

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

---

TRAVAUX ORIGINAUX.— <i>Contribution à l'étiologie de la dacryocystite.</i> Dr A. A. FOUCHER.....	449
<i>Du traitement des kystes hydatiques du foie.</i> Dr F. O. MERCIER.....	472
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Vertige de Ménière</i> (CHARCOT).....	477
<i>Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale</i> .....	478
<i>Les sudamina sont-ils un phénomène banal</i> (POPESCU CORNET)....	482
MATIÈRE MÉDICALE ET THERAPEUTIQUE.— <i>La cautérisation épidermique ponctuée</i> (HAMON DE FRESNAY).....	483
<i>Du traitement de la glycosurie</i> (DUJARDIN-BEAUMETZ).....	487
<i>Glycérine iodée contre les affections hémorrhoidales</i> (EDM. PREISMANN); <i>Les gargarismes, leur méthode et leur limite d'action</i> (SWAIN); <i>Le lavage de l'organisme dans la cure de l'urémie</i> (BOZZOLO).....	471
<i>Administration de la créosote en larements</i> (REVILLET).....	492
<i>Traitement de la tuberculose par l'aristol</i> (NADAUD).....	494
<i>Traitement de la syphilis pendant la grossesse</i> (BESNIER).....	495

( Voir la suite, page 5 ).

# J. H. CHAPMAN,

2294 RUE STE-CATHERINE 2294

Au coin de McGill College Avenue, - - - MONTREAL.  
Bell Telephone, 4396. Conditions: Comptant.

## Instrumentes et Appareils de Chirurgie de toutes espèces,

Des meilleurs modèles et de qualités supérieure à prix modérés  
au comptant.

Pansements Antiseptiques; Thermo et Galvano Cautéres, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx; Chaise d'opération de Harvard, Pincés à dents artificielles, Batteries Gaiffe, (les véritables), &c., &c.

Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN.

**Dr. J. LEDUC & CIE**  
**Pharmaciens - Chimistes**

EN GROS ET EN DETAIL.

**2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME**  
**Carré Chaboillez**  
**MONTREAL.**

---

La maison J. LEDUC & CIE., qui vient de transporter son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est maintenant en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

---

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants et médicaments nouveaux de tous les pays.

---

**BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.**

---

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

---

**Fleurs seches. — Parfums,**  
**Articles de toilette, etc.**

---

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste exécutées sous le plus bref délai.

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

2052 & 2054, RUE NOTRE-DAME

**CARRE CHABOILLEZ, MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

---

FORMULAIRE.— <i>Diarrhée tuberculeuse ; Intertrigo ; Eczéma vul-gaire ; Dysenterie</i> .....	496
BULLETIN.— <i>Charlatanisme</i> .....	497
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.— <i>CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTI-FIQUES</i> .....	499
VARIÉTÉS.....	503

---

**B**ONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00 dont \$300.00 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte, M.D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

---

## ASSORTIMENT COMPLET

— DE —

# REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minerales,

Vichy, Contrexevile, etc.

---

## L'EAU SULPHUREUSE " BONNE "

connue pour son efficacité dans les affections Catarrhales, Herpétiques, Rhumatismales et Strumcuses de la gorge, du Luarynx et des Bronches ; aussi LA LIQUEUR CONCEN-TRÉE DE

**Goudron de Norwege,**

dont on connaît si bien les mérites.

---

**LAVIOLETTE & NELSON,**

(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)

MONTREAL.

Laboratoire Pharmaceutique

DE

# DAUSSE AINÉ

DUBOÉ-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCESSEURS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

## D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,  
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI du PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

## VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au CANTHARIDATE de SOUDE



Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre : il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Costile* à redouter).



Envoi d'échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande, directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**

Dépôt à Québec : D' Ed. MORIN & C<sup>ie</sup>. A Montréal : LAVIOLETTE & NELSON

ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

## PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue **Pravas (modèle Le Brun)** pleine d'**Eucalyptine LE BRUN**, on guérit la **Phtisie**, les **Bronchites** et les **Catarrhes pulmonaires**.

L'**EUCALYPTINE LE BRUN** ne contient pas de Morphine

## MALADIES DU CŒUR

Les **Dragées Tonico-Cardiaques LE BRUN**, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les **Maladies du Cœur**, les **Palpitations** et l'**Hydropisie** la plus avancée.

**LE BRUN**, Ph<sup>o</sup>-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôtaires : à Montréal : LAVIOLETTE & NELSON ; à Québec : D' Ed. MORIN & C<sup>ie</sup>, et dans toutes les principales Pharm<sup>ies</sup> du Canada.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Contribution à l'étiologie de la dacryocystite ;

par A. A. FOUCHER, M.D.,

Professeur de la clinique d'Ophthalmologie et d'Otologie à la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, Oculiste et Auriste de l'hôpital Notre-Dame. (1)

---

La plupart des auteurs qui ont étudié la pathogénie de la dacryocystite ont reconnu à cette affection des causes multiples, rapprochées ou éloignées. L'énumération en est longue et comprend tout ce qui peut directement ou indirectement conduire à l'inflammation du conduit lacrymo-nasal. Ainsi, on a signalé l'étroitesse naturelle du conduit nasal chez certains sujets par développement anormal des os de la face, on a invoqué l'hérédité, les traumatismes directs, les maladies des os ou du périoste avoisinant, les inflammations de la conjonctive ou de la muqueuse nasale, les fièvres éruptives, les vices de réfraction, on a fait jouer à certaines maladies constitutionnelles, telles que la syphilis et la scrofule, un rôle très important ; enfin, dans ces derniers temps, on a fait intervenir l'action des micro-organismes.

Ces différentes causes ont été invoquées tour à tour et ont fait le sujet de nombreuses discussions, mais il a toujours été difficile d'établir la part réelle que chacune d'elles prend dans l'histoire de la dacryocystite et entr'autres raisons, parce que les autopsies pouvant révéler les lésions anatomiques de la maladie ont été faites en très petit nombre, et généralement à une époque où il devenait difficile de dire si la lésion constatée en était bien la cause et non le résultat. Sur ce rapport nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui, et en remettant cette question à l'étude nous ne prétendons pas assigner une cause nouvelle à la dacryocystite, ni même établir celle qui doit prédominer, mais seulement contribuer à mettre en évidence la part qui leur revient respectivement.

Voici un tableau résumant 183 cas ; nous apprécierons plus loin la valeur des renseignements qu'il nous fournit.

---

(1) Communication faite à l'Association médicale du Canada, le 16 septembre 1891.







RÉSUMÉ DE LA 1<sup>RE</sup> SÉRIE.

Nombre d'observations...	70	31 3/7	0/0	148	2 3/7	aus en moyenne.
Hommes.....	22	63 4/7	"	7	10	"
Femmes.....	48	17 3/7	"	11	15 5/7	"
Age.....	1223	32 6/7	"	8	11 3/7	"
Géil droit.....	37	75 5/7	"	10	14 2/7	"
Géil gauche.....	54	4 5/7	"	11	15 5/7	"
Date.....	332	7 5/7	"	8	11 3/7	"
Nombre d'enfants.....	542	11 3/4	"	4	5 5/7	"
Fausse couche.....	8	48 4/7	"	2	2 6/7	"
Mortalité.....	253		"	2		"
Varicelle.....	34		"	2		"

Nombre d'années avant	148
chocrocystite.....	7
Rhinite hypert.....	11
Rhinite atrophique.....	8
Pharyngite.....	10
Dents de Hutchinson.....	11
Dents cariées.....	8
Ophtalmite purulente.....	4
Syphilis.....	2
Hérédité.....	2
Abcès du sinus maxillaire.....	2

2<sup>DE</sup> SÉRIE—PATIENTS MARIÉS.

71	1	22	1	1	1	20	25	2	21	1	1	Perforation du voile du palais. Père et mère morts de phthisie.
72	1	22	1	1	1	2	5	3	21	1	1	
73	1	23	1	1	1	2	3	3	5	1	1	
74	1	23	1	1	1	18	2/4	6	16	1	1	
75	1	24	1	1	1	2	1/2	6	16	1	1	
76	1	24	1	1	1	2	0/1	3	20	1	1	
77	1	25	1	1	1	2	1/3	1	1	1	1	
78	1	25	1	1	1	5	2/3	1	1	1	1	
79	1	26	1	1	1	4	1/6	1	1	1	1	
80	1	26	1	1	1	3	3/3	1	1	1	1	
81	1	26	1	1	1	3	3/5	1	1	1	1	
82	1	27	1	1	1	2	1/3	1	1	1	1	
83	1	27	1	1	1	3	0/2	1	1	1	1	
84	1	27	1	1	1	2	0/1	1	1	1	1	
85	1	27	1	1	1	21	1/1	6	1	1	1	
86	1	28	1	1	1	1	25	1	1	1	1	
87	1	28	1	1	1	20	1/2	8	19	1	1	
88	1	30	1	1	1	2	2/3	1	1	1	1	
89	1	30	1	1	1	3	1/6	1	1	1	1	
90	1	30	1	1	1	3	0/1	1	1	1	1	
91	1	31	1	1	1	4	0/1	1	1	1	1	

Perforation du voile du palais.  
Père et mère morts de phthisie.Ancien trachôme.  
Père mort de phthisie.

Otite séreuse.

Trichiasis et trachôme.  
Métrite utérine.

2<sup>ME</sup> SÉRIE—PATIENTS MARIÉS. (SUITE).

No. observation.	Homme.	Femme.	Age.	Oeil droit.	Oeil gauche.	Épiphora depuis.	Nombre d'enfants.	Fausse couche.	Mortalité.	Varicelle à l'âge de	Nombre d'années avant dacryocystite.	Rhinite hypertrophique.	Rhinite atrophique.	Pharyngite.	Dents d'Hutchinson.	Dents cariées.	Ophthalmie purulente.	Syphils.	Hérédité.	Abcès entre maxill.
26	1	1	32	1	1	8	7	1	2/7	8	32	1	1	1	1	1	1	1	1	1
28	1	1	32	1	1	2	4	1	2/6	8	32	1	1	1	1	1	1	1	1	1
33	1	1	32	1	1	1	5	1	1/5	9	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1
94	1	1	32	1	1	24	4	1	4/4	9	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1
95	1	1	32	1	1	2	3	1	3/3	10	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1
96	1	1	32	1	1	4	3	1	3/3	11	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1
97	1	1	33	1	1	4	3	1	3/1	11	23	1	1	1	1	1	1	1	1	1
98	1	1	33	1	1	3	5	1	3/6	11	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1
99	1	1	33	1	1	1	7	1	3/7	11	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1
100	1	1	33	1	1	4	2	1	2/2	10	22	1	1	1	1	1	1	1	1	1
101	1	1	33	1	1	2	6	1	5/9	7	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1
102	1	1	34	1	1	3	7	1	2/7	7	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1
103	1	1	34	1	1	12	5	2	4/7	7	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1
104	1	1	34	1	1	15	8	1	6/8	6	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1
105	1	1	34	1	1	5	3	2	4/5	3	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
106	1	1	35	1	1	1	11	1	8/11	3	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
107	1	1	35	1	1	10	10	1	3/10	10	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
108	1	1	35	1	1	30	5	1	2/5	5	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
109	1	1	35	1	1	2	8	1	2/8	9	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
110	1	1	35	1	1	10	9	1	3/9	9	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1
111	1	1	35	1	1	2	4	1	0/4	1	43	1	1	1	1	1	1	1	1	1
112	1	1	35	1	1	1	6	1	2/6	1	43	1	1	1	1	1	1	1	1	1
113	1	1	36	1	1	10	6	1	6/9	1	43	1	1	1	1	1	1	1	1	1
114	1	1	36	1	1	5	8	1	1/9	1	43	1	1	1	1	1	1	1	1	1
115	1	1	36	1	1	30	8	1	0/0	1	43	1	1	1	1	1	1	1	1	1

REMARQUES.

Blennorrhagique.  
Iritis syphilitiques.La mère a des plaies syphilitiques aux jambes.  
Père mort phlébique, un frère dents Hutchinson, la mère a craché le sang.

Le mari est syphilitique.

Famille de tuberculeux.

Carie du palais dur. Le patient est mort de ce fait.





176	1	64	1	18	4	2/4	4
177	1	65	1	15	0	40	0
178	1	66	1	7	5	4/5	6
179	1	73	1	2	6	1/5	54
180	1	74	1	4	11	5/11	1
181	1	75	1	20	8	5/8	18
182	1	8	1	2	8	4/8	56
183	1	8	1	1	7	3/7	71
							77

Catarrhe capsulaire et otite  
[scléreuse.Ulçère inf. cornée--exostose  
[narine.RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS DE LA 2<sup>ème</sup> SÉRIE.

Nombre d'observations.....	113
Hommes.....	24/22 4-13 0/0
Femmes.....	89/80 6-11 "
Age.....	48/26/42 5-7 " ans, en moyenne.
Œil droit.....	68/60 2-11 "
Œil gauche.....	75/66 5-11 "
Date.....	788 7 2-11 " ans, en moyenne.
Nombre d'enfants.....	820 7 2-11 " par famille.
Fausse couche.....	29 3 1-2 "
Mortalité.....	387/45 1-4 "
Variole.....	47 37 1-2 "
Nombre d'années avant de eryocyste.....	861/20 1-2 " ans.
Rhinite hypertrophique.....	6 3 3-11 "
Rhinite atrophique.....	22/19 5-11 "
Pharyngite.....	29/25 5-11 "
Dents de Hutchinson.....	4 3 6-11 "
Dents cariées.....	13/11 5-11 "
Ophthalmie purulente.....	1 1 " "
Syphilis.....	15/10 6-11 " "
Hérédité.....	1 1 " "
Abcès du sinus maxillaire.....	1 1 " "

## RESUME TOTAL.

Maladies des yeux.....	124/95
Cas de theryocyste.....	66/9

Nombre d'observations.....	183
Hommes.....	46/25 1-9 0/0
Femmes.....	137/74 15-18 "
Age.....	66/49/33 11-18 " ans en moyenne.
Œil droit.....	105/57 1-3 "
Œil gauche.....	129/70 1-2 "
Date.....	1120 6 1-9 " ans en moyenne.
Nombre d'enfants.....	136/2 7 4-9 " par famille.
Fausse couche.....	37 2 9-13 "
Mortalité.....	64/0/46 3-4 "
Variole.....	76/41 1-2 "
Nombre d'années avant de eryocyste.....	1069/12 " ans.
Rhinite hypertrophique.....	13/ 7 1-18 "
Rhinite atrophique.....	33/18 " "
Pharyngite.....	37/20 2-9 " "
Dents de Hutchinson.....	14 7 11-18 " "
Dents cariées.....	24/13 1-9 " "
Ophthalmie purulente.....	9/ 5 " "
Syphilis.....	16 8 13-18 " "
Hérédité.....	2 1 1-18 " "
Abcès du sinus maxillaire.....	3 1 11-18 " "

Comme on vient de le voir, nous avons noté :

- 1o la fréquence relative de l'affection ;
- 2o le sexe ;
- 3o l'âge moyen où les patients se présentent pour être traités ;
- 4o l'œil atteint ;
- 5o depuis combien de temps le larmoiement existe ;
- 6o le nombre d'enfants, de fausses couches et le chiffre de la mortalité, soit chez les enfants de parents mariés, soit chez les frères et sœurs de patients non mariés
- 7o les cas de variole récente ou ancienne, et le nombre d'années écoulées entre la variole et l'apparition du larmoiement ;
- 8o les cas de syphilis héréditaire ou acquise ;
- 9o l'état du nez, du pharynx et des dents, surtout au point de vue de la rhinite hypertrophique ou atrophique, de la carie dentaire et des dents de Hutchinson.
- 10o l'histoire antérieure d'ophtalmie purulente ;
- 11o les cas d'empyème de l'antre d'Higmore ;
- 12o les cas d'hérédité.

\*\*\*

En résumé, sur un chiffre de 12,495 maladies des yeux, nous avons observé 669 de dacryocystite.

Sur les 183 dernières observations, les hommes ont compté pour 25 4|19 0|0, les femmes 74 15|19 0|0. En moyenne, les patients se sont présentés vers l'âge de 33 ans, quoiqu'il y ait eu 6 cas au-dessous de 4 ans et 5 cas au-dessus de 70 ans, dont deux au-dessus de 80 ans. Les patients se sont présentés à la consultation à peu près 6 ans après le début du larmoiement. Le nombre d'enfants dans les familles de patients non mariés a été de 550, la mortalité au-dessous de 4 ans s'est élevée pour ces derniers à 253, soit une proportion de 46 0|0 ; le nombre d'enfants des patients mariés s'est élevé à 849 et la mortalité à 45½ 0|0, par conséquent la mortalité totale ne s'est pas éloignée de ce chiffre.

La variole a été notée 76 fois, c'est-à-dire 41½ 0|0, la dacryocystite est apparue en moyenne 12 ans après, quoiqu'il y ait eu 22 cas où elle se soit déclarée au cours même de la maladie ou dans le cours de la première ou seconde année qui a suivi son apparition.

