Lorsque plusieurs facteurs s'associent pour produire le déplacement, on s'adressera d'abord au diaphragme pelvien et aux ligaments utéro-sacrés pour leur rendre un fonctionnement normal; puis, si le traitement intra-pubien n'aboutit pas, à l'hystérorraphie sus-pubienne. Celle-ci consiste à fixer l'utérus, par sa face antérieure, à la paroi abdominale. La méthode employée est celle de la fixation des ligaments ronds, qui reporte l'utérus dans une antéflexion fort marquée.

Plusieurs cas ont été traités d'après cette méthode, qui permet la chute de l'organe dans le bassin par distention des ligaments, mais pas le déplacement postérieur du *fond de l'utérus*. Par une incision abdominale de quelques centimètres, on passe les doigts derrière la matrice, dont on détache les adhérences qui la relie au plancher ou aux parois du bassin; en entraînant ensuite en avant le fond de l'utérus, on découvre le ligament ovarique, surtout si l'on saisit l'ovaire et la trompe; puis un conducteur est passé en dessous du ligament, et les trois sutures, auxquelles on a fait traverser le péritoine pariétal aussitôt que la cavité a été ouverte, sont conduites, au moyen de cet instrument, autour du ligament en question. Il faut avoir soin de ne pas les nouer avant d'avoir appliqué la même manœuvre à celui de l'autre côté. Les sutures portent sur la partie moyenne du ligament et sont fixées au péritoine pariétal au niveau de l'incision abdominale. On ne fait les nœuds qu'après avoir remis en place les ovaires et les trompes, et s'être assuré, au moyen des doigts, que l'intestin ou l'épiploon est resté libre; on ferme finalement l'incision.

Cette méthode fixe ainsi l'utérus dans une position prononcée d'antéflexion, que la pression intra-abdominale tend d'ailleurs à augmenter, de façon à prévenir la reproduction consécutive du déplacement primitif. En tous cas, les opérations plastiques ordinaires de colpo et de périnéorrhaphie doivent précéder la lapa-

rotomie, à laquelle il ne faut recourir que dans les cas extrêmes.
—*Scalpel.*

Syphilides du vagin.—Les syphilides du vagin ont, au point de vue de la contagion de la syphilis, une gravité considérable tenant d'une part à l'absence de manifestations analogues soit à la vulve, soit en d'autres points du corps, et d'autre part à leur siège, dans les replis de la muqueuse vaginale. M. BALZER insiste sur les difficultés du diagnostic dans plusieurs cas, où l'ulcération, située soit dans le cul-de-sac, soit à la partie moyenne du vagin, n'a pu être découverte que par un examen minutieux et plusieurs fois répété, alors que son existence était mise hors de doute par la contagion de divers individus. Dans un cas en particulier, chez une prostituée, une large plaque muqueuse s'était développée dans un des culs-de-sac, et coïncidait avec une déviation utérine qui la cachait; on ne put l'apercevoir qu'en écartant le col.—*Concours médical.*

—Ne faites partie d'aucun club, qu'on ne vous voit pas flâner chez le marchand de tabac, chez le barbier, ou l'épicier du coin. Ceux qui agissent de la sorte font connaître au public qu'ils ont beaucoup de temps à perdre inutilement et qu'ils sont peu soucieux du choix de leur société.

Un argument contre la taxe des chiens.—A Itzehoe, dans la province de Schleswig-Holstein, la Municipalité vient d'exempter de la taxe les chiens qui, couchant dans les lits de leurs maîtres ou maîtresses, servent à les préserver de la goutte, des rhumatismes et d'autres douleurs.

Cette pratique s'autorise de Boerhaave qui, dans l'inflammation des intestins, conseillait l'application de fomentations émollientes et surtout des animaux jeunes, vivants et sains.—*Lyon médical.*

Médecin clandestin.—Le parquet de Château-Gontier (France), saisi de plaintes d'un grand nombre de personnes, vient d'ouvrir une enquête sur un fait bizarre et monstrueux qui s'est produit dans la région. Un de ces individus qui, dans les campagnes, exercent clandestinement la médecine, avait une façon toute particulière de soigner ses malades. Il allait dans les cimetières, ramassait les os desséchés, prenant de préférence les crânes humains. Il faisait bouillir ces ossements, les pulvérisait et les donnait en poudre à ses clients pour certaines maladies spéciales. Il y a encore beaucoup, dans les campagnes, de ces prétendus médecins, de ces sorciers jeteurs de sorts. Qu'on n'épargne pas celui-là!—*Journal des Sciences médicales de Lille.*

PÆDIATRIE

Maladies du cœur chez les enfants.—Les affections du cœur chez les enfants présentent certaines particularités intéressantes que M. MICHAEL BRUCE a bien fait ressortir dans un discours prononcé à la *Cardiff Medical Society*.

Les maladies du cœur qu'on rencontre chez les enfants diffèrent de celles des adultes ; les causes qui les produisent ne sont pas les mêmes. On ne trouve pas, en effet, chez l'enfant les facteurs qui, chez l'adulte, amènent souvent des affections du cœur : alcool, tabac, thé, intoxication par le plomb, par l'acide urique, les affections du rein, la syphilis, etc... Les symptômes par lesquels ces maladies se révèlent chez l'enfant sont encore différents de ceux qu'on trouve chez l'adulte.

Les affections aiguës du cœur (endocardite, péricardite, myocardite) se rencontrent chez les enfants à la suite d'affections diverses. C'est dans le rhumatisme qu'elles sont le plus fréquentes, non seulement dans le cours ou à la suite d'attaques de rhumatisme articulaire aigu, mais pendant un rhumatisme subaigu, quelquefois même à peine marqué.

