

## 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:

Pagination continue.

- 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.

## TRAVAUX ORIGINAUX

**Revue statistique des enquêtes tenues par la cour du Coroner  
du district de Montréal, pendant l'année 1893;**

par le docteur Wyatt JOHNSTON et le docteur George VILLENEUVE,  
de Montréal.

Pendant l'année 1893, la cour du Coroner du district de Montréal s'est enquis de 386 décès et a tenu de ce chef autant d'enquêtes.

Sur ce nombre 276 concernaient des hommes et 109 des femmes, et dans un cas, 1 enfant nouveau-né dont le sexe n'est pas mentionné.

Nous avons résumé dans les tableaux qui suivent tous les renseignements les plus importants se rapportant à ces enquêtes.

## RELEVÉ DES DÉCÈS PAR AGE.

AGE.	NOMBRE.	%
Nouveaux-nés.....	14	3.6
Moins d'un an.....	11	2.8
De 1 an à 5 ans.....	23	5.9
5 " 10 ".....	14	3.6
10 " 20 ".....	25	6.5
20 " 30 ".....	55	14.3
30 " 40 ".....	46	11.9
40 " 50 ".....	58	15.1
50 " 60 ".....	44	11.4
60 " 70 ".....	34	8.8
70 " 80 ".....	17	4.4
80 " 90 ".....	15	3.9
Au-dessus de 90 ans.....	3	0.8
Age inconnu.....	27	7.0
<b>Total.....</b>	<b>386</b>	<b>100.0</b>

## RELEVÉ DES ENQUÊTES PAR MOIS.

Mois.	NOMBRE.	%.
Janvier .....	23	5.9
Février .....	35	9.1
Mars .....	35	9.1
Avril .....	28	7.2
Mai .....	36	9.3
Juin .....	44	11.4
Juillet .....	33	8.5
Août .....	40	10.4
Septembre .....	27	7.1
Octobre .....	41	10.6
Novembre .....	26	6.7
Décembre .....	18	4.7
Total .....	386	100.0

NOMBRE D'AUTOPSIES PRATIQUÉES CHAQUE MOIS ET  
LEUR PROPORTION AVEC LE NOMBRE D'ENQUÊTES  
TENUES CHAQUE MOIS.

Mois.	NOMBRE D'AUTOPSIES.	%.
Janvier .....	3	13.1
Février .....	2	15.4
Mars .....	1	2.8
Avril .....	6	21.4
Mai .....	4	11.1
Juin .....	10	22.7
Juillet .....	5	15.1
Août .....	9	22.5
Septembre .....	5	18.1
Octobre .....	8	19.5
Novembre .....	2	7.7
Décembre .....	1	5.5
Total pour l'année .....	56	14.5

## CAUSES ET GENRE DE MORT D'APRÈS LES VERDICTS.

VERDICTS.	NOMBRE.	VERDICTS.	NOMBRE.
<b>I.—HOMICIDES.</b>		<b>IV.—CAUSES NATURELLES.</b>	
Armes à feu.....	1	Administration de chloroforme.....	2
Coups et chutes.....	4	Empoisonnement.....	11
Négligence criminelle.....	4	Intempéries de la saison (exposition).....	2
Infanticides.....	3	Insolation.....	1
Total.....	12	Autres causes.....	1
<b>II.—SUICIDES.</b>		Total.....	174
Armes à feu.....	5	<b>IV.—CAUSES NATURELLES.</b>	
Instruments tranchants.....	3	<i>Appareil circulatoire (40).</i>	
Pendaison.....	2	Maladies du cœur.....	39
Submersion.....	1	Anévrysme de l'aorte.....	1
Précipitation d'un lieu élevé.	1	<i>Appareil respiratoire (35).</i>	
Chemins de fer.....	2	Pneumonie.....	15
Empoisonnement.....	9	Phthisic et hémoptisie.....	17
Total.....	23	Bronchite.....	1
<b>III.—ACCIDENTS.</b>		Embolie pulmonaire.....	1
Armes à feu.....	4	Apoplexie pulmonaire.....	1
Machines.....	3	<i>Appareil digestif (12).</i>	
Ascenseurs.....	3	Diarrhée ou choléra.....	5
Chemins de fer.....	23	Péritonite.....	2
Tramways.....	8	Autres maladies.....	5
Chevaux et voitures.....	14	<i>Système nerveux (18).</i>	
Traine sauvage (Toboggan).....	1	Apoplexie cérébrale.....	10
Brûlures, eau chaude ou incendies.....	22	Congestion cérébrale.....	2
Explosions.....	3	Autres maladies.....	6
Précipitation d'un lieu élevé.	11	<i>Appareil urinaire (3).</i>	
Ecrasement et chute sur le corps d'objets divers.....	11	Néphrite chronique.....	1
Submersion.....	41	Fièvre urinaire.....	2
Axphyxie par aliments.....	3	<i>Appareil de la génération (2).</i>	
Suffocation d'enfants dans le lit de leurs parents (over-laying).....	3	Fièvre puerpérale.....	2
Gaz d'éclairage.....	7		

CAUSES ET GENRE DE MORT D'APRÈS LES  
VERDICTS.—*Suite.*

VERDICTS.	NOMBRE.	VERDICTS.	NOMBRE.
CAUSES NATURELLES.— <i>Suite.</i>		<i>Maladies générales</i> (10).	
<i>Morts-nés</i> .....	5	Purpura et scorbut.....	2
<i>Maladies infectieuses</i> (2).		Débilité sénile.....	4
Fièvre typhoïde.....	1	"    infantile.....	2
Diphthérie .....	1	Autres maladies .....	2
		<i>Intempérance</i> .....	5
		Causes inconnues .....	45
		Total .....	177

RÉCAPITULATION.

VERDICTS.	NOMBRE.		Moyenne par 10,000 habitants.
HOMICIDES .....	12	3.11	0.34
SUICIDES .....	23	5.96	0.65
ACCIDENTS .....	174	45.07	5.96
CAUSES NATURELLES .....	177	45.86	....
Total .....	386	100.00	....

Ayant été spécialement attachés à la cour du coroner du district de Montréal, en qualité de médecins experts, nous avons cru devoir soumettre à l'appréciation de la profession médicale et du public le résultat de nos observations et celui des opérations de cette cour. Cependant, nous devons dire que nous n'avons été consultés que dans 184 enquêtes, ce qui restreint considérablement le champ de nos observations personnelles. Pour les 202 enquêtes qui restent, nous avons eu recours aux archives de la cour du coroner, conservées au greffe de la cour du district de Montréal.

Dans 36 de ces enquêtes, aucun médecin ne fut appelé à témoi-

gner. Pour les autres 166 enquêtes, la preuve médicale fut établie par différents médecins de la cité et du district de Montréal. Il appert par les témoignages donnés que dans 60 cas, ces médecins n'avaient pas vu professionnellement les décédés pendant leur vie où seulement à une époque éloignée du décès. Dans un certain nombre d'autres cas, les médecins n'avaient vu les décédés que quelques instants avant la mort et n'avaient pu établir un diagnostic certain.

A New-York et à Philadelphie, les médecins attachés à la cour du Coroner sont chargés de s'enquérir de tous les décès, dans tous les cas où les décédés n'ont pas reçus les soins d'un médecin, au moins pendant les 24 heures qui ont précédé la mort.

\* \* \*

### INFANTICIDES.

Trois verdicts de cette nature furent rendus. Les causes de la mort était *exposure* pour un cas et strangulation pour les deux autres. Il n'appert pas que la police ait recherché les auteurs de ces crimes; dans tous les cas, ils n'ont pas été amenés devant les tribunaux.

\* \* \*

### HOMICIDES

Il est intéressant au point de vue de la criminalité du district de Montréal d'apprécier ces cas, au nombre de neuf.

Trois accusations d'homicide, par armes à feu, par coup et par négligence criminelle respectivement sont encore pendantes devant les tribunaux. Pour la première, le coup fatal fut tiré dans la province d'Ontario, et le procès sera instruit dans cette province; elle n'affecte donc en rien la criminalité du district de Montréal. Dans le deuxième cas, il s'agit d'un homme tombé au cours d'une bagarre avec des enfants qui avait commis à son égard des expiègeries. Dans le troisième cas, un propriétaire est appelé à répondre à l'accusation d'avoir causé la mort d'un jeune homme, par sa négligence de munir un établissement industriel d'appareils de sauvetage (*fire escape*). Reste six accusations d'homicide jugées définitivement par les tribunaux, quatre par le grand jury, une par la cour de police et la dernière par la cour du Banc de la Reine.

Dans les quatre cas soumis au grand jury, il y avait deux accusations de négligence criminelle, l'un au sujet d'un homme tombé d'un échafaudage, et l'autre au sujet d'un homme frappé à la tête

et précipité à l'eau, par une passerelle qui avant glissé de ses attaches. Dans les deux autres cas les prévenus avaient à répondre à l'accusation d'avoir causé la mort par des voies de fait, dans un cas au sujet d'un jeune homme frappé à la tête, dans une bagarre, au cours d'une partie de crosse sauvage (Lacrosse) et dans l'autre cas, au sujet d'une jeune femme, morte de suite d'une déchirure du rein causée probablement par des coups pendant d'une orgie. On n'avait pas relevé d'intention criminelle chez le prévenu.

Dans la cause instruite devant la cour de police, le prévenu fut acquitté par le magistrat. Ici un mari était accusé d'être la cause de la mort de sa femme en lui refusant les soins nécessaires pendant la maladie qui avait précédé la mort. Au cours de cette instruction devant le magistrat de police, il fut prouvé que cette femme s'étant présentée à la consultation externe de *Montreal General Hospital*, quelques semaines avant sa mort, on lui avait appris qu'elle était prise de fièvre typhoïde, et on lui avait fortement recommandé d'entrer à l'hôpital. Malgré cela, elle retourna chez elle, mais après quelque temps, son état empirant, elle fut transportée au *Montreal General Hospital*, où elle expira au bout de quelques jours. A l'autopsie le diagnostic de fièvre typhoïde fut confirmé et on constata comme cause immédiate de la mort une péritonite suite d'une perforation intestinale. Le corps était bien nourri et n'indiquait nullement la dénutrition. Les principaux témoins à charge n'avaient pas fréquenté le domicile de la défunte, pendant sa maladie, et ne pouvaient témoigner que sur des oui-dire. Ce qui ne les a pas empêché d'accuser le mari d'avoir laissé mourir sa femme d'inanition et d'obtenir du jury du coroner un verdict à cet effet.

La seule accusation d'homicide à parvenue pendant l'année 1893 jusqu'aux petits jurés, est celle d'un prisonnier de la prison commune accusé d'avoir causé la mort d'un autre détenu, par un coup de pied porté au périnée. Cette cause présente ceci de singulier, que l'autopsie du cadavre ne fut partiquée qu'après l'enquête du coroner et que la preuve médicale de la cause de la mort fut établie, d'une manière satisfaisante, seulement devant la cour du Banc de Reine. Aussi, la cause prit devant ce tribunal un aspect tout autre et sur la recommandation de l'honorable juge qui présidait le tribunal, le prévenu fut acquitté sans que les témoins à décharge eussent été entendus.

Nous n'avons donc pas à enregistrer pour l'année 1893, une seule conviction pour meurtre, ni même pour aucune autre forme d'homicide, malgré les douze verdicts d'homicide rendus par la cour du coroner.

## SUICIDES.

HOMMES 18.		FEMMES 5.	
Mariés.....	12	Mariées.....	1
Célibataires.....	4	Célibataires.....	2
Veufs.....	0	Veuves.....	2
Inconnu.....	2		
Total.....		23	

RELEVÉ DES SUICIDES PAR MOIS.		RELEVÉ DE L'AGE DES SUICIDÉS.	
MOIS.	No.	AGE.	No.
Janvier.....	0	Moins de 20 ans.....	1
Février.....	0	De 20 à 30 ans.....	4
Mars.....	2	“ 30 à 40 “.....	4
Avril.....	2	“ 40 à 50 “.....	8
Mai.....	4	“ 50 à 60 “.....	4
Juin.....	4	Plus de 60 “.....	2
Juillet.....	1		
Août.....	3	Total.....	23
Septembre.....	1		
Octobre.....	2		
Novembre.....	2		
Décembre.....	2		
Total.....	23		

MOTIFS PRÉSUMÉS DES SUICIDES.		RELEVÉ DES PROFESSIONS DES SUICIDÉS (Hommes).	
MOTIFS.	No.	PROFESSIONS.	No.
Chagrins de famille.....	1	Avocat.....	1
Revers de fortune.....	1	Cultivateur.....	1
Amour, jalousie, débauche..	4	Marchands et commis.....	4
Ivresse et ivrognerie.....	5	Ouvriers, domestiques, em- ployés, etc.....	12
Aliénation mentale.....	9		
Souffrances physiques et ma- ladie.....	2	Total.....	18
Inconnu.....	1		
Total.....	23		



Montréal présente une moyenne de suicides de 0.65 par 10,000 habitants. Il est intéressant de comparer cette moyenne avec celle des villes américaines suivantes: Baltimore 0.56, Philadelphie 0.76, Boston 1.11, New-York 1.57, Chicago 1.87, St. Louis 2.16 et San Francisco 2.66. La moyenne de Paris est de 3.78 par 10,000 habitants.

Au sujet du mode d'exécution, nous constatons que les suicides par armes à feu, au nombre de 5, et les suicides par instruments tranchants, au nombre de 3, se rencontrent exclusivement chez les hommes. Les suicidés qui ont fait usage d'instrument tranchants se sont dans chaque cas sectionné la gorge. Le seul cas de suicide par submersion se rencontre chez une jeune fille de dix huit ans. Sur neuf cas de suicide par le poison, nous relevons comme moyen de perpétration, l'emploi du sulfate de cuivre pour un cas. Nous ferons remarquer que ce fait se rencontre très rarement, il n'en existe que quatre à cinq exemples. Les autres suicidés par le poison ont tous eu recours à des préparations arsénicales, vert de Paris, sept fois, *rough on rats*, une fois. En vue du nombre considérables de suicides perpétrés au moyen des préparations arsénicales, nous croyons que les autorités compétentes devraient prendre les moyens nécessaires pour empêcher l'achat si facile de ces préparations.

\* \* \*

## ACCIDENTS.

Dans la plus part de ces cas, les dépositions des témoins oculaires et les circonstances de l'événement établissaient parfaitement la nature purement accidentelle de la mort; et il ne s'agissait que de savoir si elle avait été causée par maladresse, négligence, imprudence, inattention, ou inobservation des régléments. Le motif de ces enquêtes était plutôt d'assurer la protection des ouvriers, contre les accidents industriels ou de manœuvre et la sécurité du public, contre l'incurie des gens, que de rechercher la criminalité. Toutes ces enquêtes ont été conduites avec beaucoup de soin et d'habileté par M. le coroner McMahan, qui n'a rien négligé pour les rendre aussi complètes et aussi efficaces que possible. Dans un certain nombre de ces cas, le jury a trouvé qu'il y avait en négligence, mais en vue des circonstances fortuites sous lesquels l'accident était aussi, il n'a pas voulu lui attacher un caractère de criminalité et il a rendu le verdict de *mort accidentelle causée par négligence non criminelle*.

RELEVÉ par ordre de fréquence des causes des morts accidentelles et leur proportion par cent du nombre total des morts accidentelles.

CAUSE.	No.	%
Submersion .....	41	23.5
Chemins de fer.....	23	13.2
Brûlures, eau chaude, incendies..	22	12.6
Voitures et chevaux .....	14	8.2
Précipitation d'un lieu élevé .....	11	6.3
Ecrasement et chute d'objets divers .....	11	6.3
Empoisonnement.....	11	6.3
Tramways .....	8	4.4
Gaz d'éclairage.....	7	4.0

Nous attirons l'attention sur le nombre considérable des cas de submersion, dont la proportion est vraiment surprenante. Quarante-une enquêtes furent tenues sur le corps de noyés. Dans 32 cas la preuve put établir, d'une manière satisfaisante, la nature purement accidentelle de la submersion et dans les autres cas elle ne fit rien connaître, en dehors du fait que les corps avaient été trouvés à l'eau.

Le grand nombre des décès dus au gaz d'éclairage mérite aussi une mention particulière. Sept personnes ont péri dans des incendies, de ce nombre trois étaient des pompiers. L'un d'eux a dû la mort à la chute d'une pierre, les deux autres ont trouvé la mort dans l'élément qu'il combattaient.