La rhinite hypertrophique a été notée dans 13 cas, la rhinite atrophique, avec ou sans pharyngite sèche : 33 fois, les pharyngites diverses : 37 fois ; les dents de Hutchinson dans 14 cas, donnant une moyenne de 7 1|8 p. 100.

Les dents cariées en grand nombre : 24 cas ; l'ophtalmie purulente de date récente : 9 cas ; la syphilis avouée et évidente : 16 cas. Nous avons pu retracer 2 cas d'hérédité, mais au dire des patients la même affection se rencontrerait plus souvent chez les parents si on pouvait accepter leur dires pour des faits réels. Enfin, dans trois cas il y avait suppuration du sinus maxillaire.

Ces chiffres, quoique restreints, nous engageant à discuter la valeur des différentes théories émises au sujet de l'étiologie de la dacryocystite, mais avant d'aborder ce sujet nous croyon nécessaire de rappeler ici brièvement la physiologie de l'excrétion des larmes. Bien comprise, cette physiologie nous laisse déjà entrevoir quelles sont les causes qui s'opposent le plus souvent et le plus efficacement à l'écoulement régulier des larmes, partant, à l'inflammation et à l'obstruction du conduit lacrymo-nasal.

\*\*\*

Les voies d'excrétion des larmes, pour fonctionner intégralement, ont besoin de satisfaire à plusieurs conditions qui ont été vivement discutées relativement à leur importance relative. Sans vouloir entrer dans le mérito de la question épineuse de la physiologie de l'excrétion des larmes, rappelons ici brièvement quelques faits parmi les plus importants touchant cette question. Les larmes, après avoir été sécrétées, sont portées par les lois de la pesanteur vers la partie la plus déclive, elles se dirigent donc de haut en bas et de dehors en dedans, c'est-à-dire vers la caroncule lacrymale, aidées en cela par la contraction de l'orbiculaire. A ce point, les larmes doivent entrer dans les conduits, mais, par quel mécanisme l'acheminement des larmes a-t-il lieu vers le nez? Quel rôle jouent la capillarité, la pesanteur, les contractions de l'orbiculaire et du muscle de Horner, l'évaporation et le courant aérien qui se font dans le nez?

Le muscle de Horner en se contractant contribue-t-il à expulser le contenu du sac et, dans ce cas, la valvule de Huschke oppose-t-elle un obstacle suffisant au reflux des larmes par les points lacrymaux. Sur ce point les auteurs sont à peu près d'accord, mais il n'en est pas ainsi en ce qui concerne le mécanisme de l'entrée des larmes dans le sac. Arlt, Weber, etc, pensent qu'au moment de la contraction de l'orbiculaire le sac est comprimé et chasse son contenu. Roser, Schmidt, Hencke, croient au contraire, qu'à ce moment le sac se dilate et aspire les larmes. Quelles que soient les opinions émises sur ce point, l'étiologie de la dacryocystite ne saurait en dépendre, car dans un cas comme dans l'autre le muscle lacrymal cessant d'agir, il est admis que l'excrétion des larmes devra en souffrir.

\*\*\*

La capillarité ne peut exister qu'en autant que le conduit est perméable, et alors seulement les lois de la pesanteur peuvent aussi prêter leur concours à l'excrétion, mais même dans ce cas, la pesanteur ne peut pas avoir un effet bien marqué, attendu que la capillarité en contrarie les effets.

Le courant aérien qui se fait dans le nez pendant l'expiration et l'inspiration a été invoqué par Rava comme jouant un rôle

très important dans l'acheminement des larmes vers le nez. D'après cette ingénieuse théorie, le nez agirait à la façon de la poire en caoutchouc des vaporisateurs, c'est-à-dire que le déplacement de l'air par le nez entraînerait les liquides contenus dans le conduit lacrymal comme l'air chassé de la poire entraîne le liquide contenu dans les vaporisateurs.

Si cette théorie a du vrai, on devrait constater de la dacryocystite dans les cas de déviation de la cloison du nez, de polypes et de rhinites hypertrophiques, ou au moins des épiphoras rebelles, parce qu'alors le courant d'air ne s'établit que d'un côté. Il a déjà été prouvé que généralement l'oreille moyenne souffre d'un tel état de chose; il serait intéressant d'établir les relations qui pourraient aussi exister entre la dacryocystite et la sténose nasale.

Nos observations sur ce point ne donnant pas de renseignements complets, parce que nous avons omis dans quelques cas de noter l'état du nez, mais quoiqu'incomplètes à ce sujet, les observations que nous avons prises dénotent déjà un fort pourcentage d'affections nasales en général.

\*\*\*

La quantité et la qualité des larmes doivent aussi entrer en ligne de compte. Les conduits ne peuvent fournir à absorber toutes les larmes de ceux qui en sécrètent en excès, et sous l'influence d'une irritation quelconque, il s'en déverse alors nécessairement une partie au dehors. Si les larmes cessent d'être limpides et deviennent visqueuses, les conduits lacrymaux se trouvent gênés dans leur action, la marche de l'excrétion est nécessairement ralentie. Si les points lacrymaux ne sont pas dirigés en dedans, ou si une tuméfaction ou un corps étranger les obstrue, si le muscle orbiculaire ou le muscle de Horner font défaut, quel que soit leur mode d'action, il en résultera un désordre dans l'excrétion des larmes. D'un autre côté, si le conduit lacrymo-nasal est naturellement rétréci par difformité congénitale ou autre, si l'ouverture de ce conduit dans les fosses nasales est obturée par suite d'inflammation ou autres causes, les larmes ne peuvent pas trouver leur cours régulier.

\*\*\*

Les causes directes des dacryocystites peuvent donc être multiples, et une fois un obstacle déclaré quelque part il s'établit fatalement un cercle vicieux qui lie la cause à l'effet et *vice versa*. L'obstacle à l'excrétion des larmes, d'où qu'il vienne, produit la stagnation, dans le conduit lacrymal et les culs de sac conjonctivaux, d'un liquide qui acquiert rapidement des propriétés septiques. De là, des conjonctivites interminables et souvent même des ulcères infectants de la cornée et quelquefois des insuccès dans l'opération de la cataracte par suppuration cornéenne dans des cas latents de cataracte du conduit lacrymo-nasal.

L'étroitesse naturelle du diamètre des points lacrymaux nous rend bien compte des difficultés apportées à la sortie des sécrétions conjonctivales au cours des inflammations de cette muqueuse, cette difficulté tient à la surabondance des liquides sécrétés, à leur plus grande densité, et aussi au rétrécissement des voies lacrymales par boursofflement de la muqueuse des conduits lacrymaux participant toujours, au moins au proche voisinage, aux inflammations de la conjonctive. Le liquide qui y circule en pareil cas n'est pas la sécrétion normale des larmes mais bien un produit inflammatoire, de nature plastique ou au moins irritante, qui s'ajoute à celui qui résulte de l'inflammation de la muqueuse qui tapisse le conduit. Il n'est donc pas étonnant que les moindres degrés de conjonctivites s'accompagnent d'épiphora. La propagation de l'inflammation de la conjonctive au conduit lacrymal n'est cependant pas la seule à ralentir le passage des larmes dans le conduit. Si l'on considère l'extrême fréquence des rhinites, on peut admettre, sans qu'il soit nécessaire de le prouver autrement, que le gonflement et l'inflammation de la muqueuse pituitaire doit aussi s'étendre au conduit lacrymal, cette fois de bas en haut, et rétrécir le diamètre de ce conduit. La facilité avec laquelle les inflammations de la muqueuse nasale se propagent à l'oreille moyenne par les trompes d'Eustache est un exemple fréquent et frappant de la marche envahissante des affections catarrhales. La facilité avec laquelle un coryza s'étend successivement de la muqueuse nasale au pharynx, au larynx et aux bronches en est une autre preuve. De plus, il arrive souvent que le catarrhe se trouve généralisé aux muqueuses oculaire et nasale en même temps, ces deux muqueuses, quoique distantes l'une de l'autre, ne peuvent faire autrement que d'être reliées entre elles par la muqueuse du conduit lacrymo-nasal, atteinte également de la même affection.



Sous l'influence d'inflammations de voisinage répétées souvent ou persistant à l'état chronique, le diamètre du conduit lacrymo-nasal se trouve rétréci, et de là les conséquences connues.

Supposant le cas où l'inflammation si fréquente de la muqueuse nasale ne s'étendrait pas jusqu'à la muqueuse du conduit lacrymo-nasal par continuité de tissu, il n'en est pas moins vrai que le boursofflement de la muqueuse nasale, son hypertrophie chronique doivent contribuer à ralentir l'excrétion des larmes en obturant le foramen inférieur du conduit nasal, ou, comme le prétend Rava, en empêchant le courant aérien d'aspirer le contenu du conduit. Dans un cas comme dans l'autre il y a stagnation de liquides dans le conduit, et la muqueuse en souffre.

La muqueuse devient alors de plus en plus malade, joint ses produits de sécrétion anormale à ceux qui existent déjà, et la

dacryocystite est constituée. La muqueuse se boursouffle, se gonfle, ses parois se touchent, s'ulcèrent, le tissu élastique disparaît et se remplace par un tissu inodulaire, la sécrétion devient plus dense, plus épaisse et trouve alors difficilement son chemin au dehors. L'obstruction et l'inflammation se prêtent un mutuel secours pour se nuire davantage; plus l'inflammation sera violente, plus le rétrécissement sera considérable, moins la sécrétion ne trouvera d'issue par cette voie. A la longue, la partie extensible de ce conduit, le sac lacrymal, cédant à une pression exagérée et à un ramollissement de ses parois se distend et donne lieu à la tumeur lacrymale.

\* \*\*

Mackenzie a reconnu cinq périodes à la maladie :

- 1o Au début, l'œil est larmoyant.
- 2o Le sac se remplit de mucus, c'est la blennorrhée du sac.
- 3o Il se déclare du pus dans le sac.
- 4o Ce pus se fait jour à travers le sac et la peau en donnant lieu à une fistule.
- 5o Enfin, les lésions osseuses apparaissent.

C'est la marche théorique de l'affection qui nous occupe, mais ce n'est pas la suite rigoureuse des faits observés. En effet, un grand nombre de malades en restent à la première ou à la seconde période. Mais ces transformations successives de plus en plus graves s'expliquent bien et nous rendent bien compte de ce qui se produit. Aussi longtemps qu'il n'existe qu'un boursoufflement léger de la muqueuse, l'excrétion n'est pas complètement entravée; il y a ralentissement, toutes les larmes ne trouvent pas leur issue, mais enfin une certaine quantité y passe, le reste tombe sur la joue et l'œil est larmoyant; un peu plus tard, la muqueuse est hypertrophiée, l'accolement des parois est plus accentuée, peut-être existe-t-il déjà des brides cicatricielles qui s'opposent à l'issue de liquides devenus plus consistants, la pression du doigt peut encore vider le sac par le nez si l'obstruction n'est pas fibreuse ou osseuse, enfin sous l'influence de causes variables le contenu du sac subit la transformation purulente et nous avons alors le phlegmon du sac.

L'accumulation de pus dans le sac, la destruction outre mesure qui s'y produit, l'amincissement des parois finit par amener une rupture au dehors et de là une fistule. On conçoit qu'une suppuration chronique dans un conduit entouré d'os peut finir tôt ou tard par entraîner des lésions du périoste et des os sous jacents. D'ailleurs, l'analogie existe souvent pour d'autres cavités soumises aux mêmes influences, telles que la cavité tympanique.

Mais ces complications sont relativement rares. Quant à nous, sur 669 cas que nous avons eu à traiter, nous ne nous rappelons pas d'en avoir observé plus que 5 à 6 cas.

\* \*\*

Dans le canal de l'urèthre, il n'y a pas d'os ni de périoste pour expliquer les rétrécissements qui s'y produisent, cependant ces rétrécissements sont très communs. Ils résultent de phlegmasies chroniques qui se propagent au tissu cellulaire sous-jacent. Il se forme alors en un point une hypertrophie qui diminue la lumière du canal, ou une absorption du tissu ancien et son remplacement par un tissu fibroïde qui a une tendance continuelle à se rétracter. La blennorrhagie est la cause première de ces désordres. Outre la phlogose de la muqueuse, il peut aussi se produire des ulcères qui, en se cicatrisant, rétrécissent le conduit. Quelle analogie existe-t-il entre le canal de l'urèthre et le canal lacrymal sous ce rapport. Cette analogie n'est pas parfaite en ce sens que le conduit lacrymo-nasal est entouré de parois osseuses, tandis que dans le canal de l'urèthre il n'en est rien.

Il n'y a donc pas de rétrécissement de nature osseuse dans l'urèthre, tandis que le fait peut se rencontrer, quoique rarement, dans le conduit lacrymo-nasal. Abstraction faite de ces faits rares, les rétrécissements des voies lacrymales sont, comme ceux de l'urèthre, le résultat d'une inflammation. Ils peuvent se produire sous l'influence des mêmes causes, c'est-à-dire d'une inflammation de nature blennorrhagique purulente. Nous avons pu retracer cette origine dans 5 cas sur 183.

En tenant compte du fait que la sténose uréthrale est presque toujours due à une ancienne blennorrhagie, on serait tenté de croire que la conjonctivite purulente est aussi la cause la plus commune de la sténose lacrymale. Cependant ceci est loin d'être démontré, surtout en ce qui concerne la conjonctivite purulente de nature blennorrhagique. Mais en cherchant plus et en cherchant mieux, on trouverait peut-être un bon nombre de dacryocystites chez des sujets ayant été atteints autrefois d'ophtalmie purulente des nouveau-nés. Les rétrécissements de l'urèthre apparaissent un bon nombre d'années après la blennorrhagie, ce qui n'empêche pas de les rattacher quand même à cette cause. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi, au moins plus souvent qu'on ne le croit, dans les cas de rétrécissement des voies lacrymales ?

Pour l'urèthre, le rétrécissement devient de plus en plus manifeste avec le temps, les patients attendent que l'émission de l'urine soit devenu difficile sinon impossible avant de consulter un chirurgien ; pour les voies lacrymales on attend que les produits septiques aient déterminé des conjonctivites ou des ulcères infectants de la cornée, ou que le phlegmon se soit déclaré dans le sac. Plus rarement sommes-nous consultés pour les larmolements du début et la tumeur lacrymale sans inflammation douloureuse. C'est dire que d'après nos observations les patients se présentent approximativement au moins six ans après le début du larmolement.

Nous ne croyons pas que la virulence blennorrhagique soit indispensable pour produire les rétrécissements; il y a d'autres états purulents qui peuvent agir de la même façon dans l'œil, tel serait par exemple la sécrétion de la conjonctivite granuleuse, leucorrhéique, rubéolique, variolique ou autre. Les transformations qui suivent la conjonctivite granuleuse sont suffisantes pour expliquer le mécanisme des rétrécissements du canal; en effet le caractère essentiel de la conjonctivite granuleuse c'est de laisser à sa suite des cicatrices rétractiles qui déterminent généralement l'inversion des paupières. Nous avons noté six cas de trachôme chez nos malades, et nous croyons avoir donné un chiffre bien au-dessous de la moyenne, car au début de notre travail nous avons surtout en vue d'établir le chiffre de la mortalité chez les parents des malades et nous avons omis plusieurs autres détails qui auraient servi à compléter cette étude. Quoiqu'il en soit, ces quelques cas font présumer que la muqueuse du conduit lacrymal a subi le même sort que la muqueuse palpébrale et qu'il en est résulté un rétrécissement cicatriciel.

\* \*\*

Une inflammation moins violente de la conjonctive peut avoir autant de retentissement sur le canal lacrymo-nasal qu'une violente blennorrhagie dans le canal de l'urèthre, parce que dans le canal lacrymo-nasal on observe une disposition qui n'existe pas dans le canal de l'urèthre. En effet, dans l'urèthre l'urine est chassée avec vigueur, ne séjourne pas dans le canal et par conséquent ne produit pas sur place une irritation aussi manifeste que peut le faire une sécrétion anormale de la conjonctive tombant dans un canal qui ne possède qu'une force restreinte: la capillarité et la pesanteur pour se débarrasser des liquides qui s'y déversent. Il résulte de là que le produit d'une sécrétion catarrhale déjà irritante et septique, en séjournant longtemps dans le canal lacrymal peut acquérir des propriétés plus irritantes encore et analogues au virus blennorrhagique quant à ses effets et causer les mêmes désordres sur la muqueuse lacrymale que ceux observés sur la muqueuse uréthrale. De plus, le refoulement en haut de la valvule de Huschke favorise la fermeture du conduit lacrymal et la stagnation des liquides. Il résulte de là que les voies lacrymales sont dans des conditions plus favorables que le canal de l'urèthre pour développer un rétrécissement.

\* \*\*

Il y a dans le canal lacrymal un point rétréci qui est le siège d'élection des sténoses, mais le conduit peut être congénitalement plus étroit chez les uns que chez les autres et prédisposer ainsi à la dacryocystite. C'est peut-être le meilleur moyen d'interpréter la fréquence plus grande de la maladie à gauche qu'à droite.