On observe assez fréquemment soit de l'endocardite, soit de la péricardite dans le cours d'une angine, d'un érythème, d'une pleurésie, d'une pneumonie. Souvent l'affection ne se révèle à ses débuts par aucun symptôme et passerait inaperçue si on n'avait soin d'ausculter le cœur. Mais dans les cas de ce genre il est possible d'attribuer quelquefois une origine rhumatismale à l'affection du cœur.

Après le rhumatisme, les maladies qui produisent le plus souvent des complications cardiaques sont la chorée, la scarlatine, la diphtérie, la septicémie, la rougeole, le purpura.

En général une affection du cœur évolue lentement chez l'enfant ; elle ne se révèle que très rarement par un peu de dyspnée ; c'est généralement en auscultant qu'on la découvre. Quand le début de l'affection est aigu, c'est moins par l'anxiété précordiale qu'elle se manifeste que par des symptômes rappelant une maladie du cerveau.

Quand une endo-péricardite s'est établie chez l'enfant, elle se modifie en bien ou en mal avec une grande rapidité. C'est ainsi qu'on voit une endocardite qui suivait un cours régulier, s'aggraver brusquement presque sans cause. L'enfant a reçu la visite d'un ami, ou bien son régime a été changé, ou bien il est très

constipé; cela a suffi pour modifier complètement la complication cardiaque.

Une autre particularité que présentent souvent les maladies du cœur, c'est l'extrême fréquence des rechutes. L'enfant paraît très bien; il n'y plus de fièvre depuis plusieurs jours, on le lève; l'endocardite qui semblait disparue se réveille. Et la même chose se renouvelle souvent plusieurs fois.

Les complications qui surviennent dans le cours d'une endocardite aiguë sont, d'après M. Bruce, plus fréquentes chez les enfants que chez les adultes. Ce sont les complications du côté du poumon qu'on rencontre le plus souvent (pneumonie et pleurésie avec épanchement abondant). Ces complications sont fréquemment mortelles. C'est pour cela que le pronostic des affections du cœur est plus grave chez l'enfant que chez l'adulte.

Cette plus grande mortalité des affections du cœur chez l'enfant n'est pas admise par tout le monde. Certains auteurs pensent même qu'elles sont moins graves que chez l'adulte. M. Bruce reconnaît que les cas mortels d'endocardite sont rares; mais il a vu souvent des endocardites compliquées de pleuro-pneumonie qui se sont terminées par la mort.

M. Bruce conseille d'instituer un traitement énergique chaque fois qu'on se trouve en présence d'un enfant atteint de rhumatisme articulaire aigu. On pourra de cette façon éviter peut-être une complication du côté du cœur. Celle-ci sera plus difficile à prévenir quand elle se manifestera à la suite d'une scarlatine, d'une pyémie, d'une diphtérie. M. Bruce conseille le traitement interne dans la diphtérie; pour lui les attouchements, les frottements de la muqueuse comme on les conseille actuellement, c'est-à-dire, le traitement antiseptique local, rendent de très mauvais services.

Quand l'endocardite est établie il faut soutenir les forces du malade le mieux qu'on peut; contre la complication cardiaque il n'y a pas grand'chose à faire.

Une fois que la période d'acuité a disparu l'endocardite passe à l'état chronique. L'enfant a une affection organique du cœur qui évolue sans occasionner de graves désordres tant que la compensation se fait bien.

Pendant cette période, il faut veiller à ce que les fonctions des différents organes s'accomplissent bien, il faut éviter tout effort musculaire prolongé et faire en sorte que l'enfant ne contracte pas de bronchite ni aucune complication pulmonaire. Il n'y a aucun traitement médical à instituer.

Quand l'équilibre est rompu, lorsque l'asystolie est apparue, les indications du traitement sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte. Il faut s'attacher à relever les forces du cœur; le médicament qui donne les meilleurs résultats est la digitale qui semble préférable à la caféine et au strophanthus.—*Bulletin médical.*

Diagnostic différentiel du muguet, de l'angine pultacée de la scarlatine et de la diphtérie.—M. J. SIMON, dans une de ses dernières leçons à l'hôpital des Enfants-malades, établit ce diagnostic en ces termes ;

Je voudrais maintenant vous parler des signes permettant de faire le diagnostic différentiel entre le muguet confluent, l'angine pultacée de la scarlatine et la diphtérie. Je profite pour cela du cas de muguet sur lequel j'ai appelé votre attention pendant le cours de la visite.

Il s'agit, vous le savez, d'un enfant placé dans notre salle des rougeoles. Or, certain matin, faisant la visite, j'avais été frappé, en l'examinant, de l'aspect couenneux de la gorge d'un enfant âgé de quatre ou cinq ans, du produit crémeux dont nous constatons l'existence à la fois sur les amygdales, sur les piliers et sur la muqueuse buccale.

Or, la présence d'un produit surélevé, non lisse, dont le pourtour n'était pas nettement sorti, comme un verre de montre, par exemple, par le métal qui l'enclasse, nous permettait de reconnaître qu'il s'agissait du développement d'un muguet confluent dans le cours d'une rougeole. En effet, si nous avions eu affaire à quelque produit diphtérique, nous aurions trouvé une plaque lisse, plane, abaissée, déprimée et non surélevée, entourée d'une muqueuse périphérique soulevée la sertissant complètement. D'ailleurs, vingt-quatre ou trente-six heures plus tard, le diagnostic du muguet confluent était absolument confirmé.