Nous ne saurions trop nous élever ici contre la funeste habitude de certains parents de coucher leurs enfants en bas âge avec eux. Nous relevons trois décès arrivés chez de jeunes enfants qui sont morts étouffés dans le lit de leurs parents, pendant leur sommeil. Sans doute, le réel chagrin manifesté parents a seul empêché les jurés de sévir.

Les accidents mortels causés par les moyens de transport forment une catégorie intéressante que nous allons traiter à part.

#### MOYENS DE TRANSPORT.

Au début, nous croyons devoir attirer l'attention sur la fréquence relative des accidents mortels dus aux différents moyens de transport les plus en usage : chemins de fer 13.2 par cent, voitures et chevaux 8 par cent, tramways 4.4 par cent.

#### *Chemins de fer.*

Victimes : employés 6, voyageurs 4, personnes marchant sur la voie ferrée (*trespassers*) 10, personnes tuées sur les traverses de niveau (*level crossings*) 3. Total 23.

Les collisions de chemins de fer n'ont causé aucun accident mortel.

#### *Tramways.*

Il nous paraît intéressant de relever, ici, que trois de ces accidents sont imputables aux tramways traînés par des chevaux et cinq aux tramways électriques. Les victimes des chars électriques sont un employé tombé du toit d'un tramway, deux voyageurs frappés l'un en descendant d'un tramway par un autre qui venait en sens inverse, et l'autre tué en voulant passer d'un tramway en mouvement, dans un autre, et deux piétons qui traversaient la chaussée.

En vue de l'agitation qui s'est produite lors de l'introduction du système *Trolley*, comme mode de propulsion des chars électriques, c'est un fait digne de remarque, qu'aucun décès n'est imputable à ce mode spécial de distribution et d'emploi de la force électrique.

#### *Ascenseurs.*

Les trois accidents de ce genre sont dus à l'imprudence des victimes elles mêmes et non aux appareils ou aux employés en charge.

\* \* \*

### MORTS DE CAUSES NATURELLES

Dans 130 verdicts le décès est attribué à une cause naturelle bien définie. Dans un certain nombre de ces cas, le verdict basé sur des constatations faites à l'autopsie comporte une certitude absolue. Mais, dans un grand nombre de cas, comme la preuve médicale ne repose pas sur l'autopsie et ne comporte pas la description ou la mention de l'observation des symptômes de la maladie, la plupart des causes de décès mentionnées sont absolument hypothétiques et n'offrent aucune garantie de certitude.

En face de la disposition si universellement répandue d'attribuer toute mort subite, soudaine ou inattendue à des maladies organiques du cœur, nous désirons attirer l'attention sur le fait singulier, que dans les 56 autopsies que nous avons faites, nous n'avons rencontré, qu'une seule fois, une maladie organique du cœur. Nous avons trouvé, au contraire, comme cause fréquente de mort subite, des maladies aiguës méconnues ou ignorées, comme pneumonie, pleurésie et même un cas de fièvre typhoïde. Nous avons rencontré un grand nombre de cas d'apoplexie cérébrale chez des néphritiques chroniques.

Dans 47 verdicts, la mort est dite de cause inconnue, de cause naturelle ou de cause naturelle inconnue. Ces appellations, au point

de vue médico-légal, sont fausses et propres à induire en erreur. On ne peut dire d'une mort qu'elle est *naturelle*, que si on en a trouvé la cause et qu'elle est *inconnue*, que lorsqu'après avoir épuisé tous les moyens de recherche: autopsie, examens microscopique, analyse chimique, etc., on n'en a pas trouvé d'explication suffisante ou satisfaisante. Nous pouvons citer comme exemple de ce genre, celui d'un individu trouvé mort dans une chambre d'hôtel et chez lequel ni l'autopsie, ni l'analyse chimique des organes, ne put fournir l'explication de la mort.

Nous appellerions ces décès, morts de causes inexplicables ou de causes insuffisamment constatées, avec mention que les circonstances ne font pas soupçonner un crime, si tel est le cas.

Toutes les lacunes, que nous venons de signaler, font que notre statistique des morts de causes naturelles offre peu de garantie de certitude et qu'elle est absolument hypothétique, quant au nombre de ces décès et quant à leurs causes.

Dans un grand nombre de cas de morts subites, des soupçons d'empoisonnement s'élevèrent et suscitérent des enquêtes. Comme règle générale, chaque fois que l'autopsie fut pratiquée, elle révéla des lésions pathologiques expliquant la mort d'une manière satisfaisante, à l'exclusion de toute idée d'empoisonnement. Cette constatation prouve que le poison, est bien moins souvent qu'on le croit généralement, une cause de mort subite.

Dans un certain nombre de cas, les verdicts font mention de l'abus des boissons enivrantes, soit comme cause aggravante de la maladie ayant entraîné la mort et dans un certain nombre d'autres cas, soit comme cause déterminante de la mort. Mais en vue du fait, que beaucoup de ces verdicts ne sont basés que sur des preuves légères et des données incertaines, nous croyons devoir passer ce sujet sous silence, de crainte d'induire le public en erreur. (1)

## De la valeur pathognomonique du vomissement et de son traitement comme symptôme;

par le Dr Charles VERGE, jr., M.D. Laval.

Voici certainement un sujet de la plus haute importance, s'il en est un, et dont l'étude approfondie et surtout méthodique nous sera d'une aide puissante pour faciliter le diagnostic d'une foule

(1) Travaux des mêmes auteurs: Les verdicts de la cour du coroner du district de Montréal, un point de vue médical, pour le premier semestre de 1893, par Wyatt Johnston, M. D. et George Villeneuve, M. D. (Union Médical du Canada, août 1893) Six months of medico-legal evidence, in the coroner's court of Montreal, 1893, by Wyatt Johnston, M.D. and George Villeneuve, M.D., (Montreal Medical Journal, August, 1893).

One hundred cases in the coroner's court of Montreal, 1893, by Wyatt Johnston M.D. (Montreal Medical Journal, September, 1893).

d'états pathologiques très disparates. Le vomissement, en effet, suivant sa nature ou sa forme, l'âge ou le tempérament du malade, pourrait, dans plusieurs cas, caractériser presque à lui seul la maladie, partant en révéler l'existence et souvent même l'étiologie. Malheureusement, les notions que nous possédons, dans l'état actuel de la science, au sujet du traitement d'un aussi redoutable symptôme qui peut aller jusqu'à compromettre la vie, sont assez restreintes, et on peut dire avec raison que nous n'en connaissons suffisamment encore que l'expression pathognomonique. Toutefois, en présence des nouvelles applications thérapeutiques qui promettent beaucoup, nous avons cru nous rendre peut-être utile en les résumant dans ce travail, où il nous sera permis aussi d'y joindre quelques observations personnelles.

On sait positivement, depuis l'expérience célèbre de Magendie, que l'estomac joue un rôle à peu près passif dans la production du vomissement, et se vide surtout sous l'influence de la pression exercée par le diaphragme et les muscles des parois abdominales. Cependant, des recherches récentes ont prouvé que la tunique musculaire agit au moins par la contraction de ses fibres, en favorisant la sortie du contenu.

Nous ferons de tous les vomissements les six grandes divisions suivantes :

1. *Vomissements des affections gastriques* : Observés dans les maladies ou troubles accidentels de l'estomac, embarras gastrique, gastrite aiguë, chronique (pituite matinale des alcooliques), dilatation, ulcère simple et cancer.

2. *Vomissements des affections abdominales* : Dans les péritonites même partielles, lithiasé biliaire et rénale, helminthiasé, étranglement herniaire, occlusion intestinale.

3. *Vomissements des affections nerveuses* : Dans les névroses, ataxie (crises gastriques) au début de l'hémorragie et du ramollissement cérébral, dans les tumeurs cérébrales, méningites. A cette classe nous joindrons les vomissements du mal de mer qui paraissent tenir à un trouble de la circulation bulbaire.

4. *Vomissements des maladies générales et infectieuses* : Dans variole, scarlatine, typhoïde, typhus, fièvre jaune, choléra asiatique.

5. *Vomissements de la grossesse*.

6. *Vomissements médicamenteux* : A la suite de l'absorption de certaines substances à propriétés émétiques, même par voie hypodermique.

Dans cette classification nous avons omis à dessein les vomissements qu'on peut à peine qualifier de ce nom, n'ayant aucune signification pathognomonique quelconque et qui sont purement accidentels, comme ceux à la suite de l'absorption trop rapide

d'une grande quantité d'aliments, la simple régurgitation alimentaire des bœufs, etc. Nous ferons remarquer en même temps qu'étant donné l'extrême facilité avec laquelle les enfants vomissent, la valeur séméiologique du symptôme dont nous parlons est naturellement faible chez eux.

A ces formes bien définies, nous pouvons encore appeler des vomissements qui se produisent en dehors d'une cause connue ou de toute maladie, par exemple chez certains sujets à la suite d'impressions de dégoût: vomissements que nous nommerons idiosyncrasiques. Certaines épidémies, particulièrement la grippe, dans leurs tournées périodiques se montrent parfois accompagnées de vomissements fréquents; nous ne pouvons jusqu'à présent attribuer ces faits qu'à ce qu'on est convenu d'appeler la constitution médicale du moment ou encore au génie épidémique de la maladie elle-même.

*Pathognomonie*:—*Ulcère*: Et tout d'abord ne pas se fier sur l'hématémèse pour établir un diagnostic, car celle-ci peut survenir avec des caractères analogues, que ce soit gastrite ou dilatation, ulcère ou cancer. On a beaucoup dit que le vomissement rouge appartient à l'ulcère plus qu'au cancer, cette distinction est souvent fautive. Les hématémèses rouges et liquides (lorsque l'hématémèse suit la gastrorrhagie), noires ("marc de café" ou "suie délayée") ou en caillots (si le sang a séjourné dans l'estomac au contact des aliments ou du suc gastrique) survenant après une période plus ou moins longue de vives douleurs gastralgiques, sont plutôt le fait de l'ulcère. Dans celui-ci le vomissement est un symptôme extrêmement fréquent; parfois même l'accès douloureux ne cesse qu'avec lui. Les vomissements alimentaires surviennent plus ou moins vite après le repas. Certains ulcéreux rendent dans la journée ou le matin des glaires teintées de bile. Ces vomissements sont surtout très acides à cause de l'hypersecretion d'acide chlorhydrique qui a lieu habituellement dans l'ulcère stomacal. Dans le cancer, au contraire, la disparition de cet acide (causée peut être alors par l'action du suc cancéreux sur le suc gastrique) est presque la règle. Dans l'ulcère, l'hématémèse n'est pas rare quand la santé générale n'est encore que peu atteinte; le vomissement présente rarement les caractères de celui de la dilatation et si la chose arrive ce n'est que dans un état avancé de la maladie.

*Cancer*: Les hématémèses sont, en général, plus rares, moins abondantes, plus mélangées aux aliments, plus "marc de café" que dans l'ulcère, mais les signes ne sont pas toujours constants. Les vomissements peuvent apparaître à toutes les périodes de la maladie et sont de toute nature; si le cancer siège au cardia (exceptionnel) ou à l'œsophage ils suivent de près l'ingestion des aliments, s'ils sont tardifs, on aura plutôt affaire à un cancer pylorique avec rétrécissement et dilatation stomacale consécutifs.

Les vomissements sont plus rares dans le cancer des courbures et des faces parcequ'il laisse libres les orifices. L'hématémèse se montre surtout dans l'état cachectique. Le vomissement du cancer a souvent les particularités de celui de la dilatation.

*Gastrite aiguë* : Les vomissements se succèdent coup sur coup et sont très pénibles; dans la *forme toxique* l'intolérance stomacale est absolue et ils sont dans ce cas souvent mélangés de matières sanguinolentes.

*Dilatation de l'estomac* : Vomissements remarquablement abondants, le malade en rend parfois plusieurs litres dans une journée; ordinairement muqueux, teintés d'une odeur infecte, saveur amère. Les aliments rejetés en même temps sont souvent ceux ingérés deux ou trois jours auparavant. Dans quelques cas exceptionnels on a constaté de véritables hématémèses.

*Gastrite chronique* : Vomissements fréquents et outre les vomissements alimentaires le malade rend aussi, surtout le matin, des mucosités glaireuses et filantes (pituite, gastrorrhée). Contient rarement du sang.

*Péritonite, aiguë, généralisée ou partielle* : Dans un premier type les vomissements se répètent à intervalles plus ou moins rapprochés; les matières vomies sont d'abord muqueuses, puis elles deviennent bilieuses et sont constituées par un liquide extrêmement amer et verdâtre (vomissement porracé). Dans un deuxième type où la péritonite n'éclate pas brusquement mais apparaît chez des sujets déjà fort malades, les vomissements n'ont pas la même intensité; ce dernier type se présente surtout chez les typhiques.

*Coliques hépatiques* : Les vomissements sont d'abord alimentaires si la colique éclate peu de temps après le repas, ensuite deviennent glaireux et bilieux. On a pu, ce qui est toutefois extrêmement rare, retrouver dans les matières vomies le ou les calculs qui ont provoqué l'accès alors que ceux-ci avaient du être refoulés du duodénum dans l'estomac.

*Helminthiase* : Les vomissements sont causés surtout par les lombrics.

*Etranglement herniaire* : Vomissements très importants, tantôt continus, parfois intermittents, d'abord alimentaires; puis muqueux, puis bilieux, puis enfin stercoraux ou fécaloïdes; ces derniers surviennent ordinairement du troisième au cinquième jour, mal liés, d'une couleur jaunâtre, d'une odeur intestinale très marquée, horriblement fade et repoussante; sont constitués par le reflux des matières renfermées dans l'intestin grêle.

*Occlusion intestinale* : Constituent un phénomène constant; mêmes caractères que les précédents. En cas de péritonite par perforation, les vomissements peuvent prendre l'aspect porracé.

D'après certains auteurs ils seraient d'autant plus précoces que l'obstacle siège plus haut; d'autres croient que leur précocité tient plutôt à l'étroitesse de la constriction qu'à son siège.

*Méningite tuberculeuse* : Les vomissements apparaissent à la période prodromique et sont alors en rapport avec l'envahissement de l'encéphale par la tuberculose; à la période d'excitation sont verdâtres, bilieux, porracés.

*Tumeurs cérébrales* : Les vomissements d'origine cérébrale ont pour caractère de se faire sans efforts, sans nausées, sans douleurs gastriques; ils sont alimentaires ou simplement liquides et ne fournissent aucune indication précise sur le siège de la tumeur.

*Epilepsie* : Dans l'aura de la grande attaque, il y a quelquefois vomissements. Dans les attaques nocturnes, des vomissements qu'on met souvent sur le compte de prétendues indigestions, accompagnent quelquefois les autres symptômes.

*Hystérie* : *Névropathie* : Les hystériques ont des vomissements aqueux ou alimentaires, même des hématomèses. Les vomissements alimentaires se font facilement, sans douleur, peuvent durer plusieurs mois sans porter atteinte à la santé et sans amaigrissement notable, tant la dénutrition est lente dans l'hystérie. Il y a aussi fréquemment, entre autres troubles du tube digestif, des spasmes antipéristaltiques de l'intestin parfois suivis de vomissements fécaloïdes.

*Variole* : Les vomissements manquent rarement à la période d'invasion, élément important de diagnostic.

*Scarlatine* : Vomissements s'ajoutent parfois aux autres symptômes de la période d'invasion; dans la forme maligne de la maladie deviennent incoercibles.

*Typhoïde* : Sont rares, quand ils apparaissent, c'est généralement à la période d'état.

*Complications de la typhoïde* : Dans les troubles gastriques, peuvent devenir répétés et tenaces, observés parfois dans le cours du deuxième ou troisième septénaire ou encore à l'époque de la convalescence, sont accompagnés de douleurs gastriques probablement associés à des altérations inflammatoires et ulcéreuses de l'estomac. La rechute débute souvent par des vomissements. Chez les enfants, il ne faudra pas oublier qu'ils sont fréquents dans cette maladie.

*Typhus* : Les vomissements ne sont pas rare à la période d'invasion.

*Fièvre jaune* : Les vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux, apparaissent dès le second jour. Les vomissements de sang noir (vomito negro) sont en général contemporains de l'ictère (qui coïncide lui-même avec la rémission qui termine la



période initiale) mais beaucoup moins constants, on ne les observe que chez la moitié des sujets.

*Choléra asiatique* : Apparaissent dans la période algide des formes ordinaires, sont aqueux, se répètent à chaque instant et sont accompagnés d'anxiété précordiale.