L'hérédité de l'affection peut s'expliquer pour une part de la même manière, mais dans ces cas, en outre d'un défaut de conformation du squelette osseux, il y a aussi la transmission de diathèses qui rendent plus aptes à contracter la maladie. Cette hérédité apparaît dans nos chiffres pour un petit nombre de cas, mais elle a été signalée par Noider en 1885 ; sur 95 sujets (59 femmes et 36 hommes), dans 26 cas l'affection siégeait chez les parents et enfants des deux côtés, dans 18 autres du même côté, 12 fois à droite, 6 fois à gauche. Mackenzie a opéré de dacryocystite deux sœurs jumelles, l'une à l'âge de 44 ans et l'autre à l'âge de 45 ans.

Lorsqu'il y a hérédité, ça peut être un défaut de conformation du conduit lacrymo-nasal qui se transmet, ça peut être une diathèse quelconque telle que la syphilis ou la scrofule, enfin ça peut être une affection de voisinage telle que la rhinite atrophique.

Dans le même ordre d'idées, on a aussi signalé l'écartement des os de la face et une forte dépression des os du nez comme cause de rétrécissement du canal lacrymal; d'un autre côté, de Wecker a invoqué une disposition diamétralement opposée comme cause prédisposante, c'est-à-dire une saillie des os du nez jointe à la profondeur du creux sous-orbitaire, désignant par là la race sémitique. Cette contradiction peut n'être qu'apparente, car la race juive peut tenir d'ailleurs sa prédisposition aux affections des voies lacrymales. On sait déjà que cette race est une à vue courte, d'un autre côté il n'y a pas d'exemple, dans l'histoire, de nation qui ait été plus maltraitée, soumise à plus de misère et de privation qu'elle, rien de surprenant, alors, que des constitutions ainsi affaiblies de générations en générations se prêtent plus facilement que toute autre, soit par atavisme, soit autrement, à certaines maladies parmi lesquelles on a déjà signalé les granulations, la dacryocystite et la myopie. Nous serions plutôt porté à admettre ce genre de prédisposition de préférence à une étroitesse naturelle du conduit lacrymo-nasal.

\* \* \*

Il peut arriver qu'en dehors d'une étroitesse congénitale du conduit lacrymal, le conduit se trouve secondairement rétréci par un traumatisme ou une maladie des os, dans ces cas rares la dacryocystite résulterait directement d'un rétrécissement préalable, mais nous le croyons, ces cas sont très rares, et les autopsies qui ont été relatées ont démontré qu'il s'agissait presque toujours de lésions pouvant se rapporter à l'inflammation de la muqueuse. Ainsi les coarctations fibreuses ne se rencontrent guère que dans les cas invétérés, alors que l'inflammation prolongée a pu produire un tel état.

\* \* \*

Etant donné que la dacryocystite succède à des inflammations répétées de la muqueuse lacrymo-nasale, il est difficile d'établir

si la cause de ces inflammations réside plutôt dans le nez ou dans l'œil. A l'époque où les patients se présentent pour faire traiter la dacryocystite, on observe souvent des affections oculaires ou nasales et quelquefois toutes deux conjointement. L'une peut être le résultat de l'autre, et il est difficile de dire laquelle des deux a commencé la première. La dacryocystite, en laissant séjourner dans les cuissés de sacs conjonctivaux, le liquide des larmes, détermine une conjonctivite que Galéowski a désignée sous le nom de conjonctivite lacrymale; celle-là est le résultat et non la cause de la maladie, mais au début les rôles ont pu être changés. La rhinite atrophique annonce une maladie à plus long terme, et sa co-existence fréquente avec la dacryocystite (1807) fait prévoir des relations plus intimes entre les deux.

La riche flore bactériologique qui se développe alors dans le nez nous rend bien compte de la facilité avec laquelle le pus peut se développer dans le sac et inoculer si facilement la cornée en produisant l'ulcère à hypopion. La rhinite atrophique n'est pas limitée au nez comme processus inflammatoire spécial, elle se rencontre aussi dans le pharynx sous le nom de pharyngite sèche, et nous serions tenté de considérer les résultats de la conjonctivite granuleuse sur la conjonctive même comme l'expression d'une maladie à peu près identique; en effet, dans le nez, le pharynx et la conjonctive palpébrale, il y a sclérose de la muqueuse. Ce qui nous porte encore à faire un tel rapprochement, c'est la co-existence fréquente de la rhinite atrophique avec la pharyngite sèche et la conjonctivite granuleuse ancienne suivie d'entropion et de trichiasis. Les confrères oculistes n'ont qu'à se rappeler l'odeur désagréable qu'ils ont dû rencontrer souvent en traitant les entropions, les trichiasis et les conjonctivites granuleuses.

\* \* \*

Un autre rapprochement qui découle encore de nos observations, c'est la co-existence fréquente de la variole ancienne avec la dacryocystite, la conjonctivite granuleuse, la rhinite et la pharyngite atrophique; nous avons noté 14 cas analogues dans nos observations. Nous ne faisons que signaler ce fait sans prétendre aucunement en donner l'explication, peut-être la variole crée-t-elle un terrain propice pour la culture de certains micro-organismes, entr'autres celui qui transforme la conjonctive et la muqueuse du pharynx en tissu cicatriciel et celui qui détermine la disparition par absorption des cornets du nez, enfin celui qui se développe dans le canal nasal en laissant après lui une cicatrice cause de rétrécissement.

\* \* \*

Les fièvres éruptives en général peuvent causer la dacryocystite par suite de l'inflammation des muqueuses oculaire et nasale qui

les accompagne. La variole surtout peut y contribuer plus qu'aucune autre par l'inflammation purulente ou muco-purulente qu'elle détermine. Odler, de Vienne, a noté sur 100 variolés atteints d'affections oculaires, 4 abcès du sac, 22 conjonctivites purulentes ou muco-purulentes, 3 diphthériques, le reste étant des abcès, ulcères ou ramollissement de la cornée. À part cela il a remarqué des affections varioleuses secondaires, telles que catarrhe de la conjonctive, eczéma des paupières, conjonctivite pustuleuse. Ces affections seraient déjà suffisantes pour produire un bon nombre de dacryocystites, entr'autres les 22 cas de conjonctivites purulentes qu'il mentionne, mais la variole peut encore agir d'une autre manière que nous signalerons plus loin.

Nous avons déjà parlé de l'ophtalmie purulente comme cause de dacryocystite. Nous avons pu retracer cette origine dans 3 cas. Son mode d'action est suffisamment connu pour que nous n'y revenions pas à y revenir ici. Seulement, sa fréquence peut être plus considérable, car pour en retracer l'origine on éprouve beaucoup de difficulté; l'affection a pu disparaître sans laisser de traces, le patient l'ignorer complètement et les parents ne plus s'en rappeler.

\*\*\*

Nous signalerons en passant l'opinion de Badal qui fait jouer un rôle capital aux erreurs de réfraction dans l'étiologie de la dacryocystite. Sur 2400 malades, Badal a observé 165 cas de dacryocystite, et sur ce nombre 87 étaient atteints d'anomalies de réfraction exigeant correction.

L'hypermétropie est venue en premier lieu pour 40 0/0.

Causes diverses. .... 43 0/0.

Conjonctivite granuleuse ..... 6 0/0.

Variole et fièvre éruptive..... 5 0/0.

Il a observé 1 cas sur 20 de myopie. La dacryocystite résulterait d'une congestion de l'œil par défaut de réfraction, congestion qui se propagerait ensuite aux voies lacrymales.

Nous ferons observer que les défauts de réfraction sont si communs, autrement dit que les yeux parfaitement emmétropes sont si rares qu'il est difficile de ne pas trouver des coïncidences analogues au cours de toutes les maladies.

\*\*\*

Pour Abadie, l'ostéo-périostite maxillaire par dents cariées jouerait un grand rôle. Les anciens croyaient aussi à l'origine osseuse de la maladie. Sans doute, certains traumatismes sur les os du nez ou sur la branche montante du maxillaire peuvent agir de cette façon, et nous en avons signalé un cas; de même une ostéo-périostite partielle ou généralisée à tout le canal nasal ou une exostose en un point. Nous avons consigné quelques cas où la carie dentaire méritait d'être notée par la quantité de dents at-

teintes et l'état inflammatoire des gencives, la proportion a été de 13 o/o. Mais, s'il fallait accepter rigoureusement l'opinion de Abadie, la dacryocystite ne reconnaîtrait guère d'autres causes, attendu que la carie dentaire est très commune surtout dans la classe pauvre où l'on attache moins d'importance au soin et à la conservation des dents.

Les dents de Hutchinson ont été notées surtout pour démontrer le rôle joué par l'état constitutionnel des patients, attendu que ces sortes de dents indiquent une profonde déchéance de l'organisme, résultat d'une syphilis héréditaire ou d'une scrofule grave. Ces sortes de dents ont été signalées dans 14 cas, c'est-à-dire 7 H/18 pour cent.

\* \* \*

Les corps étrangers des fosses nasales, les suppurations de l'antre d'Ellmore, les polypes nasaux peuvent être autant de causes de dacryocystite par un mécanisme facile à comprendre.

Toutes les causes de dacryocystite que nous avons énumérées plus haut agissent directement sur la muqueuse lacrymo-nasale par lésions de voisinage ou autrement, mais ces mêmes lésions ne sont pas seules à agir sur les voies lacrymales; il faut aux inflammations de voisinage une action prolongée, un certain degré d'intensité, il faut aussi un changement dans le caractère pathologique de la sécrétion qui passe dans le conduit lacrymal, il lui faut une action virulente, et pour que cette action ait lieu, il faut que l'état constitutionnel s'y prête, en d'autres termes il faut un terrain préparé. Ce terrain ce sont les maladies débilitantes en général qui le préparent, ce sont la variole, la syphilis, la scrofule, etc.

Déjà MacKenzie avait observé le rôle que joue la constitution, comme cause de dacryocystite. Voici d'ailleurs comment il s'exprimait en 1856 (MacKenzie-Warlomont, page 388): "La dacryocystite chronique est souvent modifiée par quelqu'altération de la santé générale, fréquemment par la scrofule. Cette dernière cause, au 1<sup>er</sup>, modifie d'une manière frappante l'inflammation d'autres portions du système muqueux.

"Hunter prétend qu'il y a quelque chose de scrofuleux dans certaines blennorrhées, et l'affection des voies lacrymales présente l'analogie la plus frappante avec la blennorrhée ou inflammation puro-muqueuse chronique et périodique de l'urèthre. On peut dire, du reste, d'une manière générale que la scrofule agit sur toutes les affections inflammatoires en prolongeant leur seconde période et en les faisant passer à la chronicité. Quelquefois l'inflammation chronique des voies lacrymales paraît tenir de l'affaiblissement de la constitution, chez des malades d'ailleurs exempts de scrofule; chez quelques-uns elle est entretenue et chez d'autres elle sera produite par un dérangement des fonctions des organes de la digestion. La variole, la rougeole et la fièvre scarlatine éveillent

souvent une disposition à la scrofule, dissimulée jusque-là, et provoquent la dacryocystite."

Le mauvais état constitutionnel du patient constitue, il est vrai, une prédisposition à toute sorte de maladies, mais son influence se manifeste clairement sur les affections des voies lacrymales. Ce fait nous a frappé dès les premières années de notre pratique, lorsque nous avons eu à traiter un grand nombre de cas de dacryocystite chez les orphelins confiés à la garde des Sœurs Grises. On sait que ces enfants abandonnés sont plus sujets que d'autres, et pour cause, à porter la tare constitutionnelle. S'ils sont orphelins de parents connus, la maladie qui a emporté le père et la mère a dû avoir son retentissement sur l'enfant. Si au contraire ils ont été recueillis sur le seuil de la porte ou à l'hospice de la Maternité, ils sont le produit du vice et ils en subissent l'influence; enfin parmi ceux qui naissent dans ces conditions, mais de parents sains, il manque à ceux-là le lait maternel, et la mortalité excessive des enfants ainsi recueillis prouve qu'il y a un vice constitutionnel qui les tue ou qu'on n'en est pas encore arrivé à réaliser les conditions normales d'alimentation ou d'hygiène nécessaires pour leur conserver la vie.

Les chiffres suivants parlent d'eux-mêmes: sur 243 enfants recueillis à l'Hôpital Général dans le cours de l'année dernière, 225 sont morts, c'est-à-dire  $92\frac{1}{2}$  0/0.

On nous informe qu'en moyenne, il en meurt ainsi au moins les  $\frac{3}{4}$  peu après leur arrivée. Ceux qui échappent à la mort "*rari nantes in gurgite vasto*" sont pour la plupart frappés de déchéance physiologique; rien d'étonnant alors qu'on en voit un si grand nombre à nos cliniques pour grossir le contingent des dacryocystites, des conjonctivites granuleuses, de la kératite parenchymateuse et phlycténulaire.

\* \* \*

Si la dacryocystite est commune chez les orphelins de nos hospices de charité pour la raison que nous avons mentionnée plus haut, peut-on lui assigner la même cause dans tous les cas, en d'autres termes, l'état constitutionnel doit-il jouer le principal rôle dans l'étiologie de la dacryocystite en général, c'est ce que nous avons voulu vérifier en établissant le chiffre de la mortalité des frères et sœurs ou des enfants des patients atteints de dacryocystite. On ne doit pas s'attendre à trouver un grand nombre d'enfants sains et viables lorsque les parents sont eux-mêmes entachés de vices constitutionnels. Par conséquent le meilleur moyen de connaître l'état de santé des parents c'est d'établir le chiffre de la mortalité de leurs enfants. En procédant de la sorte nous sommes arrivés à une mortalité d'à peu près 460/0, c'est-à-dire près de la moitié, lorsque la mortalité normale ne devrait être que de 18 pour 1000. Et pour ne pas donner à ce

résultat une fausse importance, nous avons eu soin d'éliminer les mortalités au dessus de 4 ans, qui ne sont pas imputables à des maladies constitutionnelles. Ainsi dépouillés des mortalités accidentelles ou survenues à un âge avancé, nos chiffres indiquent réellement un affaiblissement constitutionnel dans la grande majorité des cas.

\*\*\*

Deux affections surtout paraissent contribuer à établir un tel état de choses, ce sont la variole et la syphilis. La variole contractée dans le jeune âge laisse une empreinte ineffaçable dans l'organisme, les maladies des os en sont souvent le résultat immédiat ou tardif. 42 patients variolés atteints de dacryocystite ont eu 253 enfants, et sur ce nombre 128 sont morts au-dessous de 8 ans, portant ainsi le chiffre de la mortalité à à peu près 50 0/0. Devons-nous attribuer cette mortalité excessive aux effets constitutionnels de la variole, ou est-ce une simple coïncidence? Nous serions plutôt porté à admettre la première alternative.

La syphilis s'est rencontrée 16 fois dans le cours de nos observations, c'est-à-dire dans les proportions de 8 0/0; la mortalité s'est élevée dans ces cas à 58 0/0. On sait quel est l'effet désastreux de la syphilis constitutionnelle sur la vitalité des enfants, c'est une des causes les plus fréquentes de la mortalité infantile, à un tel point qu'on doit toujours rechercher cette cause chez ceux qui perdent beaucoup d'enfants.

Malheureusement, pour trouver le nombre exact de syphilis constitutionnelles en rapport avec la dacryocystite, on se heurte à une foule d'obstacles insurmontables. L'histoire de cette maladie est généralement entourée de mystères et de réticences, sinon de négations mensongères, et il est difficile de soumettre tous les patients à une enquête de ce genre. Si les lésions caractéristiques ne viennent pas lever tous les doutes et neutraliser les dires du patient, on reste souvent en face d'observations incomplètes. Mais si la syphilis, à une époque tardive, ne se révèle plus par des lésions caractéristiques du côté de la peau ou des organes et par l'histoire écourtée des maladies antérieures, il y a une histoire de famille qui fait rarement défaut, et lorsqu'on voit une femme avoir successivement des fausses couches, des enfants morts-nés ou qui meurent peu de temps après leur naissance et qu'enfin on constate sur un ou quelques survivants des dents de Hutchinson, on a de fortes présomptions pour croire qu'il y a là une histoire de syphilis. Nous avons vu plusieurs cas de ce genre que nous n'avons cependant pas classifiés parmi les cas de syphilis, quoiqu'apparemment ils en eussent toute l'allure. Ils n'en indiquaient pas moins un mauvais état constitutionnel, et ceci venait encore à l'appui de nos avancés. La syphilis, outre qu'elle agit comme cause débilitante, peut aussi produire directement sur la muqueuse lacry-

male les mêmes désordres que sur les autres muqueuses. On connaît les retrécissements syphilitiques de l'œsophage et du rectum ; la syphilis peut aussi agir sur les voies lacrymales par périostite, ostéite, nécrose, exostose ou gommès.