De plus, je dois ajouter que, s'il s'était agi d'une diphtérie, le produit crémeux, couenneux, n'aurait pas gagné aussi rapidement la muqueuse buccale, la voûte palatine, qu'elle n'envahit généralement que plus tard, à la fin. La diphtérie, au contraire, a pour propriété de s'étendre plutôt vers les voies aériennes, tandis que le muguet gagne de préférence les voies digestives.

Le muguet est assez fréquent dans la fièvre typhoïde débutant par les amygdales, s'étendant vers la bouche, présentant des plaques non serties, faciles à détacher et se dissociant dans l'eau, ce que ne peut pas faire la fausse membrane de la diphtérie.

Dans la scarlatine, on observe sur les amygdales, comme excavées, des produits épais, inégaux, élevés, limités, sans aucune tendance à s'étendre, mais restant logés dans les lacunes de l'amygdale. Or, lorsque les premiers phénomènes morbides qui caractérisent la scarlatine font défaut, il faut savoir réserver le diagnostic pendant vingt-quatre ou trente-six heures.

En résumé, ou la diphtérie saute aux yeux ou bien on n'aperçoit que des points blancs sur les amygdales, et alors le diagnostic restera en suspens pendant un jour ou un jour et demi ; mais, afin de ne pas perdre de temps, on traitera la maladie comme s'il s'agissait d'une affection diphtérique.

Quant au muguet, on peut presque toujours le diagnostiquer

immédiatement. J'ajoute, en passant, que, lorsqu'il est, confluent et qu'il a résisté au borax, à l'acide borique, j'emploie, en gargarismes et en badigeonnages, une solution composée, pour les petits enfants, de :

Chlorure de zinc 1 gramme.
Eau alcoolisée.. 1 litre.

Chez l'adulte j'élève la dose du chlorure de zinc à 4 grammes.—*Gazette des hôpitaux.*

Sclérème des nouveau-nés, par BALLANTYNE.—Le sclérème des nouveau-nés est une maladie rare, caractérisée par l'induration du tissu cellulaire sous-cutané, qui ne peut être que peu amendée par le traitement; il se rencontre ordinairement chez les enfants nés avant terme, faibles, mal nourris et mal vêtus; il est plus fréquent en hiver; il peut se rencontrer chez les enfants syphilitiques; mais il n'y a aucune relation directe entre lui et la syphilis. L'œdème des nouveau-nés est caractérisé par une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané, due le plus ordinairement à une lésion cardiaque, rénale ou pulmonaire; il est donc plutôt un symptôme de plusieurs maladies différentes qu'une entité pathologique distincte; ses causes sont très analogues à celles du sclérème (enfants nés avant terme, ou placés dans de mauvaises conditions hygiéniques), et le froid étant probablement la cause des lésions viscérales qui le déterminent, on l'observe souvent en hiver. Dans les deux affections, la température du corps de l'enfant est abaissée. Dans le sclérème, la peau est ferme tendue et ne peut être plissée, les lésions occupent surtout le dos, les épaules et les cuisses; dans l'œdème la peau est molle, facile à pincer entre les doigts et à déprimer en godet, les lésions occupent la partie inférieure de l'abdomen, les organes génitaux, le dos et les jambes. Ballantyne a fait l'autopsie d'un enfant mort avec du sclérème: au microscope, le tissu connectif sous-cutané est très abondant et forme des bandes nombreuses, épaisses, qui renferment de petits vaisseaux entourés de cellules rondes divisant la couche adipeuse en îlots de dimensions variables; les papilles sont peu marquées et leurs vaisseaux sont très étroits. Les limites des cellules du corps de Malpighi sont mal dessinées, la couche cornée est normale. Ces lésions diffèrent de l'œdème des nouveau-nés dans lequel les îlots de cellules graisseuses sont séparés par de minces bandes de tissu connectif et dans lequel les éléments du tissu conjonctif sous-cutané sont dissociés par un liquide séreux, ce qui ne permet pas d'en obtenir des coupes un peu étendues.—*British Medical Journal.*

MATIÈRE MÉDICALE, THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

De l'ichthyol dans la néphrite chronique.—Les résultats favorables obtenus par Bittersdorf et Lorenz dans le traitement de la néphrite chronique par l'ichthyol, ont amené V. BOUCHOTTEFF à essayer ce médicament dans douze cas de néphrite chronique (5 néphrites diffuses, 5 néphrites interstitielles, 2 cas de néphrite diffuse avec phénomènes aigus). L'auteur s'est servi du sulfosichthyolate de soude, à la dose de 0gr,6-1gr,3 par jour. Dans 5 cas (néphrite diffuse), les résultats furent absolument négatifs, de même que dans 5 autres néphrites interstitielles où l'on administrait l'ichthyol pour améliorer l'état des voies respiratoires et digestives. L'albuminurie n'a diminué notablement que dans un des deux cas de néphrite diffuse avec phénomènes aigus: encore faut-il observer que l'amélioration débuta avant l'institution de ce traitement.

Si l'ichthyol présente des avantages insignifiants et est inférieur à sa renommée, en revanche ses inconvénients sont hors de rapport avec l'utilité qu'il apporte: la plupart des malades se plaignaient de renvois de gaz à odeur extrêmement repoussante, quelques-uns ont perdu l'appétit; enfin, quoique plus rarement, surviennent des nausées et des vomissements. Si l'on y ajoute encore le haut prix de ce médicament et l'odeur infecte qui entoure le malade et dont sont imprégnés tous ses effets jusqu'à et y compris les feuilles contenant l'histoire de la maladie, on comprendra aisément que l'auteur n'est pas du tout enthousiasmé de l'action de ce remède.