*Traitement général et particulier des quatre premières classes* :— Lavage de l'estomac (tube de Faucher ou d'Aulhoui) très efficace dans la plupart des vomissements que nous venons de décrire, particulièrement dans la dilatation, dans la gastrorrhée, dans l'ulcère et le cancer. Favorise grandement la tolérance de l'estomac pour les aliments. On se sert de l'eau tiède, préalablement bouillie et filtrée, additionnée, s'il s'agit d'ulcère ou de cancer, de naphтол B au 1000ème, dans les autres cas, de bicarbonate de soude. 30 grains par pinte de liquide. On peut donner ces lavages toujours avec soin et précaution, tous les matins à jeun. Nous avons eu sous nos soins un cas d'ulcère gastrique où les vomissements qui avaient résisté précédemment, pendant une assez longue période à tous les autres moyens, ne cédèrent qu'à celui-ci, et la malade, que l'alimentation rectale suffi-ait à peine à soutenir, put enfin prendre et digérer la quantité de lait nécessaire.

En second lieu viennent les crèmes à la glace (vanille, café plus stimulants que les autres essences) et les sorbets (moins nourrissants, très utiles et dans maints cas tolérés à l'exclusion de toute autre alimentation; nous les avons employés pour notre part avec succès. Les glaces alimentaires (au jus de viande) sont encore un autre excellent moyen à la fois palliatif et nutritif. Sinapismes à l'épigastre et glace constamment dans la bouche. Champagne glacé. Injection sous-cutanée de morphine  $\frac{1}{4}$  à  $1\frac{1}{3}$  de grain combinée à l'atropine, réussit souvent à contrôler certains vomissements rebelles. Pour diminuer l'excitabilité anormale de l'estomac dans l'ulcère ou le cancer, si le lait ou les aliments sont mal tolérés, on peut faire prendre deux ou trois minutes avant l'ingestion de ceux-ci une cuillerée à thé de la solution suivante :

R.—Sulfate de morphine.....	173 grain.
Chlorhydrate de cocaïne.....	$\frac{1}{2}$ “
Eau de chaux.....	3 onces.

M.—Cette médication peut être renouvelée plusieurs fois dans la journée.

Dans toutes sortes de vomissements rebelles : l'ipecac, 1 goutte de vin toutes les demi-heures pour quatre ou six heures; toutes les heures dans les vomissements ordinaires, grossesse, dysménorrhéiques des ivrognes, cancer, gastro-entérite des enfants (avanté dans ce dernier cas).

La solution de Fowler,  $\frac{1}{2}$  goutte toutes les demi-heures pour 4 ou 3 heures, a aussi été conseillé dans les vomissements rebelles, et a

dose de 2 gouttes dans la pituite matinale des alcooliques. On peut donner avec avantage cette même dose (2 gouttes) avant le repas dans régurgitations sans trop de nausées qui se présentent immédiatement après avoir mangé, chez certaines personnes.

La créosote et l'acide cyanhydrique, tous deux recommandés comme anti-émétiques peuvent être combinés de la façon suivante :

R.—Creasoti .....	m. xij
Ac. hydrocyan. dil.....	m. xxx
Acaciae pulv. ....	} aa 6 drachmes.
Sacchari pulv. ....	
Aquae.....	q. s. ad 2 onces.

M.—*Dose* : 1 cuillerée à thé, qu'on peut répéter toutes les heures, pendant 2 ou 3 heures, si besoin il y a.

Chez les jeunes enfants, dans les vomissements accompagnés de dyspepsie, on peut donner toutes les deux ou trois heures, mêlée à une cuillerée à thé de lait cette même quantité de la préparation suivante :

R.—Acid. phénique.....	1 goutte.
Eau de chaux .....	1 once.

M.—La potion anti-émétique de Rivière a quelquefois donné des résultats satisfaisants ; voici la formule :

R.—Acide citrique .....	2 grammes.
Sirop de limons.....	15 “
Eau .....	60 “

M.—

R.—Bicarbonate de potasse.....	2 grammes.
Sirop de sucre.....	30 “
Eau.....	60 “

M.—1 cuillerée à soupe de chaque potion simultanément.

On pourra encore essayer :

R.—Teinture d'iode.....	} aa 4 drachmes.
Chloroforme (Duncan et Flockhart.)	

M.—*Dose* : 5 gouttes dans de l'eau, matin et soir, au moment des repas, ou même trois ou quatre fois par jour, dans vomissements incoercibles.

*Contre hématemèse* : Outre le repos absolu et la défense de parler, injection hypodermique d'ergotine (de Squibb; 2 à 5 grains. Injection hypodermique de morphine et atropine. Glace au creux épigastrique et dans la bouche. Pilules d'acétate de plomb et d'opium. Solution de Monsel (sous sulphate de fer) 2 gouttes bien diluées dans de l'eau glacée, toutes les demi-heures. Acide gallique. 6 grains toutes les deux heures, pendant quelques heures.

*Vomissements de la grossesse* :

*Traitement médical* : Dans ceux-ci le lavage de l'estomac et le gavage, quoique moyens rationnels, ont échoué souvent. Il ne faut pas oublier que même les vomissements incrochables cessent parfois spontanément; nous avons nous-même entendu Tarnier vanter un simple changement d'habitation qui aurait suffi quelquefois et donner des preuves à l'appui. Les moyens suivants sont recommandables: Boissons glacées, glaces, glace constamment dans la bouche et au-si en permanence au creux épigastrique dans un sac en caoutchouc séparé de la peau par une flanelle destinée à empêcher la mortification du derme. Révulsifs sur la même région (pointes de feu (petit cautère), vésicatoires volants, sinapismes).

*Pulvérisations d'éther au même endroit.* On a recommandé les alcooliques portés jusqu'à un certain degré d'ivresse, l'éther sulfurique (30 minimes ou une demi-cuillerée à thé à la dose, dans de l'eau glacée et sucrée), les lavements de bromure de potassium; on peut aller jusqu'à deux drachmes. La formule suivante a été préconisée :

R.—Menthol.....	2 grammes
Alcool .....	40 "
Sirop .....	60 "

M.—Une demi-cuillerée à thé toutes les heures jusqu'à cessation des vomissements.

L'extrait de belladonne porté sur le col au moyen d'un tampon d'ouate laissé en place et renouvelé matin et soir a positivement donné quelques succès, mais c'est un traitement qu'il faut surveiller avec attention, car les effets du médicament ne se font sentir que s'il y a symptômes d'intoxication; on ne saurait donc être trop prudent quant à son emploi. On peut remplacer si l'on préfère l'extrait par le glycérole qui s'applique mieux.

*Traitement obstétrical*: Si les moyens précédents échouent. il ne reste plus que la dilatation cervicale (peu sûre) et la provocation de l'accouchement prématuré ou de l'avortement par les moyens que l'on sait, mais dont le meilleur à notre avis, celui qui offre le plus de garanties tout en étant parfaitement aseptique, est le ballon de Tarnier.

*Vomissements du chloroforme*: Nous nous sommes bien trouvés ici, dans deux cas en particulier, de l'éther sulfurique donné à dose de une demi-cuillerée à thé (3 minimes) diluée dans un peu d'eau glacée et sucrée, à répéter au bout de deux heures s'il y a lieu.

Il est à peine nécessaire d'ajouter que les divers traitements ci-haut mentionnés ne sont, bien entendu, comme l'indique d'ailleurs le titre de ce travail, que palliatifs; le praticien, tout en se servant amplement de ces moyens qui sont à sa disposition, devra s'attaquer d'abord à la cause dont la guérison seule prévient sûrement la réapparition du symptôme que nous venons d'étudier.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE

**Les crises gastriques du tabes.**—Clinique de M. le professeur FOURNIER, à l'Hôpital Saint-Juis.—Nous avons dans nos salles, en ce moment, un navrant spectacle. Nous voyons, en effet, un homme jeune encore qui, tous les quinze jours à peu près, est pris de douleurs atroces, épouvantables, siégeant dans la région stomacale. Ce malheureux est en proie aux crises gastriques du *tabes*, et, de plus, c'est une victime de la syphilis vaccinale. Il a contracté cette dernière au régiment, en 1882, et un grand nombre d'hommes ont été infectés en même temps que lui.

Notre malade a donc eu un chancre au bras. Il s'est soigné comme se soignent les soldats, c'est-à-dire mal et surtout fort peu de temps, et, finalement, il a bientôt été pris de *tabes*.

Ce dernier est, comme vous le savez, presque toujours d'origine syphilitique. C'est du moins ce qui est admis maintenant, des auteurs récents ayant rattaché le *tabes* à la syphilis d'une façon beaucoup plus intime que je ne l'avais fait moi-même.

Les crises gastriques du *tabes*, qui seraient mieux appelées coliques gastriques, sont assez fréquentes. C'est un accident qui, par sa brusque apparition, se rapproche singulièrement des coliques hépatiques ou néphrétiques.

La colique gastrique est constituée par trois ordres de phénomènes : 1<sup>o</sup> la douleur ; 2<sup>o</sup> les vomissements ; 3<sup>o</sup> les troubles sympathiques.

La douleur domine la scène. Elle siège au creux épigastrique et est excessivement vive. De temps à autre il survient des paroxysmes, au moment desquels les souffrances deviennent horribles. Les expressions par lesquelles les malades s'efforcent de peindre leurs douleurs sont très imagées ; ils les comparent à une brûlure, à une morsure, à un déchirement ou une dilacération, à un broiement, etc.

En même temps que la douleur se produisent des vomissements, bientôt remplacés par des efforts infructueux pour vomir (vomissements à sec).

Toutes les heures, toutes les demi-heures, tous les quarts d'heures le malade vomit ; puis, quand l'estomac est vide, il se

produit d'une façon constante des efforts de vomissement. Quand les malades ont vomi, ils sont soulagés pour quelque temps, et beaucoup, qui ont reconnu les effets favorables des vomissements, cherchent à les provoquer. Au contraire, le vomissement à sec ne procure aucun soulagement, et les efforts infructueux s'accompagnent de contractions violentes; il semble aux malades, pour employer leur expression, que leur estomac va se décrocher.

Les vomissements sont remarquables par leur fréquence, au point qu'ils peuvent devenir subintrants.

En vingt-quatre heures, la quantité des liquides expulsés peut atteindre un litre, deux litres et même plus. D'abord ce sont les aliments qui sont rendus, puis ensuite un liquide glaireux, filant, incolore; quelquefois ce liquide est jaunâtre, verdâtre, sans cependant devenir jamais porracé. Très exceptionnellement les vomissements deviennent sanglants.

On a cherché à analyser les vomissements, et pour certains ils contiendraient une quantité considérable d'acide chlorhydrique. Vous savez que la quantité moyenne de cet acide est de 1 gr. 7; quelques médecins ont trouvé 3, 4 gr. pour 1,000 chez certains malades. D'autres, au contraire, ont constaté une diminution, et c'est l'avis de Bouveret. Cette question est encore non résolue.

Tout un groupe de phénomènes accessoires accompagnent la colique gastrique du tabes; ce sont les mêmes symptômes que l'on observe dans les coliques hépatiques ou néphrétiques, l'étranglement interne, etc. Mais l'extrême vivacité de la douleur imprime presque une physionomie spéciale aux phénomènes sympathiques de la crise gastrique. Les malades prennent des attitudes étranges; l'un est couché sur le ventre, un autre plié en deux, les genoux ramenés sous le menton, un autre se donne des coups de poing vigoureux dans l'estomac. Tous cherchent à soulager quelque peu la douleur terrible qui les étreint. La plupart des patients ont une soif vive et en même temps un dégoût profond pour les aliments. L'estomac est absolument intolérant, et la glace elle-même est souvent vomie.

La crise gastrique du tabes apparaît brusquement, comme une colique hépatique ou néphrétique; un homme bien portant quand vous le voyez peut, une demi-heure plus tard, être torturé par des douleurs excessives. De même la crise se termine brusquement et, une fois qu'elle est finie, le retour *ad integrum* est complet, au point que le malade mange ce qu'il lui plaît, boit à sa soif, sans éprouver le moindre malaise.

La durée d'une colique tabétique varie beaucoup. Le plus généralement, elle se prolonge de un à trois jours, quelquefois quatre à cinq, ou même dix à quinze dans des cas exceptionnels.

Le retour des crises est irrégulier et impossible à prévoir. Cependant on peut dire que chez un même malade elles deviennent de plus en plus fréquentes.

A quelle période du tabes les coliques gastriques surviennent-elles? Elles peuvent se montrer dans le cours de la maladie confirmée; mais, dans la grande majorité des cas, c'est un accident de la période préataxique. Inversement, chez un de nos malades, elles sont survenues vingt ans après le début du tabes, lorsque le malheureux était déjà aveugle et ataxique depuis plusieurs années.

Tantôt, au bout de quatre ou cinq années, les crises disparaissent, et tantôt elles augmentent de fréquence jusqu'à la fin de la vie. Souvent alors, au cours d'une colique, les malades tombent dans le collapsus et succombent rapidement au milieu de phénomènes bulbaires.

Les crises laryngées accompagnent en effet souvent les crises gastriques. On observe alors des accès de suffocation, des vertiges, et même l'ictus laryngé. D'autres fois, il survient une toux aboyante, coqueluchoïde, bien spéciale; ou bien les malades se plaignent d'une contraction douloureuse au niveau du larynx.

La *pathogénie* des crises gastriques est presque inconnue. Pour certains médecins elles se rattacheraient à des lésions occupant les noyaux du pneumogastrique et du spinal.

Le *diagnostic* des crises gastriques est parfois difficile, et les erreurs qui ont été commises sont innombrables. Elles ont été confondues avec l'indigestion, l'empoisonnement aigu, les coliques hépatiques ou néphrétiques, la colique saturnine, l'iléus, les vomissements incoercibles de la grossesse, etc. Vous trouverez dans Leyden, l'observation d'une femme enceinte, ataxique, chez laquelle on recourut à l'avortement pour faire cesser les vomissements. Les chirurgiens qui, actuellement, font si facilement les opérations abdominales, ont plusieurs fois tenté de graves interventions, attribuant à tort les vomissements de leurs malades à des lésions utérines, tandis qu'il s'agissait de l'ataxie. La confusion a encore été faite avec la péritonite tuberculeuse, et cette erreur de diagnostic a conduit à faire la laparotomie qui, naturellement, n'a pas amélioré l'état des malades.

Les difficultés du diagnostic diffèrent naturellement beaucoup selon que le malade qui vous appelle a ou n'a pas de symptôme évident de tabes en dehors des crises gastriques.

Dans le premier cas, il est difficile à un médecin suffisamment instruit de se tromper et le diagnostic s'impose.

La colique tabétique s'accuse, en effet, par un ensemble de phénomènes caractéristiques. La crise apparaît spontanément avec une grande brusquerie et elle se termine de même. Si l'on examine le malade, on constate l'intégrité de l'estomac et des viscères abdominaux; il y a absence des signes d'étranglement, etc. Enfin, les phénomènes douloureux ont une intensité excessive, exceptionnelle. Dans l'intervalle des accès, il n'y a pas de troubles stomacaux; les malades ont bon appétit, mangent des aliments quelconques et ne se plaignent de rien.

Mais, si l'on est appelé auprès d'un malade inconnu présentant les phénomènes de la crise gastrique et étant seulement au début de son tabes, le diagnostic peut devenir très difficile. On pense d'abord à un empoisonnement aigu, à des coliques hépatiques ou saturnines, etc.

L'apparence clinique de l'empoisonnement aigu rappelle celle de la crise gastrique; mais on doit rechercher des commémoratifs, examiner les vomissements au point de vue de la présence d'un corps toxique; de plus, il est impossible, dans le cas de tabes, de trouver le symptôme propre à un empoisonnement quelconque en particulier; il n'y a, par exemple, ni dilatation pupillaire, ni convulsions, etc.

On éliminera rapidement l'idée d'un étranglement herniaire, l'examen des anneaux restant négatif.

L'absence de commémoratifs, la non-existence d'un liseré gingival permettront de même d'éloigner le diagnostic de colique saturnine.

Les vomissements répétés, les douleurs vives, existent dans l'iléus comme dans la crise gastrique; mais, dans cette dernière, il n'y a pas de météorisme, les gaz sont facilement rendus par l'anus, les vomissements fécaloïdes manquent; il n'y a pas de véritable péritonisme; on ne constate ni algidité, ni lividité des extrémités, ni pincement du nez. Enfin on ne trouve pas trace de tumeur abdominale.