\* \* \*

Enfin, le fait que les hommes sont moins sujets que les femmes à la dacryocystite peut encore trouver son explication dans l'état constitutionnel de ces dernières. Leur constitution est naturellement plus faible, elles sont plus sujettes aux maladies et en ressentent plus souvent les influences néfastes. Elles passent par des périodes critiques auxquelles l'homme n'est pas exposé ; les accouchements et les fièvres fréquentes auxquelles elles sont sujettes à cette époque, l'allaitement et la fatigue qu'elles en éprouvent, les nuits d'insomnie, les désordres utérins auxquels elles sont si sujettes, enfin l'apparition des règles et la ménopause constituent pour elles autant de causes de désordres constitutionnels qui peuvent retentir sur les muqueuses en général et en particulier sur les voies lacrymales.

Le mauvais état constitutionnel se manifeste sous des formes multiples qui, dans le langage médical, ont reçu différents noms : entr'autres ceux de scrofule, strume, lymphatisme, mais pour n'exprimer en définitive qu'un état à peu près identique. Cliniquement, ces sujets à constitution débile sont aptes à contracter toute sorte de maladies ; leur peau, leurs muqueuses offrent peu de résistance aux agents extérieurs, elles s'excorient facilement, deviennent le siège de pustules ou de gonflement, et, sous l'influence d'une torpeur nutritive constante, les infections extérieures sont favorisées, le terrain est devenu propice pour l'éclosion et la culture des micro-organismes.

#### CONCLUSIONS.

Les conclusions que nous pouvons tirer des observations que nous avons citées se résument comme suit :

1° La dacryocystite est une affection fréquente et grave par les dangers auxquels elle expose la cornée.

2° Elle se localise plutôt à l'œil gauche qu'à l'œil droit.

3° Elle atteint plus souvent les femmes que les hommes.

4° Elle se déclare en moyenne vers l'âge de 33 ans.

5° Les patients réclament des soins pour leur état en moyenne six années après le début du larmolement.

6° Le mauvais état constitutionnel de ces patients est la cause prédisposante de la dacryocystite ; ce mauvais état de constitution est démontré par une mortalité d'à peu près 46 0/0 chez les enfants ou les frères et sœurs de ces patients.

7° La variole co-existe dans la proportion de 41 0/0 et semble favoriser l'apparition de la maladie.

8° Les affections nasales : rhinites hypertrophiques, atrophiques, déviation de la cloison du nez et surtout la rhinite atrophique fétide semblent intimement liées à la dacryocystite.

9° Le mauvais état des dents rend possible, dans beaucoup de cas, la propagation d'une inflammation périostique à la muqueuse lacrymale.

10° Le nombre de sujets atteints ayant des dents de Hutchinson, la mortalité excessive signalée dans certains cas et la proportion de 8 0/0 de cas de syphilis avouée font prévoir l'action fréquente de la syphilis dans ces cas.

11° L'ophtalmie purulente y contribuerait aussi pour sa part, ainsi que l'hérédité, les traumatismes directs et les lésions osseuses.

---

### Du traitement des kystes hydatiques du foie :

par F. O. MERCIER, M.D., (de Montréal, Canada).

---

De toutes les méthodes employées tour à tour pour le traitement des kystes hydatiques du foie, il n'en reste plus guère aujourd'hui que trois, qui sont : 1o la ponction simple à l'aide de l'aspirateur Dieulafoy ou Potain, 2o la ponction suivie de l'injection, dans la poche vidée, d'un liquide parasiticide, et 3o, l'incision chirurgicale en un ou deux temps.

La ponction simple est aujourd'hui justement abandonnée par la plupart des chirurgiens, car, si d'un côté elle offre une grande simplicité de technique opératoire, il n'en est pas moins vrai qu'elle donne une récurrence presque constante, et de plus qu'elle n'est pas sans danger pour le patient. Une statistique anglaise lui a même donné 15 0/0 de mortalité. Elle est même très dangereuse, lorsque le kyste suppure, car quelques gouttes de pus échappées par l'orifice laissé béant, lorsqu'on retire la canule, peuvent inoculer le péritoine et amener une péritonite rapidement mortelle. D'ailleurs elle n'est pas applicable lorsqu'au lieu d'une seule poche existent un grand nombre de vésicules que ne saurait vider l'aspiration.

La méthode des injections parasitocides n'est pas nouvelle, mais elle a été pendant un certain temps abandonnée, pour n'être reprise que tout dernièrement. La teinture d'iode, la bile, l'alcool, l'iode de potasse, agents autrefois en usage, ont été remplacés aujourd'hui par des solutions de sublimé et de naphthol. Plusieurs chirurgiens ont essayé cette nouvelle méthode et en ont obtenu de bons résultats. Ces succès n'ont cependant pas encore été assez brillants pour lui donner le premier rang sur l'ouverture

chirurgicale large. Ce procédé, cependant, est si simple qu'il mérite une plus complète expérimentation. Il n'a pas néanmoins la bénignité absolue et l'efficacité qu'on lui prête, et dans nombre de cas on a vu éclater des accidents plus ou moins graves d'hydrargyrisme. On a conseillé, pour éviter l'absorption, de faire suivre l'injection au sublimé par des lavages avec de l'eau boriquée ou bouillie. Chantemesse a conseillé l'eau salée, qui non seulement entraîne mais neutralise la solution mercurielle. Tous ces procédés échouent malheureusement très souvent, car la plupart de ces cas d'intoxication sont dus à un accident d'une extrême fréquence et sur lequel on n'insiste pas assez; on vide le kyste, puis on injecte la liqueur de Van Swieten qu'on veut évacuer, mais une vésicule ou une membrane vient fermer la canule, et le sublimé reste enfermé dans le foie où, grâce au grand pouvoir d'absorption de ce dernier, des accidents rapidement dangereux se produisent.

C'est pour cette raison que les chirurgiens ont été portés à n'employer que des substances peu solubles et difficilement absorbables. On a eu ainsi recours à l'eau naphtholée; une mince couche de naphtol se dépose sur la paroi interne du kyste et l'intoxication n'est pas à craindre, le naphtol n'étant pas soluble.

Outre cet inconvénient, la ponction avec injections parasitocides présente celui d'être inapplicable lorsque le kyste est formé de plusieurs vésicules contenues dans une poche unique. De plus, cette méthode dont le renouveau est tout récent demande pour être admise à remplacer l'incision chirurgicale large, qui aujourd'hui, grâce à l'antisepsie, offre très peu de dangers et donne des résultats parfaits et permanents, demande, disons-nous, une plus complète expérimentation, et une statistique plus nombreuse. Aussi, considérons-nous l'incision large de la poche kystique comme étant encore la méthode de choix.

En 1885, l'on comptait en France sept interventions, et autant de succès; aussi, les conversions à ce procédé ont-elles été rapides, et aujourd'hui tous les chirurgiens y ont recours. Depuis que nous sommes à Paris, nous l'avons déjà vu pratiquée deux fois par notre maître M. Reclus, et une fois par M. Péan. Nous avons pu suivre deux de ces malades, qui ont parfaitement guéri dans un espace de temps relativement court, et nous avons su que l'opération avait aussi été un succès sur le troisième de ces patients.

La méthode a deux procédés: 1o celui de Volkman, où le chirurgien ayant incisé les téguments jusqu'au péritoine viscéral exclusivement, attend que ce dernier s'unisse par des adhérences au péritoine pariétal, avant d'ouvrir la poche kystique, et 2o celui de Lindemann-Landan, où le kyste est ouvert de suite à la première et unique séance opératoire.

Le procédé de Volkman a donné en Allemagne de très beaux

résultats ; Poulet a réuni 13 observations et une seule mort. Korach rapporte six guérisons sur six opérations. La technique des deux temps en est très simple. Le chirurgien pratique sa première incision sur le point le plus culminant de la tumeur, et pénètre jusqu'à travers le péritoine viscéral. On conseille de faire cette incision très large, afin de permettre plus tard une facile évacuation. On peut se servir très avantageusement de cocaïne ; grâce à ce procédé facile d'anesthésie, l'intervention a tout au plus la valeur d'une opération de petite chirurgie. Au bout de huit à dix jours, les adhérences, sous le couvert d'un pansement antiseptique, sont parfaitement constituées. Le kyste est alors ouvert avec le bistouri s'il est superficiel, et avec le thermocautère s'il est situé dans l'épaisseur du tissu hépatique. Grâce aux adhérences, le contenu kystique ne peut s'écouler qu'à l'extérieur, et le chirurgien n'a pas à craindre l'introduction de la plus petite partie du liquide dans la cavité abdominale.

Lorsque tout le contenu du kyste, liquide et vésicules, s'est écoulé, on draine la cavité avec un gros tube double, et on recouvre d'un pansement absorbant épais, vu l'énorme quantité de sécrétions qui va bientôt l'imbiber. Il est même souvent nécessaire de renouveler ce pansement plusieurs fois par jour.

On a préconisé des lavages antiseptiques de la cavité ; ils sont inutiles, car le contenu s'échappe facilement par la large ouverture déclive qu'a pratiquée le chirurgien ; et dangereux, car on a signalé des accidents même mortels provoqués par le jet du liquide antiseptique.

Si cette opération est d'une extrême simplicité, il ne faut pas oublier qu'elle présente un grand inconvénient : celui de ne pas débarrasser le malade d'un seul coup, et de lui donner deux fois l'émotion, les ennuis et les souffrances d'une intervention, et si aujourd'hui elle n'a guère été employée en France, c'est tout juste pour cette raison ; les chirurgiens français n'aiment pas d'ailleurs les opérations en deux temps. Cependant, nous la préférons à l'opération de Lindemann-Landan dans les cas où le kyste est intrahépatique, car alors non seulement il est impossible d'exciser tout ou en partie la poche kystique, mais il est très difficile et même dangereux de suturer les lèvres de l'ouverture de l'hydatide à celles de la plaie externe.

L'opération en un temps doit son nom de Lindemann-Landan. à ce qu'elle fut d'abord préconisée par le premier, et très modifiée par Landan. C'est la méthode la plus employée en France aujourd'hui, et l'on pourrait même dire que des deux, elle est celle qui règne sans partage. La technique n'est pas aussi simple que celle de l'opération en deux temps. L'anesthésie peut être faite, soit à l'aide du chloroforme, soit à l'aide de la cocaïne. Terrier préconise l'incision sur la ligne blanche, mais M. Reclus préfère inciser sur le point le plus culminant du kyste, car alors l'opéra-

teur manœuvre avec beaucoup plus de facilité. L'hémostase doit être complète avant l'ouverture du péritoine. Le foie se trouve alors à découvert. Ici, deux éventualités se présentent : ou bien déjà des adhérences entre les deux feuilletts du péritoine sont formées, ou bien ces deux feuilletts sont tout à fait libres l'un de l'autre. Dans le premier cas, le chirurgien doit s'assurer que ces adhérences sont tellement complètes tout autour de son incision, qu'il puisse être certain qu'en ouvrant la paroi du kyste, pas la moindre partie de son contenu ne s'écoulera dans l'abdomen, et alors il n'a qu'à ouvrir de suite et largement l'hydattide. Mais si les adhérences ne sont pas complètes, et à plus forte raison s'il n'y en a pas du tout, il faut bien appliquer la surface convexe du foie contre la paroi abdominale, ce qu'obtiennent facilement les aides en refoulant avec les mains le flanc droit et le flanc gauche du patient. Le kyste, par cette manœuvre, bombe, une ponction aspiratrice à l'aide de l'appareil Dieulafoy ou Potain y est aussitôt faite, et lorsque la poche est en tout ou en partie vidée, ou la saisit par une pince à kyste qui oblitère l'orifice laissé par le trocart. Le chirurgien la tire au dehors et la fixe à la paroi abdominale par quatre points de sutures également éloignés et passant à travers la peau, les muscles et la séreuse. Le kyste est alors assez fixé pour qu'on puisse l'ouvrir avec le bistouri ou les ciseaux. On suture alors chacune des lèvres de la poche hydatique à la paroi abdominale par des points assez rapprochés pour qu'il n'y ait pas à craindre l'introduction du contenu kystique dans la cavité péritonéale. Si la poche kystique était trop grande, on en ré-èquerait une partie avant de faire cette dernière suture rapprochée.

Il est des cas où le kyste est tout à fait en dehors du foie et n'y est adhérent que par un pédicule plus ou moins large. On agira alors comme pour un kyste de l'ovaire. Le chirurgien, après avoir pratiqué la ponction aspiratrice, tire le kyste à l'extérieur, saisit le pédicule dans une longue pince de Richelot, le coupe, le ligature au-dessous de la pince et referme immédiatement la plaie abdominale.

D'un autre côté, si le kyste est situé dans le foie même et qu'il faille, pour l'atteindre, pénétrer à travers une certaine épaisseur de tissu glandulaire, l'opération sera très compliquée. En effet, la ponction aspiratrice ayant même très bien réussi, on ne peut saisir avec les pinces, pour l'attirer au dehors, ce tissu épais, lisse et friable. Aussi, dans ce cas, est-il presque impossible de suturer la poche à la paroi abdominale avant son incision large et son évacuation. C'est ce qui fait que dans ces cas je préférerais volontiers l'opération en deux temps, qui permet aux adhérences de se faire d'elles-mêmes en toute sécurité.

Cependant, lorsque le kyste est suppuré, il ne peut plus être question d'opération en deux temps, car il n'est pas indifférent pour le patient de garder pendant quelques jours de plus une

collection purulente dans l'abdomen. Aussi le chirurgien doit-il alors recourir à la méthode Lindemann-Landan, qui débarrassera de suite le patient de son foyer d'infection.

Le pansement est le même que celui déjà indiqué pour la méthode en deux temps, après ouverture du kyste : gros tube à drainage, double, gaze iodiformée sur la plaie, ouate hydrophile, toile imperméable et bandage de corps. Ce pansement doit souvent être renouvelé dans les 24 heures, à cause de l'énorme quantité de sécrétion qui s'écoulera de la plaie, surtout pendant les premiers jours.

Enfin, pour terminer, je résumerai par ces quelques conclusions :

1o La ponction simple, mauvaise intervention, ne doit plus être employée que comme moyen d'exploration.

2o La ponction suivie d'injection parasiticide présente certains dangers, n'est pas sûre et est d'une application encore trop récente pour être recommandée.

3o L'opération en deux temps, ou de Volkmann, est indiquée dans les cas où le kyste est intrahépatique et non suppuré.

4o L'opération en un temps, ou de Lindemann-Landan, est la méthode de choix, et celle à laquelle le chirurgien devra recourir de préférence dans la plupart des cas.

Paris, 19 août 1891.

---

Une anecdote sur Daviel a propos de la cataracte. — La bienfaisance de Daviel conduisait de toutes les provinces du Royaume dans son laboratoire, des malades indigents qui venaient implorer son secours, et sa réputation y appelait une assemblée curieuse, instruite et nombreuse. Je crois que nous en faisons partie le même jour, M. Marmontel et moi. Le malade était assis, voilà sa cataracte enlevée; Daviel pose sa main sur des yeux qu'il venait de rouvrir à la lumière. Une femme âgée, debout à côté de lui, montrait le plus vif intérêt au succès de l'opération; elle tremblait de tous ses membres à chaque mouvement de l'opérateur. Celui-ci lui fait signe d'approcher, et la place à genoux en face de l'opéré; il éloigne ses mains, le malade ouvre les yeux, il voit, il s'écrie: Ah! c'est ma mère!.. Je n'ai jamais entendu un cri plus pathétique; il me semble que je l'entends encore. La vieille femme s'évanouit, les larmes coulent des yeux des assistants, et les aumônes tombent de leurs bourses. (*Récit de Diderot.*)

---

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**Vertige de ménière.**—Clinique de M. le professeur CHARCOT, à l'hospice de la Salpêtrière:—Un homme d'une cinquantaine d'années, cocher, s'est présenté à la consultation en se plaignant de souffrir de vertiges qui se sont montrés pour la première fois il y a quatre ans; il y a un an, au moment d'un de ces vertiges, il est tombé en avant et s'est fait une plaie à la tête. Cette affection, qui depuis s'est souvent renouvelée, est précédée d'un bourdonnement ou d'un sifflement d'oreilles, et suivi dans quelques cas de vomissements; mais il n'y a pas perte complète de connaissance.

La réunion de ces divers symptômes constitue le type ordinaire du vertige de Ménière. L'oreille est le point de départ des accidents, et on peut dire que toutes les affections de cet organe peuvent retentir sur le labyrinthe et agissent par ce mécanisme; aussi la nature de la lésion ne présente qu'une importance secondaire, à moins qu'il ne s'agisse d'un bouchon cérumineux, car on peut alors, en l'enlevant, obtenir une guérison immédiate. Mais alors même que la lésion serait peu accessible, la thérapeutique permet d'agir presque à coup sûr sur le vertige.

Un point intéressant de l'histoire de cet homme, c'est qu'il a pu passer dans plusieurs services hospitaliers, sans qu'on ait reconnu la nature de sa maladie; on a même été amené à lui faire des applications de sangsues, pratique fort nuisible en la circonstance, en ce que toute perte de sang, toute anémie peut exaspérer les accidents.

M. Charcot a depuis longtemps indiqué le procédé de traitement des cas de ce genre: il consiste à donner deux fois par jour, à chaque repas, 0,40 centigrammes de sulfate de quinine (0,80 centigrammes par jour) que l'on continue ainsi pendant quinze jours. Le malade se repose alors pendant huit jours, puis reprend le médicament de la même manière; après trois ou quatre reprises suivies ainsi de repos, la guérison est généralement obtenue.