Il l'a essayé aussi sur deux cas d'anémie et toujours avec le même insuccès.—*Nouveaux remèdes.*

Influence de la quinine sur la grossesse.—M. le docteur MERRZ publie, dans le *Bulletin médical de l'Algérie*, un travail basé sur un certain nombre d'observations dans lequel il arrive aux conclusions suivantes:

La quinine peut amener l'avortement dans les trois premiers mois de la grossesse. Elle agit en provoquant la contraction utérine. Elle ne précipite jamais l'accouchement dans les trois derniers mois de la grossesse. Lorsque l'accouchement survient avant terme, il est presque toujours provoqué par l'intoxication paludique, qui agit en tuant le fœtus.

L'action de la quinine est peu connue du troisième au sixième mois ; on peut supposer qu'elle devient de moins en moins nocive à mesure que l'âge de la grossesse et la résistance augmentent ; on devra, autant que possible, s'abstenir de donner la quinine pendant les trois premiers mois, sauf dans le cas où le paludisme menace sérieusement la santé ou la vie de la mère ; on peut presque toujours donner sans crainte la quinine aux femmes enceintes, à partir du sixième mois, et avec d'autant moins de crainte que l'on s'approche du terme.

M. Merz insiste sur ce fait qu'il ne faut cependant pas se priver de ce médicament en cas de fièvre grave et surtout d'accès pernicieux ; il ne faut pas alors hésiter à donner la quinine même à forte dose, même en injections hypodermiques. Si l'on s'abstient en effet, la mort peut survenir, ou bien encore l'avortement causé directement par la fièvre. Dans les cas légers, au contraire, on peut se contenter de l'éloignement, du changement d'air, des toniques et du *quinquina*. Il est remarquable, en effet, que bien qu'étant la substance mère de la quinine, le quinquina, même à fortes doses, est totalement inoffensif.

Traitement des accès d'asthme par les inhalations de menthol. par M. TH. JORES.—On rencontre assez souvent des cas d'asthme avec accès rebelles aux médications usuelles : cigarettes à base de datura, papier nitré, pyridine, etc., et l'on ne saurait posséder trop de moyens pour soulager les crises de suffocation pénibles de cette névrose.

C'est à ce titre que nous faisons connaître l'usage avantageux que M. le docteur Th. Jores (de Kastellaun) a fait d'une solution à 20 o/o de menthol dans l'huile d'olive, pour être employée en inhalations pendant les accès d'asthme.

Sa cliente, une femme d'une cinquantaine d'années, souffrait depuis longtemps de poussées céphaliques congestives avec accès d'asthme qui revenaient en général tous les deux jours. Les médications les plus diverses avaient été essayées sans résultat ou avec un succès éphémère et la situation semblait empirer tous les jours.

C'est alors que notre confrère, tenant compte des bons effets obtenus par d'autres médecins à l'aide du menthol dans plusieurs affections pulmonaires, eut l'idée d'essayer de faire inhaler pendant les accès d'asthme la solution huileuse de menthol à 20 o/o, indiquée plus haut.

L'effet fut immédiat ; après quelques inhalations seulement, les ronchus sibilants et ronflants perçus à l'auscultation disparurent pour faire place au murmure respiratoire normal, en même temps que l'oppression cessait. Depuis, la patiente a eu recours un grand nombre de fois et avec le même succès, à ce moyen, dont l'emploi prolongé s'est montré exempt d'inconvénients.

Chlorure de sodium contre la névralgie faciale.—Le Dr. G. LESLIE affirme qu'il guérit la névralgie faciale, l'odontalgie, la douleur d'oreille, la céphalalgie nerveuse par l'application du chlorure de sodium—sel de table—sur la membrane muqueuse nasale, soit aspiré comme une prise de tabac, soit introduit au moyen d'un pulvérisateur, dans la narine du côté de la souffrance. Une pareille médication est si simple et si facile qu'on ne risque rien de l'expérimenter.—*Edinburgh Medical Journal*.

Réaction de l'intoxication par l'iodoforme.—M. BURLUREAUX, dans la séance du 10 avril de la *Société française de dermatologie et de syphiligraphie*, cite le cas d'un malade atteint d'une éruption prurigineuse papulo-érythémateuse, due à une intoxication par l'iodoforme; il accusait d'ailleurs la sensation d'un goût très marqué d'iodoforme dans la bouche. On lui mit dans la bouche une pièce d'argent et il perçut bientôt une saveur alliagée, qui, d'après Poncet est très caractéristique de l'iodoforme.

En diluant dans la salive du malade une pincée de calomel, on vit se produire une teinte jaune-serin révélant la formation de l'iodure mercurieux, par combinaison du protochlorure de mercure avec l'iode éliminé. Cette réaction est très sensible pour déceler l'intoxication par l'iodoforme et les iodures.