Dans les péritonites par perforation, il y a d'abord hypothermie, puis élévation de température; bientôt les vomissements deviennent porracés, l'abdomen est excessivement sensible au toucher, etc.

Les difficultés du diagnostic avec les coliques hépatiques et néphrétiques sont souvent considérables. En effet, le début y est brusque, il y a des douleurs exacerbantes, la terminaison est soudaine. Ce sont là des caractères qui permettent facilement la confusion. Cependant tout n'est pas semblable. La crise du tabes est plus *gastrique*, pour ainsi dire, que celle des coliques hépatiques ou néphrétiques. Dans ces dernières les vomissements ne sont qu'un épisode; dans la colique tabétique, ils sont extrêmement fréquents, et je vous ai déjà assez parlé de ce que j'appelle le vomissement à sec pour n'y plus revenir. Le tabétique souffre surtout au creux de l'estomac; chez le malade en proie à la colique hépatique, la douleur occupe surtout la région du cœur, l'épaule; dans la colique néphrétique, il y a des douleurs rénales unilatérales, s'irradiant vers la cuisse, l'urèthre, la verge, le testicule, et les émissions d'urines, fréquentes et peu abondantes, sont très pénibles.

La dyspepsie des nerveux, des neurasthéniques, peut se compliquer de crises gastralgiques très douloureuses, de vomissements avec douleurs, etc. Mais dans ce cas, l'interrogatoire du malade

permettra le diagnostic, car ce ne sont que les dyspepsies anciennes qui s'accompagnent de gastralgie.

Je n'insisterai pas sur le parallèle avec l'ulcère rond, la gastroxie nerveuse, etc. Le plus généralement un examen suffisamment attentif permet d'éviter toute erreur, bien que, cependant, les difficultés puissent être considérables, si, par exemple, un tabétique a, ce qui est du reste fort rare, des vomissements sanguins.

Ce que vous devez toujours faire, c'est la recherche des phénomènes de la période préataxique. Je vous rappelle les principaux de ces phénomènes : abolition des réflexes roturiens, un des meilleurs signes, — douleurs fulgurantes qui manquent rarement, douleurs en ceinture ; — myosis ; — signe d'Argyll-Robertson, c'est-à-dire disparition du réflexe de l'iris en présence de la lumière ; — antécédents de diplopie, de strabisme indiquant l'existence antérieure de paralysies oculaires ; — débilité génitale ; — signe de Romberg ; — symptômes laryngés. Lorsque chez un malade qui vous est inconnu et présente une colique gastrique, vous trouvez un ou plusieurs de ces signes, concluez au tabes ; dans le cas contraire, cherchez autre chose.

Les injections de morphine constituent le seul *traitement* actif à opposer aux crises tabétiques dont elles abaissent la durée et diminuent l'intensité. On a tout essayé : révulsion locale par les vésicatoires, les ventouses, les pointes de feu, le stypage ; à l'intérieur, extrait de chanvre indien, cocaïne, bromure de potassium, alcalins ; tout a échoué. Revenez donc sans hésiter aux injections de morphine et employez-les *brga manu*, car les malades les supportent très bien, et cela seulement soulage leurs douleurs.—  
*Tribune médicale.*

**Un symptôme prémonitoire de la phtisie pulmonaire. La paresthésie du pharynx et du larynx,** par JULIUS WOLFENSTEIN, in *Medical News*. — Peu d'auteurs, avant M. Wolfenstein, se sont occupés de cette question ; à citer parmi eux Bosworth, Gottstein, Jurasz, ces deux derniers spécialement. D'après ces divers auteurs, on observerait fréquemment, soit au cours de la phtisie pulmonaire, soit avant même qu'elle ait fait son apparition, des troubles de la sensibilité sous forme de paresthésies au niveau du pharynx et du larynx. Les sensations dont se plaignent les malades sont variables : sensations de chatouillement, de brûlure, de piquûre, de sécheresse, etc. Leur localisation est variable aussi : larynx, amygdales, langue, etc., peuvent être intéressés. Aux troubles de la sensibilité s'ajoutent quelquefois des accès de toux, des spasmes du larynx ou du pharynx. La pathogénie de ces accidents n'est pas absolument élucidée. Pour Jurasz, il s'agirait d'une sorte de sensation réflexe "*reflexempfindungen*" autrement dit, il y aurait irradiation sur les rameaux pharyngés et laryngés du pneumogastrique de l'irritation produite sur le même nerf au



niveau de ses rameaux pulmonaires. Gottstein met cette paresthésie sur le compte de l'anémie générale. Quoiqu'il en soit, il faut bien reconnaître qu'un état névropathique antérieur, aide beaucoup au développement de ces troubles sensitifs. M. Wolfenstein recommande de traiter par la créosote les malades qui présentent cette paresthésie non seulement s'ils sont déjà franchement tuberculeux, mais même s'ils sont seulement suspects par leurs antécédents héréditaires.

**Diagnostic et pronostic de l'albuminurie indépendante d'une néphrite**, par W. H. WASHBURN. in *Medical News*.—L'examen seul des urines ne saurait suffire, dans un cas donné, à faire distinguer l'albuminurie fonctionnelle de l'albuminurie liée à une lésion des reins. En effet, suivant l'auteur, le taux et la persistance de l'albuminurie, la présence des cylindres urinaires, les modifications de la densité et de l'excrétion de l'urée n'ont pas de valeur absolue. Pour porter leur enseignement, ces signes doivent être corroborés par l'examen complet du sujet lui-même; la constatation ou l'absence de troubles cardiaques, circulatoires, digestifs, nerveux, visuels, etc., pourront seules faire trancher le diagnostic. Quant au pronostic de l'albuminurie dite fonctionnelle, il doit être tenu en suspens. Il en est de ce symptôme comme de l'hémoptysie; il doit tenir le médecin en éveil. Le pronostic immédiat n'en est pas fâcheux, mais il faut craindre pour plus tard. Les sujets qui présentent ce symptôme ont de grandes chances d'être atteints de néphrite à une époque plus ou moins éloignée; d'une façon générale, et cette opinion de M. Washburn est importante à noter dans la question des assurances sur la vie, la longévité est bien moindre chez ces albuminuriques que chez les sujets indemnes de cette tare.

**Arthritisme et diathèse nerveuse**, par SAKORRHAPHOS, (d'Athènes) in *Progrès médical*.—Les recherches de l'auteur le portent à croire que les maladies arthritiques et les maladies nerveuses ne diffèrent nullement entre elles. La présence de ces deux maladies dans une même famille, l'étroite parenté qui lie ces deux états morbides, l'étiologie, la marche lente, quelques tableaux cliniques qui se rencontrent sont évidemment les mêmes. Cette question de diathèse était et est encore très compliquée. Pour M. Sakorrhaphos, l'arthritisme, et par ce nom il comprend aussi la diathèse nerveuse, représente en quelque sorte la race humaine en décadence, est l'indice d'une fin des générations exactement comme une maladie aiguë met fin à la vie d'un individu. L'arthritisme n'est autre chose qu'une déviation chronique et durable du type normal de la nutrition. L'organisme tout entier est ébranlé par cette perturbation, qui au commencement, au moins, n'est pas assez forte pour détruire la vie de l'individu.

Petit à petit, l'organisme s'habitue à ce *modus vivendi*, les cellules qui le composent et parmi elle le spermatozoaire ou l'ovule s'altèrent et cette altération restant pendant longtemps dans l'organisme, devient une habitude, une manière d'être et comme telle se transmet par voie d'hérédité. En outre, l'arthritisme étant une maladie nerveuse est apte à l'hérédité.

## CHIRURGIE.

**Des fractures du col du fémur.**—Clinique de M. TILLAUX, à l'Hôpital de la Charité.—Au numéro 20 de la salle Trélat est couché un cocher de fiacre âgé de 59 ans. Cet homme fut renversé de son siège et projeté à une certaine distance. Le côté droit a porté sur le macadam; il n'a pu ni marcher, ni se relever et on l'a amené à l'hôpital.

Le diagnostic que j'ai porté est fracture du col du fémur droit et j'ai même complété le diagnostic en disant qu'elle était extra-capsulaire. Cela peut paraître risqué à ceux d'entre vous qui pensent que cette précision du diagnostic est presque impossible; mais je vais vous dire tout à l'heure sur quels signes je me fonde.

A l'aide de trois signes, vous pouvez faire le diagnostic *général* d'une fracture du col :

1o. rotation en dehors; 2o. raccourcissement du membre indépendant de tout traumatisme antérieur; 3o. impuissance à soulever le talon du plan du lit. Quand un sujet qui vient de subir un traumatisme présente ces trois signes, vous pouvez affirmer la fracture du col du fémur.

Ces fractures sont très intéressantes à étudier, non seulement au point de vue scientifique, mais encore au point de vue pratique; il y a très grand intérêt à spécifier si elles sont intra ou extra capsulaires.

Les signes principaux peuvent manquer: le raccourcissement peut faire défaut et le praticien est induit en erreur, d'où il peut résulter des mécomptes pour lui et des inconvénients pour le malade.

La distinction anatomo pathologique en fractures extra et intra-capsulaires est vraie la plupart du temps et elle l'est aussi en clinique, l'une passant au ras du sourcil cotyloïdien et décapitant le fémur; l'autre passant à la base du col vers la ligne intertrochantérienne. Il faut bien dire que l'expression extra-capsulaire n'est pas exacte, c'est plutôt extra-articulaire qu'il faudrait dire. Quelquefois, mais assez rarement, la fracture peut être mixte, c'est-à-dire empiéter plus ou moins sur l'un ou l'autre trait de

fracture: mais en clinique cette troisième variété n'intervient guère.

Voici les lésions que présente notre malade, et, je puis l'affirmer, le trait de fracture siège à la base du col. Le col est solide, résistant, surtout dans le sens de sa longueur. Or, la chute portant presque toujours sur le grand trochanter, la tête résistant, le col cède au point le moins résistant; le moignon du col attenant à la tête pénètre dans l'épaisseur du grand trochanter en le faisant éclater pour ainsi dire, fracture par pénétration, avec engrenement.

Donc, dans la fracture extra-capsulaire, il y a par pénétration du grand trochanter disparition du col, et le raccourcissement résulte de la disparition de l'inclinaison du col: il varie donc avec chaque sujet.

Au contraire, dans la fracture intra-capsulaire il n'y a pas pénétration, ou elle est tout à fait l'exception. Elle ne nécessite pas pour se produire un traumatisme violent. Elle se produit chez les gens âgés; on l'a vu se produire pendant un simple faux mouvement exécuté dans le lit chez des vieillards depuis longtemps alités; elles sont plus fréquentes chez la femme. Mais alors les deux fragments étant intra capsulaires et étroitement maintenus par la capsule, les fragments peuvent ne pas glisser et le raccourcissement faire totalement défaut; le médecin fait la mensuration, ne trouve pas de raccourcissement et conclut à la confusion simple. Mais s'il fait une nouvelle mensuration quelques jours plus tard, il constate un léger raccourcissement produit probablement par l'ascension du fragment inférieur, sollicité par le psoas iliaque qui triomphe peu à peu de la résistance de la capsule qui finit par se laisser étirer.

Au contraire lorsqu'il y a engrenement osseux, le raccourcissement consécutif n'est plus possible.

Il existe un autre signe qui présente une grande importance. Dans la fracture intra-capsulaire, le grand trochanter est normal, ni épaissi, ni douloureux; dans la fracture extra capsulaire, au contraire, le grand trochanter éclaté est beaucoup plus volumineux, il peut être doublé de volume et plus par éclatement.

Enfin, dans la fracture extra-capsulaire, la pénétration ne se fait pas centre par centre en raison de la disposition de l'axe du col par rapport à celui du grand trochanter; elle est plus complète en arrière qu'en avant, aussi le membre est rejeté en dehors, les deux fragments saillants en avant et cette rotation en dehors est fixe.

Dans la fracture intra-capsulaire, s'il y a rotation en dehors, c'est le poids du membre qui la produit comme sur le cadavre; on peut même observer la rotation en dedans.

Pourquoi donc ai je pu sur notre malade affirmer que la fracture était extra capsulaire: ce n'est pas seulement parce que j'ai

senti le grand trochanter épaissi, car cette appréciation dans les cas légers peut varier avec l'observateur.

Mais me plaçant un bout du lit, j'ai pris le pied et j'ai tenté de corriger la rotation en dehors; immédiatement le malade a poussé des cris, et même en insistant je n'aurais pu y réussir, mais j'aurais entraîné le bassin, fait qui résulte comme je vous l'ai dit de ce que la rotation en dehors provint de l'enclavement du col dans le grand trochanter.

Par conséquent je crois que le diagnostic entre ces deux variétés de fractures du col est facile, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs. Basez-vous exclusivement sur l'anatomie pathologique qui vous démontre que la fracture intra capsulaire n'est jamais pénétrante et que l'extra-capsulaire l'est à peu près toujours.

Le pronostic n'est pas absolument le même: une fracture extra-capsulaire guérit en 55 à 60 jours avec une consolidation certaine; vous pouvez affirmer au malade qu'il marchera. Il n'en est plus de même pour l'intra-capsulaire et au point de vue pronostic c'est une grosse faute d'avoir diagnostiqué contusion.

C'est plutôt avec la luxation que l'on pourrait confondre la fracture extra-capsulaire lorsqu'il y a rotation exagérée en dehors; c'est avec la seule luxation sous-pubienne où il y a *extension* et rotation en dehors que l'on peut hésiter.

Mais, dans la fracture, le membre est en rotation en dehors sans *abduction*; dans la luxation, il y a *abduction* et la région trochantérienne est située dans la cavité cotyloïde, on sent donc une dépression à sa place normale, tandis que dans la fracture non seulement il est à sa place, mais encore épaissi, donc facilement tangible.

Chez notre malade, vous voyez que je n'ai pas appliqué de gouttière; c'était le traitement ancien que je croyais autrefois nécessaire.

Mais aujourd'hui je supprime tout appareil; sans chercher le désengrènement des fragments, j'emploie l'extension continue à 3 ou 4 kilogrammes. D'ailleurs, dans la fracture extra-capsulaire, l'extension n'est pas très nécessaire; dans la fracture intra-capsulaire, elle peut donner les meilleurs résultats sans avoir les inconvénients et produire la torture de la gouttière.

Pendant 45 ou 50 jours et au delà nous laisserons l'extension: à ce moment, le malade peut essayer de se lever, mais dans les fractures intra-capsulaires il peut y avoir nécessité de prolonger l'immobilisation pendant un an et plus, ce sera donc déjà beaucoup d'avoir fait le diagnostic exact et par suite d'avoir établi d'emblée le pronostic et la durée du traitement.—*Union médicale.*

**De Phydronéphrose intermittente.**—Clinique de M. le professeur S. DUPLAY à l'Hôtel Dieu.—Il y a quelques jours, un con-

frère de la ville m'amenait un de ses malades, homme de 34 ans, exerçant la profession de coiffeur, et qui portait, prétendait on, une tumeur du flanc droit. Le malade fut couché sur un lit, et je constatai, en effet, la présence d'une tumeur liquide sous hépatique, occupant le flanc droit, et descendant jusqu'à la crête iliaque; je pensai à un kyste hydatique, mais je fis les plus grandes réserves à ce sujet, me promettant d'examiner à tête reposée cette tumeur, lorsque le malade serait entré dans nos salles. Quatre ou cinq jours après notre premier examen, il était hospitalisé et je ne fus pas médiocrement surpris en constatant que la tumeur avait disparu; mais, une palpation attentive me révéla bientôt l'existence du même côté d'un rein flottant. Je pensai qu'il devait y avoir une relation entre ce déplacement du rein droit et l'apparition d'une tumeur liquide dans le flanc correspondant, d'autant que le malade nous apprit alors pour la première fois, qu'il avait remarqué l'apparition et la disparition de la tumeur que nous avions observée.

En l'interrogeant, il nous fournit les renseignements suivants:

Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux. Le malade étant enfant aurait eu le carreau, il est un peu névropathe, vigoureux, bien constitué, il n'accuse point de troubles digestifs, n'a pas de dilatation de l'estomac, n'est point neurasthénique.