Sous l'influence de la médication, il y a quelquefois au début exaspération des bruits et même des vertiges; mais l'amélioration ne tarde pas à se produire.

Il est à noter que dans la forme où il s'est présenté chez ce malade, le vertige est très facile à modifier; mais il n'en est plus de même dans certains vertiges constitués pour ainsi dire par deux éléments: un élément aigu, constitué par les attaques plus ou moins éloignées les unes des autres, et un état chronique caractérisé par un vertige moins fort, mais incessant, qui oblige les malades à garder la chambre, souvent même à éviter toute espèce de mouvements. Dans ces cas, le sulfate de quinine ne réussit pas aussi rapidement, et il faut quelquefois jusqu'à sept ou huit mois pour obtenir un effet utile.

Le vertige de Ménière est relativement fréquent et d'un diagnostic assez facile; cependant, la plupart des malades que M. Charcot a eu l'occasion de voir avaient été l'objet d'erreurs de diagnostic, et souvent même traités par les moyens les plus variés et tout à fait inopportuns. On ne saurait donc trop attirer l'attention sur ce sujet.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

**Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale.** (1)—*Forme paralytique*:—Les paralysies peuvent être partielles, incomplètes, ébauchées, succédant à des convulsions, à la céphalée, ou accompagnant l'aphasie. Les nerfs sensoriels peuvent être atteints: perte de l'odorat, du goût; hyperacuité auditive suivie d'une surdité, surtout troubles visuels, amblyopie croisée, hémianopsie symétrique, névro-rélinite avec achromatopsie, amaurose et sensations lumineuses subjectives, se manifestant d'une façon intermittente.

Les paralysies des muscles de l'œil partielles, incomplètes parce qu'elles frappent les noyaux d'origine isolément et mobiles, se succédant les unes aux autres, sont très fréquentes, même en dehors de l'ataxie locomotrice qu'elles annoncent si souvent.

On reconnaîtra la paralysie du moteur oculaire commun aux symptômes suivants: strabisme divergent, diplopie croisée, blépharoptose, mydriase, diminution ou abolition du pouvoir accommodateur;—la paralysie du moteur oculaire externe, au strabisme convergent avec diplopie homonyme. La mydriase peut exister seule en dehors de toute autre paralysie.

Mais l'hémiplégie est le grand symptôme de la forme paralytique; son début est habituellement lent et progressif, sans perte de connaissance complète; on n'observe presque jamais d'incontinence vésicale, les muscles atteints sont plutôt parésés d'ordinaire que paralysés complètement. La sensibilité et les réflexes sont intacts, s'il n'y a pas coexistence de troubles hystériques, ou s'il n'y a pas hémianesthésie par lésion de la capsule interne au niveau du carrefour sensitif. Dans ce cas la cause est une hémorragie ou un ramollissement plutôt qu'une gomme. La lésion est alors vulgaire, elle produit la contracture secondaire des membres

(1) Suite. Voir la livraison de juin.

paralysés comme dans l'hémorragie par anévrysmes miliaires et la nécrobiose par athérome.

La paraplégie, quand il n'y a pas de gomme médullaire, a pu être exceptionnellement la conséquence de gommés symétriques siégeant dans les deux hémisphères au niveau de la partie supérieure des *circonvolutions rolandiques* ou des *lobules paracentraux*.

Au point de vue de l'épilepsie partielle et de l'hémiplégie, rien n'est plus instructif que la connaissance de deux cliniques faites récemment sur ce sujet par M. Charcot et recueillies par son interne M. Souques.

Le professeur y retrace brièvement ce que l'anatomie pathologique nous a appris sur les lésions de la syphilis cérébrale. Ce sont le plus souvent des lésions de la base et de la région fronto-pariétale, isolées ou associées et portant en règle générale sur les méninges. D'après Virchow, Rumpf, Oppenheim, une substance gélatineuse, transparente, s'infiltré dans l'hexagone de Willis, et autour du chiasma des nerfs optiques. C'est un tissu composé de très petites cellules embryonnaires, dans lequel les vaisseaux s'oblitérent sur certains points et produisent cette dégénération caséuse qui caractérise les gommés à un certain stade de leur évolution, tandis qu'à la périphérie la plaque gommeuse a subi la transformation fibreuse.

Ce sont, en effet, des plaques gommeuses plutôt que des tumeurs arrondies et circonscrites, des lésions en nappes, des lésions superficielles en tout cas qui n'affectent d'abord la substance corticale cérébrale et les organes voisins que par irritation du voisinage. Mais à un degré plus avancé se produisent des altérations plus graves, l'artérite oblitérante étudié par Heubner, qui peut conduire soit à la production d'anévrysmes dont la rupture sera la cause d'hémorragies plus ou moins redoutables, soit à un ramollissement plus ou moins profond de la substance cérébrale elle-même.

Quand il n'existe encore que l'infiltration gommeuse de la région basilaire et du chiasma, les nerfs optiques, les nerfs moteurs de l'œil s'y trouvent englobés, ils subissent des lésions de compressions ou d'infiltration qui se traduisent cliniquement soit par la paralysie des muscles de l'œil, soit par la névrite optique. Voilà pour les lésions de la base.

Du côté de la convexité du cerveau il en peut exister soit surajoutées aux précédentes, soit contemporaines. Elles affectent surtout la région fronto-pariétale. Ce sont aussi des altérations méningées, des gommés en nappe. Les plaques gommeuses d'abord en général pachyméningées, envahissent la dure-mère qui se montre au voisinage très vascularisée comme la dure-mère elle-même, et quelquefois il y a adhérence de la méninge à la substance corticale encéphalique.

L'étude des localisations cérébrales nous a appris que toute

lésion irritative de cette région dite psycho-motrice ou rolandique parce qu'elle borde le sillon de Rolando et la scissure de Sylvius, peut provoquer des accidents convulsifs épileptoïdes limités à certaines parties du corps, face, membres supérieurs ou inférieurs et que les lésions destructives de cette même région produiront la paralysie de ces parties. L'épilepsie partielle, débutant par la face ou par un membre pour se généraliser plus ou moins, correspond donc à une altération des méninges ou des circonvolutions de la zone rolandique. Si la lésion siège à la surface des circonvolutions fronto-pariétales ascendantes dans la partie supérieure, le début des secousses épileptoïdes se fera par le membre inférieur, par la face si elle siège dans la partie inférieure, par la main et le membre supérieur si elle siège sur la partie moyenne de ces mêmes circonvolutions. Localisée au pied de la troisième circonvolution frontale ou à l'insula, la lésion produira l'aphasie dans ces différentes formes; telle autre des localisations mises en lumière par Ferrier, Charcot, Horsley, etc., produira l'hémiopie, divers troubles intellectuels, l'amnésie.

Mais, pour en revenir à l'épilepsie partielle, elle commence souvent par une aura, sensation d'engourdissement et de faiblesse de la main; des secousses convulsives débutent par un doigt, gagnent les autres, puis l'avant-bras et le bras; souvent alors le malade perd connaissance, tombe pendant que les secousses cloniques continuent à gagner le membre inférieur et la face, qu'il y a miction involontaire et morsure de la langue. D'autres fois le malade assiste en pleine conscience à toute la durée de l'attaque. On doit considérer cette épilepsie partielle comme curable quand elle n'est accompagnée d'aucun trouble permanent du mouvement dans le membre mis en jeu par les convulsions épileptiformes. Une légère parésie transitoire se montrant après l'attaque convulsive ne doit pas être de fâcheux présage. Mais lorsqu'une hémiplégie permanente complique l'épilepsie partielle, si on trouve dans le côté paralysé de la rigidité, de la contracture, une exaltation des réflexes avec trépidation spinale, on doit prévoir que la dégénération secondaire des hémiplégiques avec atrophie, telle que l'ont décrite MM. Charcot et Brissaud, va succéder au ramollissement inflammatoire ou ischémique de l'écorce de cause non syphilitique, tout aussi bien que si les mêmes lésions siègent dans la capsule interne, se compliquant alors d'hémi-anesthésie.

La *forme aphasique* est rarement pure; les différentes variétés: cécité verbale et surdité verbale, agraphie, alexie, glossoplégie s'observent avec une monoplégie ou une hémiplégie. M. Mauriac a observé l'aphasie d'abord intermittente avant d'être définitive.

La *forme mentale* comprend les désordres intellectuels avec hypochondrie et dépression ou exaltation maniaque, pseudo-paralysie générale. La question des rapports de la paralysie générale vraie (meningo-periencéphalite diffuse) avec la syphilis est encore l'objet de discussions passionnées parmi les aliénistes.

Une mention particulière doit être réservée à la *syphilis cérébrale héréditaire de l'enfance* qui, comme celle de l'adulte, reconnaît pour causes anatomiques isolées ou associées les gommés, la sclérose des méninges et de l'encéphale, l'artérite avec ses conséquences, les foyers hémorragiques et nécrobiotiques; l'hydrocéphalie n'est pas rare. On admet trois formes: la forme *céphalalgique* la plus fréquente; associée souvent aux autres qu'elle devance, la forme *épileptique* et la forme *mentale* dans laquelle peuvent dominer les troubles intellectuels ou les troubles moraux. Les symptômes congestifs se montrent d'une façon intermittente, consistant en vertiges, bourdonnements, paralysies oculaires (surtout ptosis et mydriase). L'hémiplégie est rare chez l'enfant du fait de la syphilis, tandis qu'elle est fréquente dans les autres encéphalopathies de cet âge.

La plus embarrassante des combinaisons de symptômes que puisse revêtir la syphilis cérébrale infantile est celle qui simule la méningite tuberculeuse par les changements du caractère, la céphalée, les convulsions. Pour éviter la confusion on aura bien souvent à se remettre en mémoire les autres symptômes de la méningite tuberculeuse, fièvre, pouls inégal, intermittent, ventre en bateau avec constipation opiniâtre, vomissements, photophobie, cris, grincements de dents et trismus, amaigrissement plus rapide; mais on n'arrive pas toujours à la certitude.

Aussi est-ce un axiome de thérapeutique infantile de donner toujours à un enfant qui présente le syndrome méningitique le bénéfice d'une syphilis héréditaire, même hypothétique, en lui faisant un traitement iodo-mercurique. Mais pour ma part, je l'ai fait bien des fois et j'attends encore le cas ou surviendra un résultat avorable.

*Syphilis cérébrale héréditaire de l'adulte.*—Mais la syphilis héréditaire peut frapper le cerveau beaucoup plus tard que dans l'enfance, puisque la malade dont M. Cha. cot rapportait récemment l'observation comme exemple d'épilepsie partielle syphilitique curable avait 30 ans, et cependant c'est à l'hérédité qu'elle devait sa syphilis, ainsi que l'a montré le professeur en reconstituant ses antécédents et sur l'examen des stigmates. Ceux-ci consistaient en une névrite optique et une atrophie choroïdienne qu'Hutchinson et Fournier considèrent comme un des attributs de la syphilis héréditaire tardive. Vers l'âge de sept ans elle avait eu des croûtes dans les cheveux, de l'adénopathie cervicale; à 14 ans une rhinite ulcéreuse avec jetage, hémorragies nasales et expulsion en plusieurs fragments d'un des cornets du nez. Cette femme était en outre un exemple d'association de l'hystérie à la syphilis cérébrale. En plus de ces accidents épileptoïdes, elle avait une diminution de la sensibilité et un rétrécissement concentrique du champ visuel. Dans sa famille on relevait l'hérédité névropathique (hystérie, paralysie infantile, aliénation).

La THÉRAPEUTIQUE de la syphilis cérébrale se résume dans l'axiome émis par M. Fournier et Charcot : *il faut frapper vite et fort*. Sans perdre un jour, sans perdre une heure, instituez le traitement *mixte*.

L'iodure ne suffit pas ; il faut y joindre les frictions mercurielles qu'on fera alternativement dans les pli- inguinaux, poplités et axillaires. La friction est faite le soir avec gros comme une petite noix d'onguent napolitain pendant plusieurs minutes, on en laisse une couche adhérente, on recouvre de taffetas gommé. Le lendemain on lave la région frictionnée à l'eau chaude et au savon pour prévenir l'hydrargyrie locale.

On surveillera les gencives avec soin, les frictions prédisposant à la stomatite plus que tout autre procédé de mercurialisation. Les gargarismes et les poudres dentifrices antiseptiques seront employés après chaque repas ; l'accumulation du tartre dentaire et des débris alimentaires favorise la salivation mercurielle.

L'iodure de potassium sera commencé à 3 gr. et porté rapidement à 5 et 6 gr. voir à 10 et 12 gr. dans les cas graves et rebelles. On établira la tolérance par l'usage du lait, l'abstention d'alcool et de vin, et l'antisepsie intestinale (naphtol et salicylate de bismuth), comme l'a montré M. Féré à propos de la bromuration des épileptiques—ce qui est vrai de l'ioduration. L'iodure sera donné en lavements en cas d'intolérance gastrique. Si l'administration du mercure en frictions devait être trop lente ou mal exécutée, on pourrait utiliser les injections sous-cutanées de calomel ou d'huile grise (méthode de Smyrnof et de Scarenzio).

Mais, comme je le disais en commençant, il existe toute une catégorie d'anciens syphilitiques qui, soit par abus thérapeutique, soit par l'action même de la syphilis ayant éveillé la névrose, se plaignent d'une foule de troubles nerveux n'ayant rien qu'une ressemblance grossière avec la syphilis cérébrale.

Ceux-là sont des hystériques ou des neurasthéniques ; ils ont la céphalée en casque modérée et constante sans paroxysme nocturne, l'anesthésie, la dilatation gastrique avec son cortège dyspeptique ou bien l'hémi-anesthésie, l'anesthésie pharyngienne, la chromatopsie, etc. Ils ont lu de mauvais journaux de vulgarisation stupide où sont dépeintes les conséquences effroyables des syphilis méconnues ou de vrais livres de médecine qu'il n'ont pas compris.

Ceux-là, ils ont été bourrés pendant des années d'iodure et de mercure : gardez-vous de leur en donner encore. Ce qui les guérira, c'est la thérapeutique morale, la suggestion en sens contraire par une parole autorisée et sûre d'elle-même, c'est surtout l'hydrothérapie, la distraction et la strychnine.—DR P. LEGENDRE. in *Congrès médical*.

Les sudamina sont-ils un phénomène banal ?— par POPESCU

CORNET :—De l'ensemble des faits, connus jusqu'à présent, il résulte que cette éruption, bien étudiée au point de vue de son mode d'apparition comme phénomène accidentel dans le cours de certaines maladies infectieuses, n'avait cependant donné lieu à aucune considération relative à sa valeur pronostique. L'auteur se propose de démontrer quelques points de pathogénie et d'étiologie, qui sont d'ailleurs connus, en se servant des doctrines de la bactériologie. Mais, ce qui constitue le trait vraiment original de son travail, c'est l'interprétation qu'il donne de l'apparition des sudamina dans le cours d'une maladie infectieuse, au point de vue du pronostic. Voilà les conclusions du travail : les sudamina ne sont pas un phénomène banal. Ils ne s'observent que dans les maladies infectieuses, et leur apparition dans le cours d'une maladie indique avec certitude la nature infectieuse de celle-ci. Ni l'hyperthermie pathologique, ni la température atmosphérique ne sont capables de produire les sudamina. Ils indiquent presque toujours un pronostic favorable. Cette dernière conclusion a été inspirée par M. le Prof. Stoicescu, dans le service duquel l'auteur a pu recueillir dix observations, dont neuf avec terminaison favorable. Quant au dixième cas, les sudamina sont apparus dans le cours d'accidents typhoïdes intercurrents d'une tuberculose pulmonaire, ce qui a fait assombrir le pronostic.—*Revue de bibliographie médicale.*

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

---

**La cautérisation épidermique ponctuée.**—Par M. le Dr HAMON DE FRESNAY.—La cautérisation ponctuée de l'enveloppe dermoïde est d'une application fréquente dans la pratique. La découverte du thermocautère a beaucoup contribué à sa vulgarisation, car, grâce à lui, on a pu, à la fois, rendre cette petite opération plus rapide et supprimer l'effrayant *apparatus* de l'antique cautère actuel. Ayant en ce moment même recours, chez deux malades (irritation spinale, arthrite fémoro-tibiale), à ce puissant mode de révulsion, je crois intéressant de jeter un coup d'œil sur les divers modes utilisés pour la pratique des punctuations, tant ignées que potentielles, de l'enveloppe tégumentaire.

Sans parler du *cautère actuel* d'antan, avec son effrayant accessoire obligé, réchaud et soufflet, j'ai eu souvent recours à divers modes aussi simples que pratiques de cautérisation. Je dirai quelques mots sur chacun d'eux, m'efforçant de faire ressortir leurs avantages et leurs inconvénients.

1o *Thermo-cautère de Paquelin.*—Au point de vue de la rapidité de l'opération, cet instrument, certes, se recommande au choix du praticien. J'ai rencontré, toutefois, quelques malades pusillanimes qui, effrayés à la vue de cet instrument compliqué et au bruit de la poire d'insufflation, ont refusé de se soumettre à son application, lui préférant un autre mode moins impressionnant, bien que plus douloureux.