Traitement des maladies du cœur par la noix vomique.—BOWIE a publié les résultats obtenus par lui dans le traitement de deux cas de maladies de cœur par des doses fractionnées de la teinture de noix vomique :

1o. Une dame, âgée de vingt-deux ans, atteinte, depuis trois ans, de rétrécissement mitral et de bronchite. La malade avait les lèvres cyanosées, la respiration courte et rapide, le pouls faible. Traitement : teinture de noix vomique à doses fractionnées toutes les demi-heures. L'état de la malade s'est rapidement amélioré ;

2o. Un homme, de quarante-neuf ans, souffrait depuis des années d'une insuffisance mitrale. A la suite d'un refroidissement, il a attrapé une pneumonie lobaire gauche. Le cinquième jour de la maladie, le pouls était faible, irrégulier et très rapide, les extrémités froides, la face cyanosée. Sueurs abondantes. Le malade se plaignait de douleurs dans la région du cœur. Comme dans le premier cas, l'auteur a administré de la teinture de noix vomique. Vingt-quatre heures après, les phénomènes de faiblesse ont disparu.

L'auteur admet que, dans ces deux cas, la noix vomique agit sur les centres moteurs, et les ganglions nerveux du cœur en excitant leur activité.

D'aussi bons résultats s'obtiennent avec la strychnine en granules de 2 milligrammes; cinq à six par jour.—*Paris médical*.

FORMULAIRE.

Syphilis.—*E. Poor.*

—Bicarbonate de soude	
Sulfate de soude	
Iodure de potassium.....	ââ $\frac{1}{3}$ à 3 drachmes
Eau distillée.....	8 à 32 onces

M.—*Dose* : D'abord une à deux grandes cuillerées trois fois par jour, puis augmenter d'une cuillerée chaque semaine jusqu'à sept, huit et même neuf ou dix cuillerées.—*Union médicale.*

Rhumatisme chronique.—*D. Brower.*

1° P.—

Citrate de lithine.....	2 drachmes
Strychnine.	1 grain
Teinture de strophantus	$1\frac{1}{2}$ drachme
Eau de menthe poivrée.....	q. s. pour faire 4 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé dans de l'eau avant chaque repas.

2° P.—

Aloès.....	2 grains
Ipecacuanha	1 “
Poudre de rhubarbe.	
Sulfate de fer.....	
Extrait de jus-quiame.....	ââ 10 grains

M.—Diviser en 10 capsules. *Dose* : Une au coucher.—*North American Practitioner.*

Asthme.—*Ycon.*

P.—Chloral.....	30 à 60 grains
Iodure de sodium.....	25 “
Sirup simple.....	5 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les heures.—*Revue de thérapeutique.*

Gargarisme.—*A. Jacobi.*

P.—Chlorate de potasse.....	80 grains
Teinture de fer muriaté.....	120 gouttes
Glycérine.....	2 onces
Eau	q. s. pour faire 8 “

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTRÉAL, JUIN 1890]

BULLETIN.

La convalescence de la grippe.

Parmi les accidents ordinaires de la grippe, ceux qui se sont manifestés du côté des systèmes nerveux et muqueux ont été, on s'en rappelle, les plus fréquents en même temps que les plus redoutables. Le système muqueux, et en particulier le système respiratoire, a beaucoup souffert, comme en ont fait foi le coryza, la laryngite, la pharyngite, la trachéo-bronchite et même la pneumonie, cette dernière étant la cause la plus ordinaire de la mortalité au cours de la grippe. Pour être moins graves, les symptômes observés du côté de l'appareil nerveux n'en ont pas été moins marqués. Or ces désordres nerveux ont présenté ceci de particulier, qu'ils ont persisté longtemps après la cessation apparente de la maladie, alors même que les catarrhes naso-trachéo-broncho-pulmonaires avaient évolué complètement vers la guérison. De fait, bon nombre de sujets, *grippés* en janvier dernier, souffrent encore aujourd'hui de douleurs, névralgies, affaissement moral et psychique, céphalées, spasmes, etc., indiquant l'impression profonde et persistante produite sur le système nerveux par le germe infectieux.

Nous en étions à communiquer ces faits à des confrères qui avaient, eux aussi, observé les mêmes phénomènes, quand nous est venu le rapport de la séance du 25 avril, de la *Société médicale des hôpitaux*, au cours de laquelle M. le Dr HUCHARD, médecin de l'hôpital Tenon, a lu une note sur le traitement de la convalescence de la grippe. M. HUCHARD a aussi observé chez ses malades les accidents nerveux auxquels nous venons de faire allusion et les a décorés d'un nom qui les caractérise; pour lui c'est la *neurasthénie post-grippale*. Cette neurasthénie, dit-il, peut se localiser sur l'estomac (anorexie, vomissements) ou sur l'appareil cir-

culatoire (faiblesse des contractions ventriculaires, modifications du pouls, embryocardie), sans parler de la dépression nerveuse générale, qui n'est pas le moins commun de ces accidents. A noter aussi une asthénie médullaire pouvant se localiser au centre génito-spinal et amener un degré réel d'impuissance. C'est en somme un épuisement complet, physique et moral.

L'auteur recommande de combattre de bonne heure cet état asthénique, non par les arsenicaux ou les ferrugineux, mais en tonifiant d'une manière spéciale le système nerveux cérébro-spinal. M. HUCHARD a employé dans ce but la strychnine, la caféine et le phosphore: la strychnine, à dose de 1/32 à 1/25 de grain par jour; la caféine, à celle de 16 grains par jour; le phosphore de zinc à dose de 1/32 à 1/25 gr. par jour, les phosphates à celle de 60 à 90 grains.