Il y a quatre ans que l'affection pour laquelle il vient réclamer nos soins a débuté. À cette époque, à la suite d'une fatigue légère, du moindre effort, il a commencé à ressentir de la gêne, de la pesanteur dans le flanc droit. Quelques frictions sur le point douloureux, la flexion du tronc du côté intéressé suffisaient à les faire disparaître. Les crises ne se produisaient d'abord qu'à de rares intervalles, puis elles se sont rapprochées et aujourd'hui enfin, elles sont *hebdomadaires* et même *dominicales*. Ce qui s'explique par la profession de notre homme qui, comme vous le savez, est coiffeur; il travaille surtout le samedi, il se surmène ce jour-là et c'est le lendemain que se montrent dans le flanc droit de la gêne, de la pesanteur, une douleur plus ou moins vive, une tuméfaction, enfin, dont le malade se rend parfaitement compte. Ces symptômes sont moins accusés après vingt quatre heures de repos, et, au bout de trois ou quatre jours, tout est rentré dans l'ordre. J'ajoute qu'il y a eu, à différentes reprises, des irradiations dans l'épaule droite et que la tuméfaction du flanc, qui ne disparaît que lentement aujourd'hui, s'affaissait, il y a quelques mois encore, dès le lendemain du début de la crise.

Pendant trois jours, j'ai fait marcher le malade, dans l'espoir, non réalisé, de voir réapparaître la tumeur; il me proposa de quitter l'hôpital le samedi matin et d'aller exercer son métier de coiffeur, m'affirmant qu'il rentrerait le lundi suivant avec sa tumeur.

Le malade avait dit vrai et voici ce que je constatai à son retour à l'Hôtel-Dieu. A la vue, un soulèvement de la paroi abdominale antérieure au niveau du flanc droit; rien d'anormal du côté de la région lombaire correspondante. La palpation me permit de reconnaître une tumeur étendue du rebord des fausses côtes droites à la fosse iliaque, arrivant jusqu'à la ligne médiane. Je pus y distinguer deux lobes. L'un externe, plus petit, limité en dehors par un bord convexe, dur, résistant, donnant par sa forme et surtout par sa consistance, l'idée d'un rein; l'autre interne, beaucoup plus volumineux, à contours difficiles à préciser, mat à la percussion, résistant et fluctuant. La tumeur, dans son ensemble, est mobile dans le sens transversal, absolument immobile de haut en bas. Je n'ai point cherché le ballottement, auquel je n'accorde que peu de valeur, quelques-uns de ceux qui ont examiné le malade l'ont trouvé. Je n'ai point constaté la présence du colon au-devant de la masse bilobée qui occupe le flanc droit.

Quand il n'y a pas tumeur, la grosse masse rénitente et fluctuante manque, on ne trouve que le rein qui ne paraît pas augmenté de volume, qui jouit d'une mobilité excessive, et qu'on réduit facilement dans la fosse lombaire.

Qu'est-ce donc que cette deuxième tumeur à la partie externe de laquelle le rein est comme accolé lorsque le flanc est tuméfié ?

Il ne me semble pas y avoir de doute à cet égard. On ne saurait songer aux tumeurs fantômes, aux tumeurs imaginaires des hystériques. Il existe bien chez notre malade, mais d'une façon intermittente seulement, dans le flanc droit, une tumeur résistante et fluctuante.

Or, il existe une maladie caractérisée par l'apparition intermittente d'une tumeur liquide liée à la présence du rein mobile; c'est l'hydronéphrose intermittente.

Vous savez, messieurs, ce que c'est que l'hydronéphrose. On désigne sous ce nom la distension du bassinet par l'urine aseptique résultant d'une obstruction de l'uretère.

L'hydronéphrose *permanente* est bien connue, et depuis longtemps, grâce aux travaux de Rayer, on n'a guère ajouté à la description de ce grand médecin.

Il n'en est pas de même de l'hydronéphrose *intermittente*, bien que la fameuse observation de Tulpius (1672) en soit un type parfait, la tumeur se reproduisant à chaque pleine lune. Cette variété n'a été bien étudiée que dans ces dernières années par Morris, Newmann, Landau, par mes collègues MM. Guyon et Le Dentu, par M. Arnould, mais surtout par MM. Terrier et Baudouin.

Le rein flottant n'est pas une maladie rare. Exception dans l'enfance, peu fréquent chez l'homme, on l'observe surtout chez la femme où, d'après Lindner et Landau, on trouve un rein déplacé

sur cinq ou six sujets examinés (1). C'est surtout de 30 à 40 ans qu'on observe le déplacement du rein, et on le rencontre beaucoup plus souvent à droite qu'à gauche.

Je ne puis examiner aujourd'hui avec vous les causes de ce déplacement, cela nous entraînerait trop loin. Qu'il nous suffise de dire que chez notre malade nous n'avons pu découvrir aucune cause de la mobilité de son rein droit.

La symptomatologie du rein flottant est extrêmement variable ; il n'y a en somme qu'un signe pathognomonique, c'est la constatation de l'existence de la tumeur formée par le rein mobile, son déplacement et son remplacement faciles.

Examinons maintenant quelle relation existe entre le rein flottant et l'hydronéphrose.

Il y a longtemps déjà, c'était en 1864, que Dietl (Wien med. wochens) signalait dans le rein flottant des phénomènes d'étranglement. Voici ce qu'il en disait : Après une fatigue, l'organe augmente de volume et devient tellement douloureux que la moindre pression est insupportable, à ces douleurs s'ajoutent des frissons, de la fièvre, des nausées, même des vomissements de telle sorte qu'on pourrait croire à une péritonite par perforation. Cet épisode, pendant lequel les urines sont rares et épaisses, est habituellement terminé, au bout de quelques jours, par une émission abondante d'urine. On n'a pas trouvé tout d'abord d'explication à ces accidents singuliers. Lindner et Landau prétendent qu'ils sont dus à une hémionéphrose déterminée par coudure ou torsion de l'uretère d'un rein déplacé. Cette théorie a été développée compendieusement par MM. Terrier et Baudouin.

Les symptômes observés chez notre malade, pour être moins accusés que chez ceux qui appartiennent au rein flottant dit étranglé, s'en rapprochent néanmoins et si vous voulez bien vous rappeler l'apparition et la disparition alternatives de la tumeur du flanc droit, vous concluez comme moi à une hydronéphrose intermittente due à un déplacement du rein.

Il manque cependant quelque chose au tableau symptomatique de notre malade. Quand la tumeur se développe, les malades accusent assez souvent une diminution de la quantité d'urine excrétée, mais ce symptôme est beaucoup moins fréquent que le besoin d'uriner impérieux suivi d'une miction fort abondante après laquelle la tumeur disparaît. Chez notre patient, on n'observe aucun changement dans la quantité d'urine excrétée, soit avant, soit après les crises.

Cependant, quand on appuie sur la tumeur fluctuante du flanc droit, on détermine un besoin d'uriner qui cesse avec la compres-

---

(1) Cette proportion est encore plus considérable pour M. Mathieu, qui affirme avoir rencontré chez la femme le déplacement du rein 1 fois sur 4 malades prises au hasard. (Soc. méd. des hôpitaux, 8 décembre 1893).

sion. L'anomalie symptomatique que je vous signale, existe quelquefois, j'en ai trouvé trois exemples dans le mémoire de MM. Terrier et Baudouin. On peut l'expliquer chez notre malade par ce fait que la tumeur se produit assez lentement et se vide plus lentement encore. D'ailleurs, on est en droit de se demander si un rein déplacé depuis quatre ans, fréquemment atteint d'hydronéphrose intermittente est normal, si la sécrétion qu'il fournit habituellement n'est pas moins abondante que celle du rein sain.

En résumé, nous avons affaire, je le répète, et je pense vous l'avoir démontré, à un rein flottant avec hydronéphrose intermittente.

Le pronostic de cette affection est sérieux, car lorsque l'hydronéphrose intermittente qu'on dit encore ouverte, dure de longtemps, elle peut se transformer en hydronéphrose permanente ou fermée, et, de plus, devenir septique, il s'agit alors d'une pyonéphrose autrement grave que l'hydronéphrose. Le pronostic est encore sérieux à cause des difficultés de la thérapeutique.

Le traitement du rein flottant compliqué d'hydronéphrose intermittente varie avec les autres symptômes observés.

Au début, quand il n'y a que des symptômes douloureux on peut essayer d'une ceinture appropriée destinée à maintenir le rein dans la fosse lombaire. C'est-ce qui a été fait chez notre malade; mais le bandage, qui l'avait tout d'abord soulagé, est devenu inefficace à l'heure actuelle.

Il ne nous reste qu'à lui proposer une intervention chirurgicale qui puisse agir à la fois sur le rein flottant et l'hydronéphrose intermittente. Il semble bien démontré aujourd'hui que l'hydronéphrose ouverte, qui complique le rein flottant, est due à une courbure de l'urètre qui le rend momentanément imperméable, d'où la dilatation du bassinet, donnant lieu à une tumeur fluctuante qui se vide, soit parce que la distension du bassinet redresse la courbure du canal qui lui fait suite, soit parce que le rein en se déplaçant pendant la période de tumeur arrive au même résultat d'où l'écoulement possible de l'urine, un instant arrêtée dans les voies supérieures d'excrétion.

L'opération qui me semble pouvoir atteindre ce double but, fixation du rein et redressement de la courbure urétérale, c'est la *néphropexie*. C'est elle que je me propose de pratiquer dans quelques jours chez notre malade.

À part cela, que pourrions-nous faire? Ponctionner la collection liquide formée dans le bassinet? Mais, outre que cette pratique peut déterminer des accidents septiques, elle ne serait point ici une méthode curative, l'hydronéphrose ne tarderait pas à se produire, le rein restant déplacé.

Quant à l'ouverture de la collection liquide, à la fixation des parois de la poche à la région lombaire, à leur marsupialisation c'est une pratique qui me paraît déplorable: 1<sup>o</sup> parce qu'elle crée



une fistule urinaire, par conséquent une infirmité; 2<sup>o</sup> parce que cette fistule peut s'infecter et donner lieu aux complications les plus redoutables.

On pourrait songer à la néphrectomie qui est, évidemment, le traitement le plus radical et parfois le seul rationnel. Je veux parler des cas où le rein est si profondément altéré qu'il est réduit à une coque fibreuse qui ne sécrète plus. Si, après avoir fait l'incision lombaire, je tombais sur un rein ainsi dégénéré, qui ne vaut plus rien, je n'hésiterais pas à faire la néphrectomie totale.

D'ailleurs, il y a toujours, dans cette opération de la néphrectomie, quelles que soient les précautions dont on s'entoure, quelque crainte à concevoir, car on ne sait jamais ce que vaut l'autre rein. Le catéthérisme des uretères, possible chez la femme, presque impossible chez l'homme, pourrait seul nous renseigner sur ce point.

Pour conclure, je dirai : Offrons à notre malade la néphropexie, c'est l'opération rationnelle dans son cas, elle peut suffire à la guérison. Si, plus tard, de nouveaux accidents se montrent, nous aurons recours à la néphrectomie.

*N. B.*—Cette leçon clinique a été faite à l'Hôtel-Dieu, le 12 décembre 1893, quelques jours après la communication de M. Tuffier à la Société de chirurgie (6 décembre), communication ayant pour titre : Recherches expérimentales et cliniques sur la pathogénie, l'anatomie pathologique et le traitement de l'hydronéphrose intermittente. Les conclusions de M. Tuffier, au point de vue thérapeutique, sont identiquement semblables à celles que M. Duplay avait formulées dans sa leçon.

L'opération a été pratiquée de la façon suivante :

Incision lombaire un peu oblique, recherche assez pénible du rein qui est aplati en langue de chien. L'hydronéporose avait disparu, mais on sentait le bassinet large et flasque. Fixation de l'organe par trois fils de gros catgut qui traversent le parenchyme; à la douzième côte (point supérieur) et aux lèvres de la plaie (point moyen et inférieure). Un des fils passé primitivement ayant coupé le tissu rénal, il n'a pas été nécessaire d'aviver le bord convexe de l'organe. Suture en surjet des tissus divisés, avec le catgut fin, de la peau, avec le fil d'argent.

Le malade n'a pas eu la moindre réaction. Avant l'opération, il rendait un litre et un quart d'urine en vingt-quatre heures, pendant les deux premiers nyctémères, il n'en a évacué qu'un litre, le liquide n'était pas teinté par le sang. Le troisième jour, la quantité d'urine émise revenait au taux normal.

Aujourd'hui, sixième jour après l'opération, l'état du malade est excellent.—*Union Médicale.*

**Traitement des luxations anciennes de l'épaule.**—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôpital de la Charité.—Nous allons intervenir

aujourd'hui dans un cas de pratique courante qui peut se présenter chaque jour à vous, que vous exerciez à Paris, en province ou à la campagne. Il s'agit d'une luxation de l'épaule qu'il y a intérêt à reconnaître et à traiter immédiatement.

Nous sommes en présence d'un cas où la luxation n'a pas été réduite au moment de l'accident: luxation ancienne de l'épaule droite, par conséquent. Le malade est âgé de 48 ans; il fit une chute du haut d'une voiture le 4 septembre dernier, il y a donc quatre-vingt-quinze jours aujourd'hui: je n'insisterai pas autrement sur son histoire et je ne l'étudierai qu'à partir du moment où il est entré dans nos salles, porteur de sa luxation: depuis le temps qu'il est arrivé à l'hôpital, je lui ai fait faire des mouvements passifs de mobilisation. Vous comprenez qu'il y a très grand intérêt pour ce malade, marié, père de famille et ouvrier, à recouvrer la plus grande partie des mouvements normaux de l'articulation.

Étudions d'abord l'état anatomique actuel des lésions que présente la région scapulo-humérale. Je vous dirai tout d'abord qu'il s'agit d'une luxation dite antéro-interne de Malgaigne, variété intra-coracoïdienne.

À quel moment précis une luxation de l'épaule peut-elle être dite ancienne? Cela est difficile à fixer d'une façon certaine; cependant on peut, à mon avis, admettre le terme d'un mois environ, et chaque fois qu'un malade se présentera avec une luxation remontant à plus d'un mois de date, nous dirons que la luxation est ancienne et il est à prévoir qu'elle sera très difficile à réduire.

Qu'entend-on par luxation irréductible? une luxation peut ne pas être ancienne et néanmoins être irréductible. Une luxation est dite irréductible quand il s'est produit au pourtour des surfaces articulaires déplacées des désordres tels qu'ils s'opposent à la réduction de la luxation par les méthodes ordinaires, sans faire usage des procédés sanglants.

Quelles sont les causes d'irréductibilité? Une des principales a bien été mise en lumière dans ces dernières années par M. Charles Nélaton. La tête luxée a déchiré la capsule et est passée à travers la boutonnière capsulaire, mais la capsule reste insérée au pourtour de la cavité glénoïde. La portion postérieure de la capsule vient se tendre comme un rideau au-devant de la cavité glénoïde, la remplit plus ou moins, et comme elle n'est pas très profonde, il n'existe plus de cavité de réception pour la tête humérale; plus la luxation est ancienne, plus la capsule est froncée, épaissie, et l'irréductibilité est encore accrue de ce fait.

Quant aux muscles, ils peuvent être aussi une cause d'irréductibilité: l'humérus peut passer aussi à travers une boutonnière du coraco-brachial, et le muscle se rétractant de plus en plus, l'irréductibilité se produit encore, ou bien elle passe au-dessous de lui et le muscle la bride en avant comme une sorte de saugle. Bien plus, j'ai vu à l'Hôtel-Dieu un cas de luxation récente sous-clavicu-

laire dans laquelle l'irréductibilité existait nettement, fait qu'on n'avait guère, je crois, signalé: or, la tête avait traversé le muscle grand pectoral ou les pectoraux, et était devenue sous-cutanée: j'endormis le malade et ne pus réduire, et j'ai dû faire, pour y arriver (la luxation datait de huit jours), une arthromie: je constatai alors que ce n'était pas le grand pectoral qui s'opposait à la réduction, mais je crois, autant que j'ai pu en juger au cours de l'opération, que c'était le coraco brachial qui s'opposait à la mobilisation de la tête si elle est rétractée ou adhérente à la cavité glénoïde: voilà donc réunis deux facteurs d'irréductibilité.

Il existe encore d'autres causes d'irréductibilité, mais ces deux premières sont les plus importantes.

La nature se mettant en devoir d'établir une néo articulation au point où la tête est luxée, il se fait à ce niveau des adhérences entre la tête et le voisinage; parfois même, et vous en voyez des exemples nombreux dans les musées, il se forme des jetées osseuses; enfin il peut y avoir des arrachements tubérositaires sur lesquels a insisté surtout M. Ollier, et leur interposition peut être encore une cause d'irréductibilité.