Je ne ferai qu'un reproche au thermo-cautère. Malgré l'élégance et le volume exigü de la boîte qui le renferme, ce petit appareil n'en devient pas moins un *impedimentum* quand il faut le transporter à la main à une certaine distance, ou de maison en maison. Nombre de fois, pour cette raison, j'ai dû moi-même renoncer à son emploi et recourir à d'autres agents de cautérisation plus portatifs.

2o *Crayon charbon du Dr Moser.*—Le Dr Moser a eu l'heureuse idée de faire préparer des crayons composés de charbon et de salpêtre. Ils sont contenus dans de petits étuis de bois, un peu plus volumineux que les crayons de trousse de nitrate d'argent. Pour les mettre en ignition, on en soumet la pointe à la flamme d'une bougie, à celle d'une allumette en cire. Ils brûlent à la façon des pastilles du Sérail. Les ponctuations ignées rapidement effectuées, on éteint le crayon, soit en le plongeant dans de l'eau soit plus simplement, en vissant l'une dans l'autre les deux pièces du porte-crayon-charbon.

L'idée du Dr Moser était excellente et très pratique. Pourquoi ce petit instrument, si portatif, si utile, si peu dispendieux, n'a-t-il pas été plus favorablement accueilli par le corps médical? Toujours par cette même raison, qui s'oppose au succès de toutes les innovations les plus ingénieuses, quand elles ne se recommandent pas à l'attention, à la confiance par une estampille officielle!

3o *Fusain de Bouchut.*—Pour opérer la cautérisation ponctuelle ignée, Bouchut se sert d'un simple fusain, de ceux dont se servent les dessinateurs. Ce sont de minces charbons de bois de peuplier, qui s'allument facilement à la flamme d'une bougie et dont le souffle de la bouche, autant qu'il est besoin, maintient l'incandescence.

J'ai, nombre de fois, vu l'auteur recourir à ce mode de cautérisation dans son service à l'hôpital des Enfants-Malades.

Ce petit appareil est, entre tous, le plus simple et le moins dispendieux. Le seul malheur, c'est qu'il n'est pas toujours aisé de se le procurer. Il comporte aussi un inconvénient: la nécessité d'interrompre de temps à autre la petite opération, pour raviver la combustion de la pointe du charbon.

4o *Tube cautérisateur de l'auteur.*—Dans un ouvrage publié par moi en 1864, alors que j'exerçais la médecine dans une petite ville de province j'ai fait connaître un mode de cautérisation qui m'a rendu les plus signalés services dans une foule de circon-

ces. J'ai fait voir, tout le parti que l'on peut tirer d'un simple flacon d'*acide nitrique monohydraté* ou *fumant*.

J'ai montré de quelle façon il fallait procéder pour pratiquer les *cautérisations en nappe, inhérente, linéaire, transcurrente, circulaire, en roseau, perforante, ponctuée*. Par le bénéfice de la *nitrotechnie*, j'ai pratiqué avec succès, sans le concours d'aucun aide, nombre d'opérations que je n'osasse guère osé entreprendre en recourant à l'instrument tranchant. C'est par une telle méthode, notamment, que j'ai pu opérer l'ablation de *loupes volumineuses* du cuir chevelu, de *tumeurs hémorroïdales monstrueuses*, obtenir la cure radicale de *prolapsus du rectum*, etc.

Je donnerai, pour terminer, la description d'un petit instrument qui m'a rendu de nombreux services et qui pourra en rendre de non moins grands à ceux de mes confrères auxquels il conviendra d'en tirer parti.

*Le tube cautérisateur*.—On prend un tube en verre de 0,15 à 0,18 de longueur et d'un diamètre de 0,006 à 0,007.

On soumet sa partie moyenne à l'action d'une lampe à alcool. On effile le verre et on obtient, de la sorte, deux tubes effilés à l'une de leurs extrémités.

Pour confectionner le tube cautérisateur, on brise l'un d'eux à sa pointe, de manière à faire affecter, à cette dernière, une étendue de 0,002, 0,003, 0,004, selon l'étendue que l'on désire donner à chaque ponctuation.

Pour rendre la pointe du tube non vulnérante, on la fait rougir à blanc à la flamme de la lampe, et on porte cette même pointe contre un corps métallique en vue de renverser en dedans les petites aspérités du verre fracturé. On produit, de la sorte, un petit bourrelet interne dont on comprendra bientôt l'utilité, en même temps que l'on rend moins offensive l'extrémité, je dirai eutanée, du tube.

Ce premier temps effectué, reste à *armer* le tube cautérisateur. A cette intention, il faut le remplir d'acide nitrique et trouver le moyen de faire écouler, goutte à goutte, le liquide de caustique.

J'ai obtenu ce *desideratum* d'une façon très simple. J'ai fait choix, pour préparer un diaphragme modérateur, d'une substance inattaquée par les acides : *l'amiante* !

On prépare un petit tampon de ces filaments, qu'on introduit dans le tube et qu'on propulse avec une longue aiguille, en le tassant de telle sorte que l'écoulement de l'acide s'effectue régulièrement, goutte à goutte, avec le degré de lenteur ou de vitesse que l'on désire.

Reste un dernier point à réaliser. Il s'agit de charger le tube cautérisateur sans se brûler les doigts, sans répandre au dehors une seule goutte du liquide corrosif.

Or, rien de plus facile.

On prend un tube de verre droit, d'un diamètre inférieur à

celui du tube cautérisateur. On plonge le premier dans un flacon d'acide nitrique, à une profondeur suffisante pour en prendre la quantité voulue. Cela fait, on applique la pulpe de l'index droit sur l'extrémité supérieure du petit tube; on porte ce dernier dans l'instrument. Il suffit de lever le doigt obturateur pour que s'écoule le liquide caustique. Le petit instrument est chargé. Il n'y a plus qu'à en tirer parti.

Peut-on obtenir une *punctuation* superficielle, *épidermique* ?

A peine l'acide est-il déposé sur le tégument cutané, on l'absorbe au moyen d'un linge. Désire-t-on une action plus énergique ? On laisse plus longtemps le caustique agir sur les tissus.

Lorsque le tampon obturateur servant de diaphragme est convenablement tassé, les *punctuations* s'effectuent aussi rapidement qu'avec le thermocautère. J'ajouterai que les *punctuations* nitriques sont d'une netteté parfaite.

Il est, enfin, un moyen très efficace de calmer les douleurs causées par la cautérisation. Il suffit, pour cela, d'appliquer sur la partie des compresses de ligne imbibées d'eau froide.—*Sculpel.*

**Du traitement de la Glycosurie.**—Clinique de M. le Dr. DEJARDIN BEAUMETZ, à l'hôpital Cochin. Messieurs:—La tâche que je me suis donnée de vous exposer aujourd'hui le traitement du diabète sucré serait merveilleusement simplifiée si nous possédions des médicaments capables de diminuer ou d'accroître à notre gré la fonction glycogénique du foie. Il n'en est rien malheureusement et c'est à une médication complexe que nous devons avoir recours pour tarir ou modérer cette surproduction ou cette déperdition exagérée de glycose qui constitue le diabète. Je passerai rapidement sur les tentatives infructueuses faites par quelques auteurs, d'utiliser pour la thérapeutique l'action qu'ont la diète et la fièvre, de diminuer la glycogénie hépatique. L'abstinence à laquelle Cantani accorde une part dans son traitement a des inconvénients sur lesquels il n'est pas besoin d'insister, et l'administration des substances pyrétogènes serait pleine d'écueils et ne saurait entrer dans la pratique. Une donnée qui aurait peut être plus de valeur au point de vue des applications possibles est la relation qui existe entre l'intégrité de la fonction glycogénique et celle de la fonction antiseptique du foie dont je vous ai récemment entretenu. Je ne m'y arrêterai pas davantage pour arriver au traitement du diabète tel que l'impose l'état actuel de nos connaissances.

Ce traitement s'adresse aux origines mêmes de la glycosurie et, peut, comme elles, se ranger sous trois chefs: 1o Alimentaire, dans lequel nous étudierons l'hygiène du diabétique; 2o Nerveux; 3o Diabésique.

1o *Traitement alimentaire.*—*Régime.*

Supprimer de l'alimentation le glycose et les substances capa-

bles de se transformer en glycose (féculents, lactose, saccharose), tel est le but de cette partie du traitement. Elle en est d'ailleurs la plus importante, peut-être la seule qui donne des résultats vraiment sérieux.

Étudions les diverses substances alimentaires et voyons ce qu'elles valent dans la cure du diabète.

*Pain*.—Le pain ne doit pas être absolument interdit aux diabétiques. Mais la richesse du pain ordinaire en féculents, 80 0/0, nous oblige à le modifier et à nous adresser soit au *pain de gluten* dans lequel les principes n'entrent que pour 15 à 18 0/0, soit au *pain de soja* dont le goût est désagréable, soit au *pain sans mie* que j'ordonne volontiers. Ce dernier, en effet, a l'avantage sous un volume réjouissant pour l'œil du malade, d'être fort léger et très long à mastiquer; j'ajoute, d'ailleurs, que sa mastication difficile et imparfaite (expliquée par le mauvais état habituel des dents chez les diabétiques) peut être une cause de gastrite, les aspérités de la croûte venant irriter la paroi stomacale.

Il vous arrivera parfois de trouver des malades qui vous supplieront de leur permettre l'usage du pain ordinaire. Si vous ne pouvez faire autrement, cédez à leur désir, mais en ne leur accordant par jour que 25 grammes d'un pain très dur (flûte de Peter).

*Pommes de terre*.—On a voulu remplacer le pain par des pommes de terre, en considération de leur teneur relativement faible en féculents, 14 0/0; mais il faut savoir que le volume médiocre de cet aliment pour un poids considérable entraîne le malade à en absorber une quantité telle qu'il ingère ainsi d'une façon plus absolue une plus grande quantité de matières amyliacées.

*Sucre*.—Ordinairement les diabétiques se soumettent de bonne grâce à la nécessité de ne sucrer ni aliments ni boissons. Dans le cas où cette concession leur serait trop pénible ou impossible, faites-leur remplacer le sucre par la saccharine.

*Fruits*.—C'est une grosse affaire pour un malade dont la bouche est sans cesse sèche, de s'abstenir de fruits succulents, et souvent vous aurez de la résistance à ce sujet. Soyez fermes et ne permettez que les fruits tels que noix, amandes ou noisettes.

*Soupe*.—La soupe doit ne contenir ni pain, ni pâte, pas même de pâte de gluten. Vous ordonnerez des soupes aux choux, des bouillons aux œufs pochés, des soupes à l'oignon ou quelques soupes maigres.

*Lait*.—Le lait sera formellement proscrit.

*Pâtisserie*.—Encore un chapitre sur lequel vous aurez à soutenir des luttes quelquefois. Je vous engage cependant à permettre de temps en temps quelques infractions minimales à vos clients ou clientes surtout pour lesquelles une abstinence complète serait insupportable.

*Alcool et liqueurs alcooliques.*—L'alcool a été beaucoup vanté dans le traitement du diabète. Il est incontestable, en effet, qu'il atténue la glycosurie, mais cet heureux résultat ne s'obtient que par la production d'une affection autrement grave, la cirrhose atrophique; des deux maux vous choisirez le moindre et interdirez à votre malade l'usage d'un médicament aussi dangereux.

*Corps gras.*—Vous les ordonnerez, ils sont absolument nécessaires pour rétablir l'équilibre de la ration alimentaire, équilibre rompu par la suppression des aliments hydro-carbonés: sucres, féculents.

*Boissons aromatiques.*—J'ai laissé pour la fin les boissons telles que la Kola, le café, le thé dont vous aurez à vous louer. La Kola surtout vous donnera les meilleurs résultats en stimulant énergiquement les organismes affaiblis et tendant à la dépression.

*Hygiène générale.*—Cette partie du traitement s'adresse aux fonctions de la peau et de l'exercice.

*Soins de la peau.*—La peau des diabétiques peut être tantôt sèche, tantôt baignée de sueurs abondantes. Pour rétablir l'intégrité de son fonctionnement, vous ordonnerez des douches, des lotions avec de l'eau alcoolisée ou additionnée d'eau de Cologne et suivies de frictions au gant de crin.

*Exercice.*—Le diabète frappe surtout les classes instruites vivant surtout par le cerveau, et chez lesquelles la sédentarité est presque la règle. Vous conseillerez l'exercice sous toutes ses formes, recommandant, suivant la fortune, la condition ou le sexe de vos malades, la vie à la campagne ou dans les régions alpestres, les excursions de montagne, le jardinage, l'escrime, la menuiserie, le découpage, etc. Mais défiez vous de leur zèle à suivre vos conseils et les prémunissez contre les accidents graves et rapides que pourrait déterminer le surmenage.

## 2o Traitement nerveux.

Vous connaissez l'influence du système nerveux sur la fonction glycogénique du foie. C'est à cette influence que s'adresse la seconde partie de notre médication, ayant pour objectif de diminuer l'action cérébro-spinale ou bulbaire.

On a employé pour remplir cette indication divers médicaments:

L'opium offre par un usage répété des inconvénients assez sérieux.

Le bromure de potassium (Félizet), détermine des éruptions désagréables et débilite l'organisme déjà affaibli. Le sulfate de quinine est meilleur que les précédents, mais cède lui-même le pas aux analgésiques antithermiques. Dans ce groupe vous choisirez entre l'acétanilide, l'exalgine, la phénacétine, l'antipyrine enfin qui me paraît le plus avantageusement diminuer le taux du sucre et la quantité des urines.

## 3o Traitement diathésique.

Sur 10 diabétiques, vous trouverez 9 arthritiques. De cette

constatation, s'impose la nécessité d'agir sur cet élément diathésique dont on ne saurait nier l'influence. Vous donnerez les eaux alcalines et arsenicales, et je vous signale, à ce propos, l'association heureuse qu'à faite le Dr Martineau du carbonate de lithine avec la liqueur de Fowler.

Messieurs,

J'en ai fini avec le traitement du diabète. Il me reste à ajouter que cette médication méthodiquement tracée et scrupuleusement suivie, vous donnera de précieuses indications au point de vue du diagnostic et du pronostic. Trois résultats en effet pourront être obtenus, dont vous tirerez les conclusions suivantes.

1o *Aucune amélioration.*—Le traitement ne diminue pas ou à peine le taux du sucre. Le diagnostic de diabète grave, diabète pancréatique ordinaire, avec lésion atrophique de cet organe, s'impose alors et le pronostic est redoutable, la thérapeutique n'ayant aucune prise sur la maladie.

2o *Diminution rapide et considérable du glycose.*—Si la quantité de sucre tombe par exemple de 300 grammes à 10 grammes, on diagnostiquera un diabète de moyenne intensité permettant une longue survie sans inconvénients bien fâcheux malgré une glycosurie persistante variant de 30 à 40 et jusqu'à 150 grammes par jour. Il semble dans ce cas que la nature se soit habituée à une pareille fuite.

Les résultats du traitement nous permettent donc d'établir trois variétés cliniques de diabète, gardant leur individualité, leur caractère et ne se transformant pas l'une dans l'autre.

Quelle que soit d'ailleurs l'intensité du diabète, vous connaissez son mode de terminaison par coma, maladie microbienne intercurrente ou accidents survenus au cours d'une néphrite surajoutée.

Permettez-moi de résumer cette leçon en vous donnant un modèle d'ordonnance à rédiger pour un diabétique. C'est un schéma que vous modifierez suivant les cas.

1o Prendre avant le déjeuner et le dîner dans un verre d'eau de Vals ou de Vichy, une dose de :

Carbonate de lithine..... 10 grammes en 30 doses.

Ajouter deux gouttes de la liqueur suivante :

Liqueur de Fowler..... 10 grammes.

2o Prendre avant les mêmes repas, dans un peu de café noir sacchariné ou non une des doses suivantes :

Antipyrine ..... 20 grammes en 20 doses.

3o Se rincer la bouche et se frotter doucement les gencives avec le mélange suivant :

Acide borique... 25 grammes.	{ Teinture d'anis... 10 grammes. Ess. de menthe... X gouttes. Alcool..... 100 grammes. Cochenille, q. s. pour colorer.
— phénique. 1 —	
Thymol..... 25 cent.	
Eau q. s..... 1.000 gr. Ajoutez.	

40 Quotidiennement, lotions sur tout le corps avec une éponge trempée dans l'eau tiède additionnée d'eau de Cologne, suivies de frictions sèches au gant de crin.

50 Suivre rigoureusement le régime alimentaire suivant :

a Se nourrir exclusivement : d'*œufs*, *viandes* de toutes sortes, volailles, gibiers, mollusques, crustacés, *fromages*, *poissons*.

Tous les *légumes verts* sont permis sauf la betterave, les carottes, les navets.

Les *aliments gras* sont recommandés, tels que sardine à l'huile, hareng saur, lard, graisse d'oie, rilette, gras de jambon, choucroute garnie, cariard.