N'ayant pas employé la caféine, nous ne pouvons nous prononcer sur sa valeur, mais il nous est permis de dire que la strychnine ainsi que le phosphore ont produit, dans la plupart des cas où nous les avons ordonnés, des résultats très satisfaisants et très appréciés. La strychnine a été employée dans les désordres spinaux, douleurs rachialgiques, irradiations dans les membres inférieurs, impuissance partielle; le phosphore dans les désordres psychiques, chagrins excessifs, impressionabilité aux moindres sujets d'émotion, etc. Nous avons pu remarquer que les petites doses agissaient relativement mieux que les doses un peu élevées, le système nerveux réagissant plus énergiquement en égard à l'excitabilité plus grande de l'appareil sensitif. Ainsi nous avons donné, avec succès croyons nous, la strychnine à dose de 1/240 gr. trois fois par jour, et le phosphore à celle de 1/100 gr. Du strychnisme (trismus, spasmes) s'est montré après l'emploi de 1/64 gr. de strychnine chez un sujet qui, dans les circonstances ordinaires, ne semblait pas être un nerveux.

Journaux d'hygiène.

Que la science hygiénique ait pris chez nous, en ces temps derniers, un essor nouveau et un développement plus accentué, cela semble aujourd'hui un fait incontesté comme le prouvent, du reste, le succès qui a couronné les efforts généreux des fondateurs du *Journal d'hygiène populaire*, et l'encourageant accueil que l'on fait, en ce moment même, à une nouvelle publication: *La Mère et l'Enfant*.

Le *Journal d'Hygiène Populaire*, fondé en 1884 par M. le Dr. DESROCHES, sous les auspices de la *Société d'Hygiène de la Province de Québec*, vient d'entrer dans sa septième année d'existence. A cette occasion, le confrère a fait toilette nouvelle en

revêtant la couleur des quarantaines, en prenant un format plus commode pour le lecteur, et en portant à 32 le nombre des pages de matière à lire. Ce sont là, à n'en pas douter, des signes évidents de progrès, et nous y voyons la récompense méritée des sacrifices que M. le Dr. DESROCHES s'est imposés, et du travail qu'il a dû faire pour forcer le public, du moins le public qui lit, à se convertir à la cause de l'hygiène. L'encouragement que le *Journal* a reçu de la part du *Conseil Provincial d'Hygiène* dont il est devenu, l'an dernier, l'organe officiel, n'était que mérite. A tous les points de vue, le succès scientifique et littéraire de cette revue nous semble donc dorénavant assuré. Nous espérons qu'il en sera de même du succès financier. M. le Dr. BEAUDRY, qui a pris en mains l'administration du *Journal*, saura sans doute résoudre le problème difficile de faire d'une publication scientifique une entreprise solide et bien affermie. A nos deux amis et collègues nous souhaitons plein succès. La tâche qu'ils ont entreprise de mener à bonne fin est difficile autant que grande et méritoire. Si la science hygiénique est nécessaire au bien être du peuple, celui-ci, on le sait, ne l'accepte qu'après avoir soulevé contre elle tous les préjugés. Combattre ces préjugés et assurer ce bien-être, voilà le programme que les vulgarisateurs de l'hygiène ont à remplir. Donnons leur la main et travaillons avec eux.

Dans une sphère moins vaste mais tout aussi importante, M. le Dr. SEVERIN LACHAPELLE, fondateur de *La Mère et l'Enfant*, vient plaider la cause de l'hygiène en tant qu'elle concerne la famille, le foyer, l'école, la mère, l'enfant, l'éducation. « Diminuer le chiffre de la mortalité infantile en enseignant à la jeune mère les choses nécessaires à la santé, et en la guidant « auprès de son enfant malade, » tel est le but que s'est proposé M. le Dr. LACHAPELLE en publiant *La Mère et l'Enfant*. Ce but, nous avons la confiance que notre confrère l'atteindra pleinement, et qu'il aura l'appui et le concours actif de tout le corps médical de notre province.

Cette publication s'adresse particulièrement aux mères, à celles qui ont la douce et terrible mission d'élever nos enfants et d'en faire des citoyens après avoir eu la tâche non moins grande de les engendrer à la vie. Si une nation est d'autant plus forte qu'elle s'entoure de plus d'hygiène, elle le sera d'autant plus aussi que les familles qui la composent seront plus nombreuses. Or l'hygiène qui a bien son mot à dire dans la génération de nos enfants, est toute entière dans son rôle quand elle nous dit les moyens de conserver à la vie ceux qui sont issus de notre sang. Ce n'est pas tout d'ensemencer la terre, il faut savoir conserver la récolte qu'elle nous donne. C'est ainsi que l'hygiène privée, surtout l'hygiène maternelle et infantile, vient en aide ici à l'hygiène générale ou publique. Sa vulgarisation constitue, elle aussi, une œuvre d'utilité nationale. et nous souhaitons que notre confrère y réussisse dans toute la mesure du possible.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

POWELL.—“**The Doctor in Canada**” his whereabouts and the laws which govern him.—A ready book of reference by ROBERT WYNYARD POWELL, M. D., Ottawa, octavo-royal, 342 pages.

Ce livre est destiné à faire connaître la famille médicale au point de vue civil et topographique. On y trouve la législation médicale et sanitaire de toutes nos provinces—l'éducation médicale; les corps médicaux des hôpitaux; les journaux de médecine; la liste des praticiens; les législateurs-médecins; les chirurgiens militaires; les officiers de santé; les coroners; les médecins d'assurance et les médecins de chemins de fer.

On conçoit la difficulté d'une pareille compilation, aussi il ne faut pas être trop exigeant et tenir compte de l'utilité d'un pareil travail, tant pour les médecins que pour les gens en dehors de la profession.

Il ne sera peut-être pas inutile de signaler certaines erreurs échappées à l'auteur.