Notre luxation est ancienne (95 jours), mais je ne puis encore affirmer qu'elle est irréductible, car je n'ai fait jusqu'à présent aucune tentative. Que faire en présence de cette luxation? Voilà un cas que vous rencontrerez certainement dans la pratique et sur lequel il est bien utile d'insister. On ne peut dire jusqu'à quelle époque les luxations de l'épaule sont réductibles par les moyens ordinaires. Séuillot en a réduite une datant d'un an et quinze jours; la plus ancienne que j'ai réduite datait de cent cinq jours; Kœnig dit en avoir réduite une datant de huit ans! Ce chiffre peut paraître exagéré. Mais il faut agir alors avec précautions. Les cas existent où les efforts de réduction ont déchiré l'artère axillaire; quant au cas classique de l'arrachement de son membre par les efforts de traction, il est unique, je crois.

Aussi ne faut-il pas faire de tractions trop violentes sur des luxations très anciennes datant d'un an environ.

Actuellement nous pouvons et devons intervenir. Je vous rappellerai qu'il existe un procédé, dit de *Kocher*, que l'auteur a d'abord appliqué aux luxations récentes; puis Ceppi, son élève, publia 13 observations, avec 12 succès, de luxations anciennes, plusieurs datant de trois et quatre mois, réduites par ce procédé *sans chloroforme*. Il y a donc lieu d'essayer toujours d'emblée le procédé de Kocher avant de recourir à un autre; j'exposerai tout à l'heure les divers temps opératoires qui sont, d'ailleurs, décrits dans les traités classiques.

Si le procédé de Kocher échoue, il faut endormir le malade et employer les manœuvres d'extension, de contre extension et de coaptation.

On peut arriver à réduire à l'aide des appareils de Jarvis et de Collin.

J'avoue que j'ai quelque peine à employer cet appareil qui exerce une traction violente. Je préfère employer la traction par les aides.

La contre-extension sera faite par une alèze pliée en cravate et passant de l'aisselle malade sur la partie antérieure et postérieure du thorax.

La traction sera faite par deux aides à l'aide d'une serviette fixée au coude du malade : un aide est placé à chaque chef de l'alèze cubitale ; j'ajoute un troisième, un quatrième aide s'il le faut, j'arrive ainsi à une traction de 60 kil. (12 à 15 kil. par aide environ) et je ne dépasse guère ce chiffre.

Je me place à l'articulation : dès que la tête descend, je pratique un mouvement d'abduction, puis je reporte rapidement la main sur l'épaule opposée.

M. Farabeuf a indiqué un procédé qui consiste à chercher à faire repasser la tête humérale par la boutonnière capsulaire. Par la traction directe on tend les lèvres de la capsule et la tête ne rentre pas ; il faut donc porter alternativement à droite et à gauche cette tête, puis essayer de lui faire réintégrer la capsule. Nous emploierons aussi ce procédé.

Si, au bout de trois ou quatre tentatives, je n'obtiens pas de réduction, si la tête n'est pas descendue, je déclarerai la luxation irréductible, car je ne pense pas que les mouffles ou d'autres procédés non sanglants puissent réussir quand le procédé que je vous ai indiqué a échoué.

Y a-t-il lieu alors d'employer les méthodes sanglantes ? Oui et non. Si le malade a recouvré une somme de mouvement suffisante pour pouvoir travailler et gagner sa vie, s'il n'éprouve pas de douleurs violentes (et il y a intérêt à bien différencier la névrite des simples douleurs de compression, car dans ce dernier cas seul la réduction fera disparaître les douleurs) il ne faut rien faire, car vous n'êtes pas certain d'obtenir, par un procédé quelconque, un meilleur résultat que celui qu'a donné l'expectation, et cela d'autant plus qu'il s'agit d'un sujet plus jeune chez qui la restitution des mouvements peut être parfois surprenante.

Notre malade fait des mouvements ; il ne souffre pas ; je ne suis donc pas autorisé à aller plus loin ; si plus tard il survient des indications, peut-être y aura-t-il lieu de lui proposer un des procédés suivants :

On a conseillé (Polaillon, Daniel Mollière) des sections sous-cutanées des brides fibreuses : cette méthode a l'inconvénient d'agir un peu au hasard. D'ailleurs ce procédé a été préconisé à une époque où les règles de l'antisepsie étaient moins bien connues.

M. Desprès a conseillé encore de faire l'ostéoclasie manuelle du col de l'humérus pour obtenir une pseudarthrose ; je ne suis pas non plus partisan de ce procédé, d'autant qu'on obtient souvent la consolidation sans le vouloir.

Il reste une opération bien rationnelle, très chirurgicale, qu'il ne faut pas hésiter à proposer dans le cas où le malade souffre et réclame lui-même une intervention. On ouvre l'articulation, on libère les adhérences et on réduit la tête. C'est alors qu'il faut se rappeler l'adhérence de la capsule signalée par Nélaton.

Cet auteur conseille une incision horizontale passant par l'apophyse coracoïde et la cavité glénoïde qui sépare les débris de capsule, permet de saisir la tête avec un davier, s'il est nécessaire, pour la remettre en place.

Mais il peut se faire que la tête soit tellement fixée qu'il ne soit pas absolument possible de la mobiliser quelque traction qu'on exerce ; dans ce dernier cas il faut alors se résoudre à pratiquer la résection de l'humérus conseillée surtout par M. Ollier ; mais il vaut mieux alors, suivant la recommandation de ce chirurgien, pratiquer la résection économique. On peut alors ramener le moignon du col au contact de la cavité glénoïde, et M. Ollier dit avoir même éprouvé beaucoup de difficulté à obtenir ce dernier résultat.

Je résumerai donc les points principaux de cette clinique en vous disant : Essayez de réduire sous le chloroforme, par le procédé de Kocher et les tractions manuelles ; si vous échouez, conseillez au malade d'attendre et d'exercer son bras à la mobilisation ; s'il déclare qu'il ne peut travailler, s'il souffre, intervenez alors par l'incision que conseille M. Nélaton, évidez la cavité glénoïde, mobilisez la tête humérale et mettez-la en rapport avec sa cavité de réception ; enfin, si au cours de l'opération vous vous apercevez, comme cela est arrivé à un grand nombre de chirurgiens, que cette dernière manœuvre est impossible, vous pourrez être conduit à pratiquer la résection de l'extrémité humérale.—  
*Tribune médicale.*

---

C'est, non pas dans la médecine, comme le dit Descartes, mais dans l'hygiène qu'il faut chercher "le moyen de rendre les hommes plus sages et plus habiles." L'hygiène est le grand agent de sélection. Les produits de la sélection naturelle auraient peine à survivre, s'ils n'y étaient aidés par elle. C'est pourquoi nous la voyons, cette sélection, produire ses effets les plus probants dans les milieux hygiéniques naturels, où l'air, l'eau, le sol se rencontrent dans les meilleures conditions de richesse et de salubrité.

Chez les médecins aussi la science est moins rare que le jugement, bien que dans aucune profession on ne trouve une telle proportion d'hommes judicieux.

Les savants de laboratoire inspirent aux praticiens plus d'admiration que de confiance.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

**Les déchirures obstétricales du col.**—Cet accident si fréquent n'a guère été jusqu'ici l'objet d'un travail d'ensemble, tel que celui que vient de publier M. le Dr G. Cadiergues. Nous en résumons les parties les plus importantes au point de vue pratique.

Comment reconnaît-on une déchirure du col au moment de sa production ? On peut observer quelquefois une douleur vive ; mais, en général, elle l'est peu et se confond avec celle bien plus forte de la contraction utérine. Duparcque raconte que pendant un accouchement laborieux la malade s'écria tout à coup : " vous m'arrachez..." et que ce cri fut aussitôt suivi de la descente de la tête dans l'excavation. Après la délivrance, il examina la femme et découvrit une déchirure au niveau de la commissure droite. La chute brusque de la partie fœtale longtemps retenue dans l'excavation par l'atréisie du col, ou toute autre cause, sera comme dans le cas de Duparcque un indice plus sûr. C'est assez souvent la terminaison des accouchements par le siège, lors du dégagement de la tête dernière. Nous possédons l'observation d'une déchirure qui se produisit ainsi pendant une version au moment de l'extraction de la tête. L'accouchement, qui traînait en longueur, se termina ensuite rapidement.

Mais le meilleur symptôme est, sans contredit, l'hémorrhagie. Tant que l'accouchement n'est pas terminé, l'écoulement sanguin est peu considérable, la partie fœtale, formant un véritable tampon qui comprime la déchirure et qui resserre les vaisseaux sanguins. Après la sortie de l'enfant, un flot de sang liquide et rouge apparaît aussitôt. Il sort par jets saccadés. C'est surtout à ce moment qu'il importe d'en reconnaître le siège. Pour cela on doit terminer l'accouchement le plus tôt possible, et faire, s'il le faut, la délivrance artificielle. Si l'hémorrhagie persiste, on palpera le ventre de la malade et l'on s'assurera que la matrice est dure et bien rétractée. Alors seulement on sera sûr que l'hémorrhagie ne vient pas du corps de l'utérus. Le toucher vaginal donnera ensuite des renseignements plus sûrs. Quand l'accoucheur est appelé auprès d'une femme nouvellement accouchée et perdant une grande quantité de sang, il est bon qu'il ait présents à l'esprit tous les moyens d'en reconnaître le siège. Une fois qu'il l'aura vu, il lui sera facile d'appliquer un traitement.

Une hémorrhagie d'origine cervicale peut être confondue avec celles provenant :

a) D'une rupture utérine ;

- b) D'une inertie utérine ;
- c) D'un décollement prématuré du placenta ;
- d) D'une rupture de veines variqueuses du col du vagin ;
- e) D'une déchirure du vagin, du périnée, de la vulve ou du clitoris.

Si elle se produisait pendant le travail elle pourrait provenir d'une rupture utérine. On sait que ces dernières intéressent surtout le segment inférieur de l'organe. Si l'enfant est déjà engagé, la perte de sang est à peu près nulle, l'épanchement étant interne et se faisant dans l'intérieur de la cavité péritonéale. Dans ce cas la malade ressent brusquement une douleur vive en même temps qu'elle a la sensation d'un déchirement qui s'opère. Des symptômes nerveux graves apparaissent ensuite.

S'il s'agissait d'un décollement prématuré du placenta, le sang qui coulerait serait coagulé et sortirait en caillots. On ne retrouverait plus ici cette belle couleur rouge et claire de l'hémorrhagie cervicale. Avec un placenta partiellement adhérent, on pourrait encore avoir une hémorrhagie, mais nous rentrons ici dans le domaine de l'inertie utérine, puisque cette adhérence partielle s'observe le plus souvent à la suite de contractions utérines trop faibles pour chasser entièrement l'arrière faix. La matrice paraît, au palper, molle, inerte et non contractée, quand il s'agit d'une véritable inertie utérine, un flot de sang fait irruption et si l'accoucheur n'intervenait pas promptement, une issue fatale serait beaucoup à redouter.

Quelquefois elle se combine avec une déchirure du col, quoique ce cas s'observe très rarement. C'est toujours par le toucher qu'on en ferait le diagnostic. Si la matrice était bien contractée et si l'écoulement de sang persistait, ce serait en dehors d'elle qu'il faudrait en rechercher les causes.

Les veines du col étant quelquefois variqueuses, leur rupture donnerait lieu à une hémorrhagie assez abondante. Dans ce cas on observe, au début du travail, comme dans la déchirure du col, un écoulement sanguin qui cesse ensuite quand la tête, une fois engagée, vient comprimer les vaisseaux et qui reparait ensuite après la sortie de l'enfant ; mais ici le sang n'est plus clair et rouge, il est franchement veineux, ce qui facilitera beaucoup le diagnostic.

De plus, si on appuyait sur la tumeur pendant qu'on pratique le toucher, on verrait que celle-ci diminue de volume et que son écoulement cesse momentanément.

Si les varices siégeaient dans le vagin, les phénomènes seraient les mêmes, et ce n'est que par le toucher et l'examen au spéculum que l'on découvrirait le véritable siège de la lésion. On apercevrait d'ailleurs, comme l'a indiqué M. Budin, en écartant les petites lèvres qu'il y a sur les parois du vagin des saillies violacées, plus ou moins nettes. Au toucher, ces petites tuméfactions

donnent, d'après lui, la sensation de bourrelets et de nodosités arrondies. En outre la position horizontale peut faire disparaître en partie ces varicosités et la position verticale les faire revenir aussitôt. Il en serait de même, si la femme était couchée, et faisait de violents efforts, leur tension augmenterait en même temps que leur gonflement.

Un bon signe de diagnostic serait aussi, d'après cet auteur, une large tache de sang, s'étendant sur l'épaule et le tronc de l'enfant.

Quant aux hémorrhagies résultant de la rupture d'un thrombus, c'est-à-dire, d'une tumeur sanguine infiltrée dans le tissu conjonctif, elles sont ordinairement précédées d'une douleur vive dans la partie qui en est le siège. Si le thrombus était sur le col, on aurait remarqué une tumeur non dépressible, assez résistante et d'une couleur franchement violacée. La rupture se ferait pendant l'accouchement et l'hémorrhagie qui en résulterait varierait comme abondance, selon le volume de la tumeur. En général, elle a lieu brusquement et ne présente pas d'autre caractère qu'un écoulement de sang noirâtre, liquide ou en caillots, s'accompagnant fréquemment de symptômes nerveux graves. Ces signes suffiront cependant pour la différencier d'une hémorrhagie cervicale.

La déchirure est elle vaginale, on en fait aisément le diagnostic par la vue seule. Pour cela il faut mettre la femme en position obstétricale et, après avoir écarté les grandes et les petites lèvres, constater le siège de la blessure, aidé d'une lumière s'il était nécessaire. Si elle était située plus profondément, on aurait recours au toucher. Mais pour cela il faudrait agir avec beaucoup de prudence et de douceur, car selon la remarque de Schröder, le toucher est très douloureux quand la muqueuse vaginale est le siège d'une déchirure. Au reste, l'hémorrhagie engendrée par une lésion semblable n'est jamais bien considérable et ne peut être comparée à celle de la déchirure cervicale profonde.

Quant à celles du périnée et du clitoris, elles donnent lieu à un écoulement de sang plus abondant, mais le diagnostic du siège de la plaie est ici d'une grande facilité. Un simple regard sur la blessure suffit pour s'en assurer.

Voici, en quelques mots, une règle générale qui peut servir de résumé à tout ce chapitre :

*“ Quand après un accouchement, il survient une hémorrhagie abondante, si l'utérus est dur et bien contracté, si le sang perdu est rouge et limpide et s'il n'y a pas de blessures externes, on peut être assuré que la véritable cause de cette hémorrhagie est une déchirure profonde d'origine cervicale.”*

— Une fois l'origine du sang reconnue, divers procédés peuvent être employés. Le plus répandu est le tamponnement, conseillé autrefois par Duparcque, et remis en honneur par M. Tarnier. Voici comment M. Cadiergues le décrit :



Pour faire un bon tamponnement, deux objets sont nécessaires : du coton hydrophile et un corps gras. Avec le coton, on fait une série de 60 ou 80 bourdonnets du volume d'une noix. Une fois achevés, on les relie l'un à l'autre au moyen du même fil en forme de queue de cerf-volant, ou on les attache isolément à des fils séparés.

Cette opération terminée, on les trempe dans une solution antiseptique de bichlorure de mercure à 1/1000, ou d'acide phénique à 1/50. Il est prudent de les laisser séjourner assez longtemps dans un pareil milieu. Au moment de les employer, on les exprime fortement et on les recouvre de cérat ou de vaseline phéniquée. La femme est placée en travers du lit, étendue sur le dos, les cuisses légèrement écartées et maintenues par deux aides. On vide la vessie de son contenu et on débarrasse le vagin des caillots qu'il peut renfermer à l'aide d'une injection antiseptique. Cela fait, l'accoucheur place une de ses mains ou simplement deux doigts dans la cavité vaginale, puis, à l'aide d'une pince, il pousse de l'autre les bourdonnets de coton qu'il porte jusqu'au siège de la déchirure. Il a soin de bien garnir les culs de sac du vagin, puis il le remplit entièrement et tassant fortement les bourdonnets.

Quand ces derniers sont de la grosseur d'une petite noix, il est indispensable d'en introduire une quarantaine. On applique ensuite sur la vulve des bandes de gaze iodoformée, recouvertes de plaques de coton hydrophile, le tout soigneusement maintenu par un bandage en T. Si l'on ne prenait toutes ces précautions, il pourrait se produire, sous l'influence de l'extrême distension vaginale, une issue des bourdonnets qui composent le tamponnement.