Comme *potages*, sont permis : soupe aux choux, bouillon aux œufs pochés, soupe à l'oignon, soupe maigre. Ne mettre dans la soupe pain, ni pâtes alimentaires.

Comme *pâtes* : pain de gluten ou de soja ou de fromatine, ou 25 grammes de croûte de pain ou pain sans mie, ou 100 grammes de terre cuites à l'eau.

Pour *suerer* boissons employer la saccharine.

La *kola*, le café, le thé, le mathé sont très favorables.

b Sont défendus :

Tous les féculents et pâtes alimentaires : pain, panade, nouilles, macaroni, pâtisseries, sucre, mets sucrés, chocolats, confitures, tous fruits frais, sauces au roux et fritures à la farine, le lait est interdit, sauf en très petite quantité.

60 *Boissons* :

Vin coupé avec de l'eau de Vals ou de Vichy.—Peu ou pas de vin pur.—Pas de liqueur ni d'eau-de-vie.

70 *Exercice journalier et régulier* :

Tous les exercices du corps sont favorables, promenades en plein air, escrime, jardinage et menuiserie.—*Monde médical*.

**Glycérine iodée contre les affections hémorroïdales.** par EDM. PREISMANN. —L'auteur emploie avec succès la glycérine iodée pour le traitement des affections hémorroïdales. La concentration du médicament doit se rapporter à la constitution du malade et à l'état de l'affection. Preismann emploie deux solutions, l'une plus faible, l'autre plus forte, préparées d'après la formule suivante :

Solution faible :	Iodure de potasse	2 gr.
	Iode	0,20 cigr.
	Glycérine	35 gr.
Solution concentrée :	Iodure de potasse	5 gr.
	Iode	1 gr.
	Glycérine	35 gr.

L'application a lieu moyennant des tampons d'ouate, après un bain chaud. On doit renouveler les tampons d'abord toutes les heures, puis toutes les deux ou trois heures, en commençant avec la solution plus faible.—*Revue de bibliographie médicale.*

**Les gargarismes, leur méthode et leur limite d'action.**—SWAIN regarde les gargarismes comme un des moyens les plus efficaces dans le traitement des diverses affections des voies respiratoires supérieures. En employant une bonne méthode, le malade parvient à mettre le liquide en contact, non-seulement avec l'arrière-gorge, mais encore avec l'intérieur du larynx. L'emploi répété et longtemps prolongé des gargarismes donnera souvent de meilleurs résultats que les pansements locaux, notamment dans les catarrhes chroniques qu'il est si difficile de guérir complètement. Comme liquide, le Dr Swain se contente souvent d'eau salée (une demi-cuillerée par verre d'eau). Le procédé qu'il recommande est celui de Hagen : le malade remplit à moitié sa bouche de liquide ; il renverse la tête en arrière, ouvre largement la bouche et fait, la bouche ouverte, un mouvement de déglutition. Ce mouvement doit être aussi complet que possible, absolument comme pour boire. La bouche restant ouverte, si énergique que soit le mouvement de déglutition, le liquide s'arrête à l'entrée de l'œophage. Les mouvements pour se gargariser sont ensuite les mêmes qu'à l'ordinaire. Mais sur la fin le malade place la pointe de la langue sur les incisives supérieures et incline la tête en avant pour rejeter le liquide. Une grande partie passe ainsi derrière le voile du palais et revient, quand il n'y a pas d'obstacle, par les fosses nasales. Si le malade ne réussit pas à garder la bouche ouverte en faisant le mouvement de déglutition, il suffit de placer un objet entre les dents pour les tenir écartées.—*Revue de bibliographie médicale.*

**Le lavage de l'organisme dans la cure de Purémie.** par Bozzolo.—Il s'agit d'un jeune homme de 16 ans, atteint, par suite de néphrite chronique, d'albuminurie avec convulsions urémiques qui mettent sa vie en danger. Comme traitement : saignée de trois palettes qui ne produit aucune amélioration, pas plus que le régime lacté. Trois heures après la saignée, transfusion intra-péritonéale, avec précautions antiseptiques, d'un litre de sérum stérilisé artificiellement, et aussitôt un grand bain à 38° ; amélioration immédiate, les accès convulsifs deviennent de plus en plus rares. Quelques heures ensuite, nouvelle transfusion combinée avec le massage, d'après la méthode usitée ordinairement pour l'hypodermoclyse ; les accès convulsifs cessent et il ne reste plus que du coma. Le lendemain matin, l'amélioration est générale ; à quatre heures on fait une autre transfusion ; enfin une dernière dans la soirée. Les jours suivants, le mieux persiste et s'accroît

avec la disparition de tous les œdèmes et autres phénomènes morbides du sujet. Depuis 1888, M. le professeur Bozzolo a usé un certain nombre de fois de cette méthode préconisée aussi par Sahli, et en a presque toujours tiré les meilleurs résultats dans l'urémie, la fièvre typhoïde, le diabète, etc.—*Revue de bibliographie médicale.*

### Administration de la créosote en lavements, par le Dr REVILLET.

Eau .....	200 gr.
Créosote pure de goudron de hêtre .. .. .	2 à 4 gr.
Huile d'amandes douces..... .. .	25 gr.
Jaune d'œuf..... .. .	No 1.

On commence par faire dissoudre la créosote dans l'huile, on émulsionne ensuite avec le jaune d'œuf. On obtient ainsi un liquide bien lié, homogène, d'apparence laiteuse et de coloration jaunâtre. Si l'on veut que l'émulsion soit plus fixe, on peut ajouter, avant de verser l'eau, quelques centigrammes de gomme adragante.

J'emploie de préférence l'huile d'amandes douces, parce qu'elle dissout parfaitement la créosote, parce qu'elle ne cause pas de coliques et qu'elle contient des matières grasses qui constituent un adjuvant non à dédaigner dans la suralimentation du tuberculeux.

Le lavement est pris, ordinairement, le soir, avant de se coucher; il est mieux conservé par le malade la nuit que dans le jour, où celui-ci est exposé à faire des efforts. Les premières fois, il faut, au préalable, débarrasser l'intestin par un lavement d'eau tiède; au bout de quelques jours, il n'est plus nécessaire de recourir à cette précaution.

Le lendemain matin, le malade a une garde robe plus ou moins sèche, consistante et ne contenant plus guère que quelques gouttes d'huile. Il prend, tous les soirs, un lavement contenant en moyenne 3 grammes de créosote et 4 grammes au maximum; on arrive ainsi à donner, chaque mois, de 90 à 100 grammes de créosote. Ce chiffre est considérable et je ne crois pas qu'il existe une autre méthode permettant d'administrer, en ce laps de temps, une aussi grande quantité de ce médicament qui, du reste, est parfaitement absorbé.

Les signes de l'absorption se manifestent rapidement et de la façon la plus caractéristique.

Le malade a presque instantanément la saveur, le goût de la créosote dans la bouche. Les urines changent de coloration, elles deviennent noirâtres ou d'un noir verdâtre.—*Semaine médicale.*

### Traitement du rhumatisme blennorrhagique.—M. G. LYON

résumé de la façon suivante, dans une intéressante étude dans les *Annales de médecine*, le traitement du rhumatisme blennorrhagique.

S'il était encore besoin de justifier la démarcation établie entre le rhumatisme blennorrhagique et le rhumatisme articulaire aigu, on trouverait les éléments de cette justification dans les résultats donnés par le traitement. En effet, les médicaments que l'on administre avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, n'ont que peu ou point d'influence sur l'évolution du rhumatisme blennorrhagique. Est-ce à dire que l'on soit absolument désarmé contre ce dernier? Ce serait dépasser notre pensée. Il est une série de moyens, les uns médicaux, les autres chirurgicaux, qui, mis successivement en œuvre, peuvent, dans la plupart des cas, prévenir ou atténuer la conséquence la plus fâcheuse pour le travailleur, l'ankylose.

Il est établi aujourd'hui que le rhumatisme n'affecte aucun rapport avec la persistance, la disparition ou la recrudescence de l'écoulement; il faudra traiter la blennorrhagie par les moyens habituels, mais sans attendre de ce chef une influence sur les arthrites blennorrhagiques; on devra surtout se garder de provoquer la réapparition de l'écoulement, comme on le faisait autrefois, alors que l'on croyait à la théorie de la métastase. Il est bon de savoir, d'ailleurs, que dans quelques cas l'amélioration et même la disparition des accidents articulaires a paru coïncider avec le traitement du foyer de l'infection; c'est ainsi que, dans une observation de M. Poncet, de rhumatisme consécutif à une ophthalmie blennorrhagique, les accidents articulaires ont disparu au fur et à mesure que la sécrétion purulente de l'œil diminuait.

*Le traitement médical est peu efficace; le salicylate de soude*, notamment, n'exerce en général aucune influence favorable; il a paru, cependant, donner parfois quelques résultats dans la forme polyarticulaire; l'*antipyrine* pourra être employée avec avantage contre la douleur.

La blennorrhagie étant considérée autrefois comme de nature syphilitique, le traitement mercuriel lui était appliqué ainsi qu'à ses complications; c'est ainsi que Rayer traitait les blennorrhagiques avec des pilules de Sédillot; lorsque la spécificité de la blennorrhagie fut reconnue, Rayer continua néanmoins à soumettre les blennorrhagiques au traitement mercuriel; récemment, M. Mercet-Lavallée a vu deux cas de rhumatisme blennorrhagique guérir, complètement sous l'influence du même traitement (10 centigrammes de protoiodure par jour pendant six semaines); l'un de ses malades présentait la forme de polyarthrite déformante progressive pseudo-nerveuse, et, chose remarquable, l'atrophie musculaire concomitante disparut également; ces deux observations ne peuvent être considérées comme très probantes, car les deux malades étaient en même temps syphilitiques; il est bon de remarquer

d'ailleurs, que M. Julien avait communiqué, il y a cinq ans, le résultat du traitement du rhumatisme blennorrhagique par des injections sous-cutanées de bichlorure, suivant la méthode de Lewin. La question du traitement du rhumatisme par le mercure n'est donc pas encore résolue ; il est probable que l'on sera prochainement fixé à cet égard ; l'action du mercure dans ces cas s'expliquerait aisément par ses vertus antiseptiques. Disons enfin que l'iodure de potassium sera utile comme résolutif au déclin de la phase aiguë.

Le traitement *local* est le traitement par excellence du rhumatisme blennorrhagique. L'arthrite suppurée sera traitée par l'arthrotomie, le lavage de l'articulation et son immobilisation mais l'arthrite suppurée est exceptionnelle, et c'est le plus souvent la mono-arthrite à tendance ankylosante que le médecin est appelé à traiter. Voici la conduite à tenir en pareil cas : après avoir fait de la révulsion à l'aide de pointes de feu, on entoure l'articulation de bandelettes de Vigo imbriquées, l'on fait un pansement ouaté et l'on place le membre dans une gouttière, ou bien on applique un appareil plâtré inamovible, que l'on remplacera plus tard par un appareil silicaté, s'il s'agit d'une arthrite du membre inférieur.

L'immobilisation fait disparaître la douleur ; mais le but essentiel du traitement est d'éviter l'ankylose ; aussi, dès que les phénomènes inflammatoires seront calmés, il faudra, pour rompre les adhérences commençantes, procéder à la mobilisation de l'articulation ; il est impossible de déterminer le moment précis où l'on pourra procéder à ces mouvements ; c'est la disparition de la douleur qui sera le meilleur guide à cet égard ; on interviendra " lorsque la mobilisation pourra s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées. " (Le Fort.—*Gazette médicale de Nantes*.)

**Traitement de la tuberculose par l'aristol.**—M. Nadaud a communiqué à l'Académie de médecine la formule suivante :

Aristol .....	1 gr.
Huile d'amandes douces .....	100 cent. cubes.

On injecte sous la peau, matin et soir, 2 cent. cubes de cette solution. Les effets seraient très prompts. L'aristol n'est pas toxique. Il n'y a pas d'effet local. Au bout de vingt-cinq jours, certains malades aux premier et deuxième degrés étaient tellement améliorés qu'ils se considéraient comme guéris.—*J. sciences médicales de Lille*.

**Traitement de la syphilis pendant la grossesse.** par E. BESNIER.

1<sup>o</sup> Médication tonique.—Bonne alimentation, sirop d'iodure de fer, préparations de quinquina ;

2o Médication spécifique.—Tous les jours administrer une des pilules suivantes :

Bichlorure de mercure. ....	0 gr. 01
Extrait thébaïque.....	0 gr. 005
Extrait de gentiane.....	0 gr. 005
Glycérine .....	q. s.

Pour une pilule.

3o En même temps prescrire l'iodure de potassium, à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr.

Le traitement se continue pendant toute la durée de la grossesse et l'augmentation du poids de la malade est la mesure de son efficacité.—*Gazette de gynécologie.*

—“ Le mot carabin date du XVI<sup>e</sup> siècle, il a été introduit dans la langue française à l'époque de la Renaissance, comme tant d'autres que l'on trouve dans les œuvres du vieux François Rabelais, un confrère, de l'école de Lyon, doublé d'un curé de Meudon.

—“ *Carabin* veut dire: *coupeur de chair*.... *Caro*, *carnis*, etc., et *bino*, *binare*, *je divise*, *diviser*, *couper en deux*, la chair.

—“ Par le mot carabin, on a prétendu caractériser les travaux de l'amphithéâtre imposés aux jeunes étudiants.

—“ Le mot carabin a été employé depuis l'époque précitée comme terme de dérision et le sera encore longtemps.

—“ Personne ne s'intitulera: *machicot*, *chantre d'église*, ou *savetier*, *bottier*.”—DR J. FOULON.

La *Belle opération*, qui a été jouée chez M. Antoine, à la fin de novembre dernier, représente le nec plus ultra de la critique acerbe et du parti-pris.

Cette élucubration nous fait voir une femme affligée d'une tumeur intestinale; on va l'opérer tout à l'heure. Les internes arrivent et lui mettent les instruments sous le nez. Puis, c'est le “ professeur ” qui fait un long discours sur la libre férocité de sa profession. Tous les autres bourreaux passent dans la salle voisine, où l'on a transporté la malade, et l'on vient annoncer qu'ils l'ont tuée,—mais en conscience. Cette satire de la Faculté ressemble à la vengeance d'un carabin évincé pour cause de malpropreté dans ses fonctions. Elle a soulevé le cœur des habitués du Théâtre-Libre, qui pourtant ont le cœur solide.

## FORMULAIRE

---

### Diarrhée tuberculeuse.

P.—Huile d'olive.....	6 drachmes.
Gaïacol.....	10 gouttes.
Eau.....	8 onces.
Un jaune d'œuf.....	

M.—En injections rectales.—*Journal de médecine de Paris.*

### Intertrigo.

P.—Acide borique.....	7 grains.
Lanoline.....	12 drachmes.
Vaseline.....	3 “

M.—En applications après lavages avec un savon doux.—*Medical and Surgical Reporter.*

### Eczéma vulvaire.—*Lusch.*

P.—Bicarbonate de soude.....	4 parties.
Bicarbonate de potasse.....	2 “
Glycérine neutre.....	3 “
Teinture d'opium.....	4 “
Eau.....	175 “

M.—Faire dissoudre. Après lotions, saupoudrer avec le mélange suivant.

P.—Amidon pulvérisé.....	98 parties.
Camphre pulvérisé.....	2 “

*Gazette de gynécologie.*

### Eczéma aigu.—*Alexinski.*

P.—Oxide de zinc.....	15 grains.
Sous-nitrate de bismuth.....	30 “
Amidon pulvérisé.....	1½ drachme.
Lycopode pulvérisé.....	1½ “

M.—Saupoudrer les endroits affectés soir et matin.—*Semaine médicale.*

### Dysenterie.—*Rossbach.*

P.—Naphtaline.....	10 grains.
Eau bouillante.....	4 onces.
Décoction de guimauve.....	1 livre.

M.—En injections rectales à une température de 100 degrés.—*Medical and Surgical Reporter.*

# 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, SEPTEMBRE 1891.

---

## BULLETIN.

### Charlatanisme.

Un de nos abonnés nous a, il y a quelque temps déjà, communiqué l'édifiant document qui suit, l'accompagnant de ces mots : "Ceci a été distribué aux portes et sur la place du marché, à St Hyacinthe, le 20 juin 1891."

Ici encore nous reproduisons *textuellement*, n'ayant garde de ternir, même pour l'amour de l'orthographe et de la grammaire, la native originalité de la pièce :

### GUÉRISON DU CHANCRE ET DU CANCER PAR LES EMPLATRES

Je me fais un devoir de porter à la connaissance du public le mode de traitement que j'ai adopté pour obtenir la guérison de cette maladie, et je me permets de m'adresser à vous, vu votre influence dans votre localité, pour m'aider à le faire connaître du public.

Cette affreuse maladie devenant de plus en plus fréquente et les personnes qui en sont les victimes se comptent par milliers, il est donc de la plus grande importance que les malades, dès le début de la maladie, sachent à qui s'adresser pour obtenir leur guérison.