Ainsi la liste des officiers du Bureau des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de Québec est surannée, car l'auteur y mentionne le Dr HINGSTON comme président au lieu de l'Hon. Dr ROSS et le Dr LACHAPPELLE comme trésorier au lieu du Dr DAGEAIS, etc.; il en est de même de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal. Il n'est fait aucune mention de l'hôpital Notre-Dame parmi les hôpitaux de Montréal, malgré que l'auteur en mentionne contenant moins de lits.

Nous admettons que des erreurs de ce genre sont inévitables surtout quand une pareille compilation est faite par un seul homme, et somme toute l'ouvrage contient une immense quantité de renseignements précieux. Nous nous permettrons de conseiller à l'auteur de ne pas tirer de trop fortes éditions afin de pouvoir plus souvent suivre les migrations des médecins, des personnels d'écoles et d'hôpitaux, et les amendements aux lois qui nous régissent.

Vingtième rapport des prisons, asiles et bureaux publics de la Province de Québec pour l'année 1889.—Nous accusons réception de ce document important qui contient le rapport des inspecteurs des prisons, asiles, etc., puis celui de l'inspecteur des écoles industrielles et de réforme.

Le premier traite des questions suivantes : remarques générales, travail des prisonniers, de la récidive, régime ou système des prisons, etc. La note principale c'est qu'il y a des réformes à faire partout; nous le souhaitons de tout cœur.

Au sujet de l'état sanitaire, nous trouvons les paragraphes suivants qui semblent prôner une doctrine rétrogressive, et nous avons franchement avoir été grandement surpris de les trouver dans un document officiel de cette importance. Si dans ce rapport on suggère d'aller en Europe chercher les réformes existantes, on fera bien de n'y pas manquer :

“ Un bon nombre de nos prisons sont dépourvues ou mal pourvues de beaucoup de choses que les théoriciens regardent comme d'absolue nécessité, et cependant la santé des internés n'en souffre nullement. Nos asiles sont remplis et peut-être trop remplis et la population se porte bien.”

Si nous comprenons bien, il y a plus d'une pointe malicieuse à l'adresse des réformes hygiéniques dans ce que nous venons de citer ; encore un peu plus et on avancerait que la *ventilation est inutile*, que l'*assainissement* est une chimère, que l'*humidité* est favorable à la santé et que l'*air pur* ne lui est pas nécessaire. La conclusion de cette partie du rapport nous porte même à croire que c'est là l'opinion de messieurs les inspecteurs puisqu'on ne suggère aucune réforme sanitaire. Nous regrettons cette manière de voir les choses si diamétralement opposée aux notions reçues partout.

Le deuxième rapport qui concerne les écoles de réforme et d'industrie est un exposé bien sain de ce que nous pourrions appeler l'Hygiène morale.

Il nous semble important d'importer aussi des idées plus saines que celles auxquelles nous faisons allusion et que nous citons textuellement.

“ L'état sanitaire des prisons, des asiles, des écoles industrielles et de réforme, a été remarquablement bon pendant le cours de l'année. Il ne s'est déclaré aucune maladie contagieuse, et il n'y a été enregistré que très peu de décès, même très peu de maladies ordinaires. De fait les maladies ayant le caractère d'une gravité inquiétante sont tellement rares qu'on est parfois porté à ne plus avoir confiance dans toutes ces théories dont on remplit les livres et les revues au sujet de la ventilation des édifices publics, de l'assainissement qu'il faut y entretenir, de l'humidité qu'il faut y bannir, de l'air pur qu'il faut y introduire, en un mot d'une multitude d'appâts, de soins et de prévoyances qu'il ne faut pas oublier, disent les auteurs de nombreux livres sur ce sujet, parce que leur absence peut causer des maladies de toutes sortes et peut mettre la vie des populations en danger. ”

Journal d'Hygiène Populaire, organe officiel du *Conseil Provincial d'Hygiène* et de la *Société d'Hygiène* de la province de Québec, paraissant le 25 de chaque mois. Directeurs : le Dr. J. I. Desroches, Rédacteur en chef, boîte 2027, Bureau de Poste.

—Le Dr. J. A. Beaudry, Administrateur, 76, rue Saint-Gabriel, Montréal. Septième année.

SOMMAIRE du numéro de mai 1890 : Septième année.—Hygiénisons le peuple.—Autour de l'habitation à la campagne.—Conseils aux jeunes mères : *Variole*.—Réponse à M. le Dr. Lafontaine.—La mère et l'enfant.—Causerie scientifique : statistique de l'alcool; craintes justifiées; alcools supérieurs et absinthe; leurs effets; antisme; l'eau de noyau toxique; alcooliques sans le savoir; danger des apéritifs, la nourrice et l'enfant.—L'hygiène de la pensée : comment se fatigue le cerveau.—Les ongles.—Faut-il soigner les dents de lait?—Rôle des eaux potables dans la propagation de la fièvre typhoïde.—Les habitants du fromage.—Nos grand'mères.—Hygiène scolaire.—Conseil de l'Instruction Publique; livres d'hygiène du Dr. J. I. Desroches—Variétés: évanouissements; le café anti-optique; feuille d'album.—Livres et journaux.