M. Tarnier conseille de ne pas laisser en place le tampon plus d'une demi-journée, sans quoi on s'exposerait à voir survenir des accidents de compression. Néanmoins il arrive parfois qu'on est obligé d'enlever prématurément le tampon s'il existe une douleur trop vive, ou une température trop élevée. On se trouvera alors en présence de cette alternative. L'hémorrhagie a cessé, et il suffira de tenir la malade en observation, dans la crainte de la voir se reproduire, ou bien l'écoulement n'est pas tari et il sera nécessaire de procéder à un second tamponnement. Pendant les moments de repos, laissés à la malade, il faudra soutenir ses forces à l'aide de boissons alcoolisées, pratiquer des injections sous-cutanées d'éther et entretenir autour d'elle une chaleur continue.

M. Cadiergues indique encore la méthode de Duhr-en, qui consiste à tamponner tout le cooduit utéro-vaginal, puis l'emploi des injections chaudes qui suffisent dans quelques cas à arrêter le sang, puis le procédé de Breisky, qui est fort peu connu en France, quoique certains accoucheurs, tels que les docteurs Doléris et Fraïsse, l'aient quelquefois employé et s'en soient très bien trouvés. Voici, d'après ce dernier, comment il convient de procéder. "La source de l'hémorrhagie étant reconnue ou soupçonnée, on

introduit dans le cul-de-sac vaginal les derniers doigts de la main dirigée en haut. Tandis que les doigts soulèvent la lèvre inférieure du col et la poussent fortement vers la symphyse, c'est à dire contre la lèvre supérieure, l'autre main, restée extérieure, saisit le globe utérin et l'infléchit en sens inverse, de manière à produire une antéflexion et un tassement forcé du corps sur le col. Par le fait de cette action combinée, les surfaces dénudées, créées par le traumatisme, sont remises en contact et subissent une pression extérieure, qui assure l'hémostase par rapprochement énergique des points désunis." On maintient cette coaptation pendant 5, 6 jusqu'à 10 minutes. Retirant ensuite les mains avec précaution, on s'aperçoit qu'il ne vient plus de sang.

Néanmoins, le meilleur procédé dans cet ordre d'idées est encore la suture immédiate des lèvres de la déchirure. Son seul inconvénient est de nécessiter un outillage assez compliqué et une connaissance approfondie de ce *genre d'opération*.

---

## PÉDIATRIE.

---

**Fausse paraplégie et troubles musculaires d'origine histérique chez les jeunes garçons.**—Clinique de M. JULES SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—La fréquence des affections nerveuses devient même chez les enfants de plus en plus grande. Chaque semaine, vous savez quel nombre d'enfants atteints de ces affections se présente à notre consultation du samedi. En ce moment même, nous avons dans notre salle—qui cependant est une salle de garçons—quatre cas de paralysies infantiles, deux cas d'ataxie héréditaire, un cas d'hystérie avec impotence musculaire des membres inférieurs. C'est ce dernier cas que je désirerais rapprocher des cas précédents, rapprocher aussi de cas analogues que nous avons observés ensemble et de quelques faits empruntés à la clientèle de ville. En effet, les accidents de ce genre deviennent de moins en moins rares; ils sont pour le diagnostic et le pronostic singulièrement embarrassants.

Vous avez vu ce matin au n° 37 de notre salle ce jeune garçon de neuf ans et demi entré depuis six jours seulement. Depuis quinze jours il ne peut, paraît-il, marcher, ni se tenir debout. Le voici devant vous et vous constatez que c'est à peine si cet enfant soutenu par deux personnes sous les bras peut se tenir debout. Cependant il n'a ni fièvre, ni lésion vertébrale, ni atrophie musculaire. Je le fais coucher et j'essaye de fléchir ses genoux pendant qu'il résiste. Vous voyez que ses muscles sont vigoureux et même très vigoureux. Vous voyez de plus qu'une fois couché il

remue parfaitement en tous sens ses membres inférieurs. Tout ce que nous constatons sur lui d'anormal, c'est une hyperesthésie cutanée extrême; le moindre frôlement détermine des soubresauts. Une zone d'hyperesthésie se trouve aussi dans le dos du côté gauche. Mais cette sensibilité au moindre attouchement ne saurait être confondue avec la douleur à la pression du mal de Pott. Les mouvements de flexion et d'extension du rachis sont d'ailleurs entièrement conservés. On note encore de l'exagération des réflexes; mais vous voyez que les phénomènes constatés sont en disproportion complète avec l'intensité de l'impotence fonctionnelle.

Il y a quelques mois, je voyais dans mon cabinet un fait du même genre. Un jeune garçon de douze ans m'était amené ou plutôt apporté par ses parents, car depuis six semaines il ne marchait plus. L'affection paraissait avoir débuté par une douleur assez violente des genoux obligeant l'enfant à s'échir la jambe et à garder le repos au lit. Pendant qu'il était au lit il aurait eu une violente émotion, car une personne qui vint le voir déclara devant lui: "Mais c'est un enfant estropié, il restera boiteux toute sa vie." Il devint très pâle, fondit en larmes. Deux jours après la douleur avait disparu: l'enfant remuait bien les jambes dans son lit; mais, voulait-on le mettre sur ses pieds, il ne pouvait se tenir debout. Chez lui, comme chez le malade précédent, cette impossibilité absolue de la marche et de la station contrastait avec l'absence de toute atrophie et la conservation de la force musculaire. Cet enfant était nerveux, émotif, d'une intelligence assez vive, mais capricieuse, mal réglée; il répondait un peu à tort et à travers aux questions et semblait inventer beaucoup. Les parents eux-mêmes étaient certainement névropathiques. Je prescrivis un traitement banal, mais en affirmant qu'au bout de quinze jours, jour pour jour, la guérison surviendrait brusque et complète. Voici un extrait de la lettre que je reçus peu après l'époque fixée. "Nous avons la grande joie de vous annoncer qu'hier matin le phénomène prévu par vous s'est réalisé. L'enfant s'est redressé sur ses jambes, presque subitement, alors que la veille il marchait encore à quatre pattes, puis, après quelques instants de roideur, il s'est mis à marcher, gambader, courir fort de joie et aujourd'hui il ne semble jamais avoir été arrêté." *Naturam morborum ostendunt curationes.*

Le troisième fait est plus curieux encore. Plusieurs d'entre vous se souviennent sans doute de ce grand garçon de douze ans, qu'on nous amena l'an dernier revenant de Bærek. Parti à cet hôpital maritime pour un peu d'anémie, une légère adénite cervicale, il en revenait marchant à peine, se traînant péniblement sur deux béquilles. Là bas il avait eu, paraît-il, des douleurs de hanche et on l'avait immobilisé assez longtemps. La mère était nerveuse, le père alcoolique; l'enfant lui-même était irritable,

versatile, capricieux. A côté de l'impotence fonctionnelle presque complète, il n'y avait ni atrophie, ni paralysie réelle, ni véritable raideur de l'articulation coxo fémorale. Je donnai l'ordre impérieux de le faire rentrer à pied chez lui, portant ses béquilles sous les bras, lui promettant la guérison. Il fit paisiblement ses deux kilomètres. Depuis il marche bien, mais reste assez détraqué cérébralement. Dans ce cas, je crois, on doit invoquer comme cause l'influence défavorable que la mer exerce sur les nerveux et l'émotion, l'imitation qui peuvent être produites dans cet hôpital par la présence d'infirmes et en particulier de coxalgiques.

Jusqu'ici les troubles fonctionnels ont porté sur les membres inférieurs. Voici deux cas où ils portaient sur les membres supérieurs ou plutôt sur l'un des membres supérieurs. Nous avons eu dans la salle un enfant de neuf ans qui sentait des sortes de crises hémichoréiques du bras. Le bras droit, plusieurs fois par jour, plusieurs fois même dans la nuit, était agité d'un mouvement de moulinet désordonné. L'enfant finissait par l'arrêter en fixant en quelque sorte le bras derrière son dos. Au bout d'une quinzaine de jours ce jeune garçon, dont le traitement n'avait rien présenté de spécial, éprouva ou dit éprouver une douleur violente, atroce dans l'épaule. De ce jour les mouvements cessèrent et il fut guéri... Par une de ces rencontres singulières que la clinique présente souvent, un autre enfant de sept ans, offrant les mêmes mouvements de moulinet mais du bras gauche était entré dans la salle peu avant la guérison du premier. Il va sans dire qu'il avait été atteint plusieurs jours avant l'entrée dans le service; il n'y avait donc nullement contagion par imitation. Mais il me parut intéressant de chercher la guérison par imitation. Je recommandai au malade de neuf ans d'expliquer à son jeune camarade la façon dont il avait été guéri. Il le lui expliqua avec cette imagination qu'ont les jeunes hystériques et le chapitra, non sans autorité. Le résultat fut immédiat; les grands mouvements de moulinet cessèrent. Il resta toutefois un très léger tremblement partiel.

J'ai vu en province un enfant de douze ans et demi chez qui les deux bras étaient touchés. Le bras gauche n'offrait que du tremblement, mais le bras droit présentait un tic des plus violents et des plus curieux. Vingt, trente fois dans le jour l'enfant se frappait la poitrine de la main droite, faisant un "*mea culpa*" qui durait tantôt quelques minutes, tantôt une heure ou deux. Au moment où l'accès commençait l'enfant accusait une céphalée violente. Cette céphalée disparaissait pendant la durée de l'accès, reprenait en coups violents, sitôt l'accès terminé. Parfois c'était l'estomac, parfois c'était la poitrine qui étaient le siège de la douleur. Parfois c'était la poitrine qui étaient le siège de la douleur. Parfois la tête, l'estomac, la poitrine étaient atteints simultanément au début et à la fin de la crise. L'enfant élevé dans un

milieu très nerveux avait des cauchemars fréquents, parfois même des crises de somnambulisme. Cet état se prolongea trois mois, puis le bras gauche se prit à son tour et je fus appelé. Le traitement par les antispasmodiques amena quelque soulagement surtout relativement à la durée des crises. Puis un beau jour la guérison survint brusque, complète, inattendue. Il va sans dire que l'enfant resta bizarre et nerveux.

Dans un autre cas le tic fonctionnel portait à la fois sur les membres supérieurs et les membres inférieurs. Plusieurs fois par jour l'enfant se levait comme mû par un ressort, faisant, en sautant et en agitant les bras, le tour de la pièce, puis s'arrêtait non moins brusquement en poussant un grand soupir. Lui aussi finit par guérir d'une façon plus lente, mais l'intelligence restait profondément touchée, beaucoup plus touchée que chez les autres enfants.

Voilà donc, très résumées et bien écourtées, sept observations où des troubles musculaires de formes diverses : impotence fonctionnelle, contractions, crises spasmodiques, se sont terminés subitement et d'une façon presque miraculeuse après avoir duré des semaines et des mois. Tous ces cas ont été observés chez de jeunes garçons. *Toute abrégée qu'ait été forcément leur histoire, elle nous permettra néanmoins de tracer chez ceux-ci le tableau d'ensemble des troubles musculaires d'origine hystérique.*

Tout d'abord ces troubles dans les sept observations se sont développés sur un terrain nerveux. Ils ont été préparés par un état cérébral antérieur. En questionnant les parents on apprend que les enfants étaient depuis quelque temps plus agités, plus inquiets, plus capricieux au moment où la crise a éclaté. Ces accidents nerveux de toute espèce : céphalée, grimaces, insomnie, cauchemars, incontinence nocturne, pleurs et rires sans motif ont constitué ce qu'on pourrait appeler la période prodromique. Ajoutons que les enfants atteints vivaient tous dans un milieu agité, tourmenté et que les parents dans presque tous les cas étaient eux-mêmes alcooliques ou neurasthéniques.

Le début des attaques pseudo-paralytiques, le début des crises spasmodiques a été presque toujours marqué par une sorte d'aura douloureuse : douleur violente et parfois tonace du membre atteint, douleur à distance, oppression, strangulation, céphalée, gastralgie. Dans quelques cas une émotion morale vive a paru avoir un rôle occasionnel.

Les mêmes phénomènes, qui ont marqué le début, se retrouvent souvent à la fin de l'affection. Ce sont des douleurs prétendues violentes, douleurs tantôt au point atteint, tantôt à distance, qui ont plusieurs fois précédé et annoncé la guérison.

Les troubles musculaires eux-mêmes peuvent se diviser en deux grands groupes : 1° les pseudo-paralysies; 2° les tics convulsifs. A propos des pseudo-paralysies je vous ai montré le con-

traste entre l'impotence fonctionnelle et la conservation de la vigueur musculaire, l'absence d'atrophie musculaire, de troubles trophiques. Pour les distinguer des faits d'ataxie héréditaire, il faut ajouter à ces données un autre élément. La paralysie ne s'accompagne pas d'incoordination des mouvements. Voici deux petits malades atteints de maladie de Friedreich. Je les fais marcher devant vous. Vous voyez que leur marche titubante, désordonnée, diffère de la simple impossibilité de marcher du petit hystérique. Vous voyez qu'une fois couchés les mouvements de leurs jambes sont vigoureux, comme chez l'hystérique, mais sont de plus mal coordonnés. Vous voyez quelle veine ils ont à les exécuter au commandement. Quand aux troubles convulsifs, leur diversité est telle qu'il faudrait vous refaire la description spéciale: mouvement de moulin et, mouvement de "*meâ culpa*," courses impulsives, donnée dans chaque observation.

Les troubles intellectuels ont une importance spéciale. L'étude de ces troubles difficile et incomplète chez nos malades de l'hôpital peut surtout être faite chez les malades de la ville. Chemin faisant, je vous ai dit quelques mots de ces bizarreries, de cette imagination déréglée et mensongère, de ce besoin de comédie, de ces chagrins et de ces larmes sans motifs, observés chez quelques-uns des jeunes garçons dont je vous ai résumé l'histoire. Tantôt ce sera le sens moral, tantôt ce sera la volonté qui seront particulièrement atteints. Dans les troubles qui frapperont ces diverses facultés, vous remonterez tous les degrés, les plus légers comme les plus graves.

J'ai choisi surtout, afin que leur évidence fût plus complète, des cas terminés par guérison brusque. Mais il n'est pas rare de voir, en même temps que ce sont les troubles musculaires, des troubles d'ordre différent survenir et les remplacer. La paralysie ou le tic ont bien disparu, mais l'enfant se plaint de migraines atroces, de photophobie, de vomissements qui font redouter une méningite. L'amblyopie n'est pas rare. La polyurie, l'incontinence nocturne d'urine sont très fréquentes. Les troubles mentaux: désespoirs, affections excessives, haines sans motif, jalousie, peuvent ainsi remplacer comme par un véritable transfert les troubles des muscles. Le fond hystérique persiste, en effet, et il semble souvent que les manifestations de l'hystérie ne cèdent sur un point que pour éclater plus violentes sur un autre.

Il est dans ces conditions bien difficile de vous parler de la durée. Vous l'avez vu par nos observations, la durée des troubles musculaires peut varier de quelques jours à plusieurs mois. Quand ces troubles cèdent, il ne faut pas trop se hâter de parler de guérison. D'autres phénomènes nerveux peuvent apparaître et les rechutes sont toujours à craindre. Cette possibilité des rechutes est fort importante à connaître au point de vue du traitement et surtout du traitement hygiénique après la guérison.

Tantôt ces rechutes seront identiquement semblables à l'affection primitive, tantôt elles atteindront d'autres muscles ou présenteront des différences notables d'évolution, de caractère, d'intensité.

Vous concevez donc combien le pronostic est difficile à préciser. Le pronostic est fâcheux en général par la tare nerveuse qu'il indique. Prises en particulier, les manifestations musculaires de l'hystérie sont d'un pronostic relativement favorable; elles appartiennent à l'hystérie de surface et non à la grande hystérie. Le pronostic dans les rechutes est toujours beaucoup plus sérieux.