Les avantages de ce traitement sur celui par les instruments sont nombreux et évidents :

En premier lieu,

IL NE PRODUIT PRESQUE PAS DE DOULEUR

de sorte que le malade n'est pas tourmenté par la crainte des

dangers d'une opération, ni par ceux de l'anesthésie, c'est-à-dire de se faire endormir; au lieu de cela nous lui offrons un traitement qui peut le guérir sans qu'il court aucun danger.

En second lieu, le traitement par les emplâtres, qui sont composées des agents chimiques les plus puissants, est le plus certain et le meilleur de ses résultats.

En troisième lieu, il faut bien le remarquer, les deux plans de traitement sont radicalement différents dans leur action sur la maladie, lorsqu'on fait usage de l'instrument, on enlève ce que l'on suppose être toute la partie cancéreuse, mais le plus souvent il en reste une certaine partie, les racines, comme le prouvent indubitablement la réapparition de la maladie au bout de six à dix huit mois, tandis que par une méthode plus rationnelle, nous pouvons atteindre le mal jusque dans ses plus petites ramifications et faire disparaître tous dangers de sa réapparition, et comme je la dirai dans un instant, les résultats obtenus sont là pour en démontrer toute l'exactitude. Alors, il n'est pas étonnant que ce mode de traitement par les emplâtres soit préféré par les personnes atteintes de cancer ou de chancre.

On pourra s'adresser aux personnes dont les noms suivent pour obtenir des renseignements :

M. Jos. Guillet, commerçant de bois, chancre à la lèvre; M. Ant. Bachand, chancre à la lèvre; M. Arthur Robert, deux chancres, l'un au nez et l'autre au front, tous de St Hyacinthe. M. Michel Moussette, chancre au nez; M. Chas. Benoit, chancre à la lèvre, de St Dominique; Madame Ed. Salois, cancer au sein, de St Dominique; M. M. Monette, St Hughes, chancre à la lèvre; M. J.-Bie Renaud, chancre à la joue, de Roxton Falls; M. Pierre Montmarquette, chancre à la lèvre inférieure, de St Hyacinthe, etc., etc.

Je m'occupe aussi du traitement de toutes espèces de maladies de la peau, tels que gales, boutons, roussures, exzéma, etc.

DR XXX, ST ....., P.Q.

\* \* \*

On parle beaucoup, en certains endroits, de courir sus aux charlatans, rebouteurs, herboristes et vendeurs de racines. Avant que d'en venir là, ne serait-il pas à propos d'expurger un peu la profession elle-même? On se scandalise volontiers à lire les annonces des charlatans. Que ne se voile-t-on tout d'abord la face devant les réclames effrontées qui s'affichent à la quatrième page des journaux politiques ou que l'on distribue par milliers à la foule, soit aux portes des églises, soit sur les marchés des villes, soit même dans les concours agricoles et industriels.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

---

**Index catalogue of the Library of the Surgeon-general's office, United States Army.** Authors and Subjects. Vol. XII. Roger Shuttleworth, Washington, government printing office, 1891.

Ce volume contient 20,251 titres par noms d'auteur, représentant 8,022 volumes et 18,090 pamphlets. Il contient, en outre, 6,603 titres-sujets de livres distincts et de pamphlets, et 18,956 titres d'articles de publications périodiques.

**BLAKISTON.**—**Self examination for medical students; 3000 questions on medical subjects arranged for self examination, with the proper references to standard works in which the correct replies will be found.**—P. BLAKISTON, SON & Co, 1012 Walnut St., Philadelphia, 1891. Envoyé gratis à tout élève en médecine sur réception de dix cents en timbres des E.-U. pour frais de poste et d'emballage.

---

**CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.**

---

—Le choléra a complètement disparu dans l'Égypte et en particulier à Port-Saïd. En revanche, il est en progression en Arabie, surtout du côté du Nord et de l'Est.

—L'impression du *Traité de Matière Médicale et de Thérapeutique*, du Dr Desrosiers, touche actuellement à sa fin et sera très probablement terminée vers le 5 octobre. Le brochage et la reliure prendront douze ou quinze jours à se faire, de sorte que l'ouvrage pourra être livré aux souscripteurs entre le 18 et le 25 octobre.

—Au Congrès annuel de la *British Medical Association*, qui s'est tenu à Bournemouth, Sir Spencer Wells a présenté un rapport sur les progrès que faisait la *crémation en Angleterre*. Ce mode de funérailles a été introduit par lui en Angleterre, il y a seulement onze ans, et encore le premier four crématoire n'a-t-il pu être construit qu'en 1885. Pendant cette même année, on n'a brûlé que trois corps. En 1890, cinquante quatre corps ont été consumés par le feu. L'usage tend donc à se répandre, malgré l'opposition du gouvernement et des sectes religieuses.

**Nécrologie.**—A Montréal, M. le Dr R. T. GODFREY.—A Montpellier, M. le Dr CASTAN, professeur de clinique médicale à l'Université de Montpellier.

**La médecine expérimentale et les vivisections en Angleterre**—Le peuple anglais est essentiellement pratique et va généralement droit au but lorsqu'il s'agit d'obtenir un résultat nettement déterminé.

Telle est la règle générale, mais en voici une exception due à un sentimentalisme exagéré.

On sait qu'à la suite de longues discussions et malgré les efforts des plus illustres savants anglais, le Parlement a donné force de loi au *Vivisection Act* lequel, sous prétexte d'épargner les animaux, paralyse, en Angleterre, la physiologie et la médecine expérimentale.

Paris possède l'Institut Pasteur, Berlin l'Institut Koch, Londres ne voudrait pas rester en arrière. Le gouvernement anglais se refusant à rien faire, il s'est constitué une association privée, *The British Institute of Preventive Medicine*, afin de faciliter les recherches bactériologiques dans la Grande Bretagne. Cette Société réclame pour sa constitution l'autorisation administrative, nécessaire à son existence légale, mais elle se bute contre le mauvais vouloir de l'Administration.

Une députation composée de 150 membres, comprenant les noms les plus considérables de l'aristocratie et de la médecine, de la chirurgie, de la physiologie et de l'art vétérinaire, s'est présentée devant Sir Michael Hicks-Beach, ministre du commerce ; la parole a été prise successivement par Sir Henry Roscoe et Sir Lyon Playfair, docteur en médecine, membres du Parlement, par Sir Joseph Lister, par le professeur Lankester, professeur à Oxford, etc.

Le docteur Ruffier, secrétaire de l'Association, a lu des lettres d'adhésion des professeurs Huxley et Tyndall, empêchés par leur santé.

Le Docteur Tyndall raconte dans sa lettre que se rendant l'année dernière en Suisse, il avisa sur le steamer entre Douvres et Calais, un pauvre petit garçon, triste et solitaire, et lui demanda où il allait ; l'enfant répondit qu'ayant été mordu par un chien enragé, il était envoyé à Paris pour être traité à l'Institut Pasteur. Comment se fait-il, ajoute le professeur Tyndall, qu'un petit Anglais soit obligé de rester des heures et des jours sous l'influence du virus rabique jusqu'à ce qu'il ait atteint un pays étranger, au lieu de trouver des soins dans sa patrie ?

A toutes ces objurgations, Sir Michael Hicks-Beach répondit en lisant une réponse préparée d'avance, alléguant qu'il ne pouvait pas donner l'existence légale à une association de médecine expérimentale sans l'assentiment de son collègue le ministre de l'intérieur, et autres raisons de non recevoir, prouvant qu'au fond il-

était opposé à toute expérimentation sur les animaux et trouvait tout naturel d'entraver les mouvements scientifiques.

Le *British Medical Journal* espère qu'un jour prochain viendra où la science pourra vaincre cette "obstruction officielle."—*Gazette médicale de Paris*.

**Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal.**—Les cours de la Faculté s'ouvriront lundi, le 5 octobre prochain, et se donneront dans l'ordre suivant :

### PREMIER TERME.

Drs DUVAL et MIGNAULT.—*Physiologie et Pathologie générale*, 8.30 a. m., tous les jours.

Dr DESJARDINS.—*Clinique ophthalmologique*. (Institut ophthalmique de Nazareth) 8.30 a.m., tous les jours.

Dr FAFARD.—*Chimie*, 9.30 a. m., tous les jours.

Dr FOUCHER.—*Clinique ophthalmologique et otologique* (Hôpital Notre-Dame). 9½ a. m., lundi, mercredi et vendredi.

Dr LARAMÉE.—*Clinique interne*, (Hôpital Notre-Dame). 10.30 a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr BROSSEAU.—*Clinique externe*, (Hôpital Notre-Dame), 10.30 a. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr HINGSTON.—*Clinique externe*. (Hôtel-Dieu), 12h. lundi, mercredi, vendredi.

Dr PAQUET.—*Clinique interne*, (Hôtel-Dieu), 12h. mardi, jeudi, samedi.

Dr LACHAPPELLE.—*Clinique de pédiatrie*. (Hôpital Notre-Dame), 2h. p.m., tous les jours.

Dr BRENNAN.—*Histologie*, 2h. p. m., tous les jours.

Dr DEMERS.—*Pathologie interne*, 2h. p. m., tous les jours.

Dr POITTEVIN.—*Anatomie descriptive*, 3h. p. m., tous les jours.

Dr DUROCHER.—*Médecine légale*, 3h. p. m., tous les jours.

Dr DESROSIERS.—*Matière médicale et Thérapeutique*, 4h. p. m., tous les jours.

Dr BRUNELLE.—*Pathologie externe*, 4h. p. m., tous les jours.

Dr LAMARCHE.—*Toxicologie*, 5h. p. m., tous les jours.

Dr LACHAPPELLE.—*Hygiène*, 5h. p. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr DUVAL.—*Botanique*, 5h. p. m., lundi, mercredi, vendredi.

- Drs ROYAL, DELORME et FORTIER.—*Anatomie pratique*  
8h. p. m., tous les jours, après le 1er novembre.
- Dr DAGENAIS.—*Clinique de Tocologie*. Sur avis spécial.

## SECOND TERME.

- Drs DUVAL et MIGNAULT.—*Physiologie et Pathologie générale*, 8.30 a. m. tous les jours.
- Dr DESJARDINS.—*Clinique ophthalmologique*, (Institut ophthalmique de Nazareth), 8.30 a. m., tous les jours.
- Dr FAFARD.—*Chimie*, 9.30 a. m., tous les jours.
- Dr FOUCHER.—*Clinique ophthalmologique et otologique*, (Hôpital Notre-Dame), 9.30 a. m., lundi, mercredi et vendredi.
- Dr LARAMÉE.—*Clinique interne*, (Hôpital Notre-Dame), 10.30h. a. m., lundi, mercredi, vendredi.
- Dr BROSSEAU.—*Clinique externe*, (Hôpital Notre-Dame), 10.30h. a. m., mardi, jeudi, samedi.
- Dr HINGSTON.—*Clinique externe*, (Hôtel-Dieu), 12h. lundi, mercredi, vendredi.
- Dr GUERIN.—*Clinique interne*, (Hôtel-Dieu), 12h. mardi, jeudi, samedi.
- Dr LACHAPELLE.—*Clinique de pédiatrie*, (Hôpital Notre-Dame), 2h. p. m., tous les jours.
- Dr BRENNAN.—*Histologie*, 2h. p. m., tous les jours.
- Dr DEMERS.—*Pathologie interne*, 2h. p. m., tous les jours.
- Dr POTTEVIN.—*Anatomie descriptive*, 3h. p. m., tous les jours.
- Dr CHARTRAND.—*Toxicologie et Chimie pratique* 3h. p. m., tous les jours.
- Dr DESROSIERS.—*Matière médicale et Thérapeutique*, 4h. p. m., tous les jours.
- Dr BRUNELLE.—*Pathologie externe*, 4h. p. m., tous les jours.
- Dr LAMARCHE.—*Tocologie*, 5h. p. m., tous les jours.
- Dr LACHAPELLE.—*Hygiène*, 5h. p. m., mardi, jeudi, samedi.
- Dr DUVAL.—*Botanique*, 5h. p. m., lundi, mercredi, vendredi.
- Drs ROYAL, DELORME et FORTIER.—*Anatomie pratique*, 8h. p. m., tous les jours après le 1er novembre.
- Dr BROSSEAU.—*Médecine opératoire*, 8h. p. m., tous les jours après le 5 mars.
- Dr DAGENAIS.—*Clinique de Tocologie*. Sur avis spécial.

## VARIÉTÉS

## Des monstres. (1)

Bien que ce fait du bouffon de Jacques IV soit le seul qui nous soit connu, il nous a paru assez curieux et assez intéressant pour le signaler.

Il est à présumer que Rosa-Josepha ne font pas exception à la règle commune. C'est un monstre double, comme Rotta-Christina, jouissant de la dualité morale absolue : quand l'une dort, l'autre veille, l'une a faim, l'autre est sans appétit. Elles ont des goûts opposés, des postures contradictoires à chaque instant de la journée. Elles sont deux et elles ne sont qu'une. Deux en haut, deux en bas, une au milieu.

De tout temps on a cherché la cause première de ces anomalies de la nature, et c'est en faisant intervenir l'action du système nerveux qu'on peut arriver à jeter quelque lumière sur ce sujet. D'après ce que la physiologie enseigne sur les propriétés de cet élément, il n'est pas possible qu'il ne joue pas un rôle considérable dans la production des monstres simples.

Hippocrate avait soutenu cette thèse dans un cas où une princesse athénienne avait mis au monde un enfant dont le corps était de coloration noire. L'illustre médecin défendit l'honneur de la princesse et soutint que l'imagination de l'accusée avait pu être frappée, pendant le cours de sa grossesse, par la vue d'un portrait éthiopien placé dans sa chambre. Mais les détails de cette aventure sont trop peu précis pour qu'on puisse en tirer une induction bien sérieuse et savoir ce qu'elle renferme de vérité.

Ambroise Paré n'oublie pas de l'invoquer ; il la désigne dans sa nomenclature des causes de monstruosité. Telle est aussi l'opinion de Boinstauu, de Malebranche, de Lavater, de Sauval, de Van Helmont, etc.

Un auteur qui a fait des monstres une étude des plus intéressantes, le Dr E. Martin (2), après avoir passé en revue et discuté les opinions émises à ce sujet, termine son examen critique en disant :

Pour nous, il ressort des faits exposés que dans la durée des

(1) Suite et fin. Dr P. Moreau de Tours, *Fous et Bouffons*, étude physiologique, psychologique et historique. — J.-B. Baillière et fils, édit. Paris 1885.

(2) *Histoire des monstres depuis l'antiquité jusqu'à nos jours*, par le Dr E. Martin. — Reinwald et Cie, édit., Paris 1890.

partie des cas, laisse cependant s'accomplir en silence un acte physiologique, mais qui, parfois et grâce à une grande susceptibilité fonctionnelle génératrice, les conditions morales de la femme sont modifiées; elle éprouve un ébranlement qui, dans la majeure partie native ou acquise, retentit jusque dans l'organe qui est le siège de cet acte: alors le produit de la conception normale est plus ou moins atteint lui-même; son évolution normale est troublée, et il peut naître affecté soit d'une anomalie, soit d'une monstruosité.

En résumé:

1o L'imagination, dans la procréation des êtres monstrueux, joue un rôle indéniable;

2o Ce rôle est mécanique; l'utérus en est l'agent, sa contractilité, excitée par un trouble nerveux, détermine une pression que l'embryon ne peut impunément supporter;

3o En dehors de ces cas, l'imagination peut encore, après quelque trouble prolongé, retentir jusque sur cet embryon, mais sans produire de monstruosité proprement dite; elle affecte l'état général, parfois l'intelligence et n'a rien de tératogénique;

4o L'imagination, dont la fonction essentielle consiste à invoquer les images des objets et des êtres, n'a, en aucune façon, le pouvoir de reproduire ces images. Les faits contraires sont sans valeur; ce sont de pures coïncidences, lorsqu'ils ne sont pas dictés par la passion ou la superstition.

L'association des monstres doubles sans doute est l'expression d'un fait tératologique, et ils sortent de la famille des êtres normalement constitués; mais esthétiquement, si l'on peut se servir de ce mot lorsqu'il s'agit de monstruosité, ils sont beaucoup moins hideux que les monstres simples, surtout lorsque leur fusion ne porte que sur un point limité de chaque partie composante; de telle sorte que si, par la pensée, on sépare l'un des sujets de celui auquel il est associé, on ne constatera aucune malformation sensible sur chacun d'eux. Au moins en est il ainsi pour beaucoup de ces êtres, car il y en a qui ne le cèdent en rien pour la laideur aux plus hideux des monstres simples.

Physiologiquement, et d'après Muller, il faut admettre que ces monstres doubles proviendraient plutôt d'une soudure de deux germes distincts que de la division d'un germe unique.

Il est donc évident que les monstruosité du genre de Rosa-Josepha, Millie-Christine, les frères Siamois, etc., sont dues à une perturbation et à un agencement insolite des matériaux de l'œuf. Mais, comment et pourquoi se produit cette perturbation? A cela avec notre confrère le Dr X... qui a fait une étude sur les monstruosité dans un récent article du *Petit Journal*, nous répondrons: " Nous ne le savons pas, et ne le saurons probablement de sitôt."

Dr P. MOREAU de Tours.