La Mère et l'Enfant.—Journal mensuel consacré aux intérêts de l'hygiène maternelle et infantile. Rédacteur en chef: Dr Severin LACHAFELLE, professeur de pédiatrie et de la clinique de pédiatrie à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Sommaire de la livraison de mai 1890 :

Les enfants, poésie de Longfellow, traduction de Mme Mary Lafon.—Le programme de *La Mère et l'Enfant* : à mes lectrices.—Un encouragement pour nos abonnées.—Votre enfant n'a pas faim, madame, il a soif.—Avis.—Alimentation de l'enfant.—A travers mes livres : Natalité et mortalité des enfants; Quelques chiffres et quelques vérités.—La visite à la jeune mère (gravure).—Comment administrer les remèdes aux enfants?—Causerie du docteur avec la mère, les maladies du sein.—Une poignée de recettes et de conseils.—L'art de se faire aimer par son mari.—Pages retrouvées : le group.

Abonnement : \$2.00 payable d'avance.

DESROSIERS.—**Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie**, par H. E. DESROSIERS, M. D., professeur de thérapeutique à l'Université Laval (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame. Un fort volume in-8° de 800 pages. Prix : cartonné toile, \$5.00; demi-reliure veau, \$6.00. On souscrit à la librairie J. M. Valois, ancienne maison Z. Chapeleau & Labelle) 1576, rue Notre-Dame, Montréal, ou chez l'auteur, 94 rue St-Denis, Montréal.

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL, PARIS, 14 rue des Carmes.

TARNOWSKY.—**Étude anthropomorphique sur les prostituées et voleuses**, par le Dr PAULINE TARNOWSKY—volume in-8°

de 226 pages, avec 8 tableaux anthropomorphiques et 20 dessins.
Prix: 5 frs.

POIRIER.—**Lymphatiques des organes genitaux de la femme,** par le Dr PAUL POIRIER, aux bureaux du *Progrès médical* et chez E. LEOROSNIER & BABÉ, place de l'École de médecine.

GELLIE.—**La grippe et son traitement par le sulfate de quinine,** par le Dr P. GELLIE, in-8°, 45 pages, chez GOUNOUILHON, 11 rue Guiraud, Bordeaux.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nous sommes heureux d'apprendre que MM. ARNOZAN et André BOURSIER, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Bordeaux, viennent d'être adjoints au comité de rédaction du *Journal de médecine de Bordeaux*.

M. de Freycinet vient de désigner les médecins militaires dont les noms suivent pour représenter la médecine militaire au Congrès international de médecine de Berlin.

M. KELCH, professeur à l'École d'application; M. REGNIER, chef de l'hôpital militaire de Nancy; M. SCHNEIDER, attaché au ministère de la guerre (service de santé); M. NIMIER, professeur à l'École d'application.

Nécrologie—A Paris, M. le Dr. FRS SIREDEY, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Nouveaux Etudiants.—Aux derniers examens pour l'admission à l'étude de la médecine, les messieurs dont les noms suivent ont subi avec succès l'épreuve exigée par le Bureau:

Chs. F. N. Stearns, Louis V. Masse, L. J. Trudeau, W. Mitchell, S. S. R. Mackenzie, C. Magnan, G. A. H. Dufresne, R. Trudeau, P. F. X. Goyette, V. Vézina, Hector Valois, C. H. Godin, L. J. H. St. Germain, Arth. Lefebvre, W. A. Stenning, J. D. Brosseau, H. Chaput, J. P. B. Lamarche, W. O. Lambly, S. MacDuff, J. L. Séguin, P. Tardif.

Statistique de l'Institut Pasteur (New-York) pour le mois d'Avril 1890. (Communiquée par M. le Dr. Paul GIBIER directeur de l'Institut.)—Durant le mois d'avril, 7 malades ont été traités à l'Institut. Dans 3 de ces cas, l'inoculation a prouvé que les chiens

étaient réellement enragés. Dans les 4 autres, la rage existait probablement chez les animaux, mais ceux-ci, (à l'exception d'un seul qui a mordu une autre personne non traitée à l'Institut, laquelle est morte de la rage) ont été perdus de vue ou leurs cadavres ont été jetés à la voirie.

Il y avait 3 patients de l'Etat de New-York, 2 de l'Illinois, 1 du Massachusetts, et 1 du Texas. Ces malades jouissent actuellement d'une bonne santé, de même que les 13 personnes inoculées durant le mois de mars.

L'Institut Pasteur est au No. 178, 10e rue ouest, N.-Y.

Poli-clinique de Paris.—Dimanche, 10 mai, a eu lieu l'ouverture officielle de cet établissement, sous la présidence d'honneur de M. Jacques, député de la Seine, assisté de MM. A. Pétrot et Strauss, conseillers municipaux, et Butte, président de cette association, Natier, trésorier, et Arthaud, secrétaire, ont fait ressortir le but et les ressources dont elle dispose.

Les services actuels de la poli-clinique sont les suivants: Médecine générale, M. Bouisson; Maladies nerveuses et maladies des voies respiratoires, M. Arthaud; Maladies cutanées et syphilitiques, M. Butte; Accouchements et gynécologie, M. Olivier; Maladies du nez, des oreilles et du larynx, M. Natier; Maladies des enfants, M. Gillet; Maladies des yeux, M. Bacchi; Maladies de la bouche et des dents, M. Chabry.—Chaque service, quand l'organisation sera complète, comprendra: des chefs de clinique et des aides de clinique destinés à assurer les secours aux malades et aussi l'instruction pratique des élèves.

Naissances.

TURCOT.—A St Hyacinthe, le 27 avril, la femme du Dr J. E. Turcot, une fille.

GARNEAU.—A Princeville, le 27 mai dernier, la femme du Dr P. U. Garneau, un fils.

BROUILLET.—A Ville de Maisonneuve, mercredi, le 4 de juin courant, l'épouse de V. J. E. Brouillet, M. D. V., une fille.