Le diagnostic est embarrassant et complexe, et cependant je ne vous en dirai que quelques mots, car l'hystérie est une névrose si protéiforme, si variable, qu'il est impossible de formuler des règles différentielles applicables à tous les cas en particulier. C'est par les symptômes qui manquent plus que par ceux qui existent que vous arriverez à éliminer les affections autres que l'hystérie. Dans les paralysies d'origine cérébrale dues à l'hydrocéphalie, à la tuberculose, à la sclérose, à la méningite, vous avez le faciès spécial, les autres manifestations cérébrales, les convulsions, la localisation des paralysies qui sont rarement monoplégiques, enfin et surtout la paralysie réelle proportionnée à l'impotence fonctionnelle. Dans la paralysie diphtéritique vous avez les commémoratifs; le voile du palais est presque toujours atteint. Dans les parésies des convalescents vous avez encore les commémoratifs, la parésie est réelle, existe aussi bien l'enfant couché que debout. Le mal de Pott, auquel il faut songer spécialement, a ses manifestations rachidiennes; douleur à la pression, raideur de la colonne vertébrale, gêne des grands mouvements d'extension et de flexion et la gibbosité est plus ou moins accentuée. De plus, la paralysie est réelle, elle persiste l'enfant au lit. L'affection a éclaté tout d'un coup chez un enfant en bas âge, à une période de développement où l'hystérie ne saurait être invoquée, la série des localisations de plus en plus limitées à un membre, à un groupe de muscles; vous avez enfin l'atrophie, la paralysie des capillaires et le refroidissement. Dans la maladie de Friedreich vous avez, outre les antécédents héréditaires, l'incoordination motrice. Restent enfin les paralysies et les contractures d'origine périarticulaire, mais un examen attentif vous fera découvrir les symptômes d'arthrite, la localisation articulaire, les attitudes et déformations caractéristiques. La chorée enfin se distinguera plus spécialement des différents types par le caractère des mouvements qui sont en zig-zag, involontaires et sans but.

Je vous ai cité déjà les principaux facteurs qui interviennent dans l'étiologie. Il faut vous les rappeler encore, car leur connaissance constitue une grande partie de la thérapeutique. C'est avant tout l'hérédité nerveuse ou alcoolique. C'est aussi, élément plus intéressant, car vous avez sur lui plus de prise, le milieu nerveux. Vous connaissez ces familles à l'existence agitée, surmenée,

aux discussions et aux émotions perpétuelles. Elles sont fréquentes dans les grandes villes. Mais elles se rencontrent également en province, à la campagne, dans les conditions en apparence les plus favorables à la parfaite tranquillité. Issu de cette souche nerveuse, élevé dans ce milieu névropathique, l'enfant devient fatalement nerveux à son tour. Il suffit alors d'une émotion, d'une contrariété, d'un coup, d'une douleur pour servir de cause occasionnelle aux affections que je vous ai décrites. Il est plus rare de voir intervenir une indisposition, un trouble digestif, une affection aiguë.

Ces notions étiologiques vous permettent de comprendre que, dans les cas tenaces et graves, l'isolerment loin de la famille sera souvent le moyen héroïque. Si l'isolement complet est impossible, il faut tout au moins que l'enfant ait une existence à part : heures de sommeil, heures de durée des repas, distractions en rapport avec son âge. On ne doit pas s'entretenir devant lui de sujets pénibles, émouvants. On lui défendra les lectures trop prolongées, trop tragiques. On lui interdira les sorties mondaines, le cirque, le théâtre. Il vivra dans une pièce bien aérée, sans parfums, sans odeurs. Je vous ai souvent cité ce fait de convulsions graves dues à des émanations de térébenthine qui pénétraient dans la chambre d'un jeune enfant.

L'hydrothérapie paraît tout indiquée. Cependant, les douches froides, les ablutions froides sont, en raison de l'extrême hyperesthésie cutanée, plus nuisibles qu'utiles. Seules les affusions tièdes sont bien supportées et pourront rendre service. De même, les bains de mer, le simple séjour au bord de la mer donnent en général les plus funestes résultats. Les bains sulfureux, les simples bains salés peuvent être eux-mêmes mal tolérés.

Comme médicaments internes, le bromure réussit peu; la valériane est de beaucoup préférable. La décoction de 10 à 12 gr. de racine concassée de valériane dans une telle quantité d'eau, qu'il en reste environ un demi-verre après une heure d'ébullition, est très utile donnée chaque soir en lavement. À l'intérieur, vous donnerez une cuillerée à dessert de la solution de valérianate d'ammoniaque dans du tilleul, le matin à 10 h., l'après-midi vers 4 heures. De temps à autre, il faudra suspendre l'emploi de ce médicament. Les sels de zinc ont été très vantés; les pilules de Méglin, où ils sont associés à la valériane, constituent un des meilleurs modes d'administration.

Alors même que les douleurs sont internes, vous devez éviter l'emploi de l'opium qui produirait de la dyspepsie et de la constipation. Tout au plus, en cas de douleurs résistant à la révulsion par la teinture d'iode, les cataplasmes sinapisés, les pointes de feu, pourriez-vous faire une injection sous-cutanée d'un quart de centigramme de morphine. En cas de viscéralgies, la belladone et la jusquiame (par pilules renfermant chacune un centigramme d'ex-



trait de belladone, un centigramme d'extrait de jusquiame), les lavements de camphre constitueront les meilleurs calmants.

Quelle que soit l'anémie, vous devez vous défier des préparations ferrugineuses. J'ai vu le sirop d'iodure de fer lui même mal toléré par les nerveux. Mais vous pouvez donner l'arsenic, le phosphate de chaux, et, l'hiver, si la tolérance de l'estomac le permet, l'huile de foie de morue.

La strychnine paraît parfois indiquée contre les troubles parétiques. En général, elle aussi est très mal supportée. Exception doit être faite pour la teinture de Baumé qui, donnée à faibles doses, réussit bien dans certains cas d'anorexie absolue.

Est-il nécessaire de vous dire que, quel que soit le médicament choisi, vous devrez montrer une entière confiance dans ses bons effets, affirmer avec énergie les résultats qu'il doit donner. Il y a là une suggestion indirecte dont les effets n'ont pas moins de valeur que les effets du médicament.

Enfin, le traitement thermal réussira parfois là où tout a échoué. Il est surtout une source, la source de Salut, à Bagnères-de-Bigorre, dont les effets sédatifs sont vraiment remarquables. Ces effets s'expliquent mal par la composition chimique. L'eau est peu minéralisée, onctueuse à la peau. Mais les résultats ne restent pas moins réels et les améliorations sont parfois extraordinaires. Elles portent non-seulement sur la manifestation locale, mais sur le fond même de l'hystérie.—*Progrès médical.*

**Un cas de paralysie générale chez un enfant de 13 ans** (BRISTOWE in *British Medical Journal*).—Les cas de paralysie générale chez les enfants sont rares. M. Bristowe publie une très intéressante observation de ce genre. Il s'agit d'un garçon de 13 ans, admis à l'hôpital le 3 octobre 1892. Trois ans auparavant il avait été heurté et renversé par un cheval; le timon de la voiture avait frappé la partie postérieure de la tête. Etourdi par ce coup, l'enfant resta sans connaissance pendant trois heures. Après l'accident, l'enfant, autrefois très intelligent, ne fut plus le même. Il fut incapable de travailler, d'apprendre ses leçons. Quatorze mois avant son admission à l'hôpital, l'enfant avait eu une attaque convulsive avec perte de la motilité à gauche. L'état de paralysie persista sans grande modification; mais les fonctions cérébrales se troublèrent de plus en plus, le caractère devint violent. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'enfant était très faible sur ses jambes, il tombait quand il se promenait dans la salle. La pupille gauche était plus dilatée que la droite; les réflexes rotuliens étaient exagérés, tremblement de la langue, hésitation de la parole. Depuis, les phénomènes ont été en s'accroissant et aujourd'hui, l'enfant qui vit est un gâteux. Il a une existence toute végétative. Il est incapable de se remuer, on est obligé de le garder au lit. La perte de l'intelligence est absolue.

## FORMULAIRE.

**Coryza.**—*Grellety.*

P.—Betol.....	2½ drachmes
Menthol.....	15 grains
Muriate de cocaïne.....	9 “
Poudre de café torréfié.....	1½ drachme

Mélez et inhaler par le nez.—*Semaine médicale.*

**Ulcère gastrique.**—*Stepp.*

P.—Sous-nitrate de bismuth.....	1½ drachme
Chloroforme.....	½ “ fl.
Eau.....	10 onces fl.

M.—*Dose*: Une cuillerée a table de trois à six fois par jour.—*Wiener. Med. Presse.*

**Uréthrite aigue.**—*Horwitz.*

P.—Poudre de cubèbe.....	5 grains
Copahu.....	10 “
Salol.....	10 “
Pepsine.....	1 grain

M.—Pour une capsule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Chaneroides.**—*Horwitz.*

P.—Onguent de nitrate de mercure.....	1 drachme
Pommade à l'iodoforme.....	2 drachmes
Pommade d'oxyde de zinc.....	½ once

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

**Colique chez les enfants.**—*Hare.*

P.—Chloral.....	8 grains
Bromure de sodium.....	16 “
Sirop de lactucarium.....	½ once fl.
Eau.....	q. s. pour f. 1 “

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé, pas plus souvent que toutes les 4 heures durant la nuit.—*College and Clinical Record.*

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur:* - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, FÉVRIER 1894.

## BULLETIN.

**Modifications faites aux règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec à l'Assemblée du Bureau des gouverneurs, en septembre 1893, et sanctionnées par le Lieutenant-Gouverneur en conseil, le 4 janvier 1894.**

M. le docteur BROUSSEAU, secrétaire pour Montréal, du Bureau provincial de médecine, a communiqué à la presse médicale et aux Facultés de médecine les résolutions adoptées par le bureau provincial le 27 septembre 1893 et sanctionnées par le Lieutenant-Gouverneur en conseil le 4 janvier 1894.

Voici le texte de ces résolutions; proposées par le Dr Beausoleil, Bégistrare du Collège, appuyé par le Dr. A. Dagenais, trésorier.

Résolu: 1o L'honoraire du certificat d'admission à l'étude sera à l'avenir de vingt (\$20.00) dollars au lieu de dix (\$10.00) dollars;

2o L'honoraire de la licence provinciale sera de (\$40.00) dollars au lieu de (\$20.00) dollars;

2a Les assemblées régulières et fixes du Bureau des Gouverneurs se tiendront le premier mercredi de juillet, et le dernier mercredi de septembre de chaque année; les assemblées de juillet dans la ville de Montréal, et celles de septembre dans la ville de Québec.

3o Les matières suivantes feront partie du programme de l'examen d'admission à l'étude de la médecine: la Botanique, la Chimie, la Physique élémentaire et la Philosophie intellectuelle;

4o Le cours d'études médicales sera modifié de la manière suivante:

1. Histologie normale ;
2. Anatomie descriptive ;
3. Anatomie pratique ;
4. Physiologie générale et spéciale ;
5. Hygiène ;
6. Pathologie générale ;
7. Chimie médicale, théorique et pratique ;
8. Pathologie interne ;
9. Pathologie externe ;
10. Matière médicale et thérapeutique générale, pharmacie pratique ;
11. Obstétrique et pathologie de la première enfance ;
12. Avoir assisté à pas moins de douze accouchements dans une maternité, et avoir suivi un cours de clinique d'obstétrique de quarante-huit leçons ou deux cours de vingt-quatre leçons ;
13. Clinique médicale et clinique chirurgicale, trois cours de huit mois, ou quatre cours de six mois, dans un hôpital contenant au moins cinquante lits, pour chacune de ces matières ;
14. Médecine légale et toxicologie ;
15. Exercices à la Morgue ;
16. Maladies mentales et nerveuses ;
17. Maladies des enfants ou pédiatrie ;
18. Gynécologie ;
19. Histologie pathologique et bactériologie ;
20. Médecine opératoire et petite chirurgie ;
21. Histoire de la médecine et déontologie médicale ;
22. Ophthalmologie et otologie ;
23. Rhinologie et laryngologie.

L'examen professionnel fait par les facultés et le Bureau sera conforme au programme ci-dessus.

50 Au lieu de deux assesseurs près les facultés de médecine, le Bureau ne nommera pas moins de deux et pas plus de six assesseurs pour chaque faculté ;

A l'avenir le Bureau ne fournira d'assesseurs que pour l'examen annuel de chaque faculté.

Dans le cas où une faculté voudra se prévaloir des services des assesseurs pour un examen supplémentaire, elle devra en donner avis trente jours au secrétaire de la section à laquelle il appartient et verser le montant des honoraires des dits assesseurs ;

Les assesseurs auront droit au remboursement de leurs frais de voyage, et de plus à un honoraire de dix (\$10.00) dollars pour chaque jour qu'ils seront détenus par leurs devoirs ;

60 Il sera du devoir des assesseurs d'assister aux examens de chaque élève. Avant de procéder à l'audition d'un examen, l'assesseur entrera dans un livre *ad hoc* les noms et prénoms de chaque candidat, la date de son certificat d'admission à l'étude, le titre de chaque matière pour laquelle il a un certificat d'assiduité, il notera

par écrit ses observations de manière à motiver son rapport. Les notes des assesseurs seront la propriété du Bureau médical;

7o L'assesseur n'entendra que l'examen des candidats qui auront rempli les conditions suivantes: Pour l'examen primaire, avoir un brevet d'admission à l'étude depuis pas moins de deux sessions universitaires dans une Faculté de médecine reconnue en cette province, conformément aux règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec. L'examen primaire portera sur l'histologie normale, l'anatomie descriptive et pratique, la physiologie générale et spéciale, l'hygiène, la pathologie générale, la chimie médicale théorique et pratique.

Tout candidat ayant échoué sur l'anatomie ou sur la physiologie sera tenu de reprendre l'épreuve entière.

8o L'examen final comprendra la pathologie interne et externe, la matière médicale, la pharmacie pratique et la thérapeutique générale, l'obstétrique et pathologie de la première enfance, la médecine légale et la toxicologie.

Aucun candidat ne pourra être admis à l'examen final, à moins d'avoir subi son examen primaire à la satisfaction des assesseurs du Bureau provincial de médecine.

9o Les matières suivantes d'enseignement spécial devront faire partie du questionnaire de l'examen de pratique: les maladies mentales et nerveuses, les maladies des enfants, l'histologie pathologique, la bactériologie, la gynécologie, la médecine opératoire et petite chirurgie, l'ophtalmologie, la rhinologie, l'otologie, la laryngologie.

Aucun candidat n'aura droit de subir cet examen final devant les assesseurs à moins d'avoir étudié dans une université pendant pas moins de quatre sessions à partir de la date du brevet d'admission à l'étude; enfin de s'être en tous points conformé aux statuts, règles et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

10o En donnant avis de la date de leur examen annuel, les facultés feront aussi parvenir au secrétaire de la section à laquelle il appartient les noms des candidats aux examens tant primaire que final.

11o Les assesseurs ne se rendront auprès des facultés que lorsque celles-ci seront prêtes à faire passer consécutivement tous les élèves qui se seront entièrement conformés aux exigences des statuts et règlements du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Ces résolutions, nous écrit M. le Secrétaire pour Montréal, sont maintenant en force. Cependant, pour cette année, vu que les cours étaient commencés lorsque les amendements ont été sanctionnés, le programme des cours et des examens resteront comme ci devant, et cela par ordre du Président du Bureau.

A notre avis, il n'est que juste qu'il en soit ainsi, et M. le Président, en décidant, comme il l'a fait, que le programme des cours et des examens resteront pour cette année comme ci-devant, a droit aux remerciements des professeurs et surtout des élèves en médecine non prévenus des changements précités au commencement de l'année universitaire. Mais il est également juste d'ajouter que cette suspension des nouveaux réglemens prendra fin avec l'année l'année scolaire et que les résolutions sanctionnées par le Lieutenant Gouverneur en Conseil prendront effet et seront en force à dater du premier mercredi de juillet 1894.

Nous nous proposons de commenter ces résolutions dans notre livraison de mars.

### A travers la Thérapeutique.

Dans le *Bulletin général de thérapeutique* du 15 janvier 1894, M. le Docteur Dujardin-Beaumetz, rédacteur en chef, fait un examen critique du traitement du rhumatisme articulaire aigu franc.

Après avoir passé en revue les anciennes méthodes de traitement : saignée, sulfate de quinine et discuté le fait de l'existence d'un agent pathogène dans le rhumatisme aigu, il conclut en définitive que le rhumatisme est une maladie essentiellement infectieuse, et que si l'on n'a pu isoler l'agent pathogène, cela ne prouve rien attendu que dans "toutes les fièvres éruptives, la variolo à leur tête, qui sont les types les plus accomplis des maladies infectieuses et contagieuses la bactériologie s'est montrée impuissante à isoler l'agent pathogène."

Ceci étant établi. Beaumetz se prononce et avec raison en faveur d'une médication spécifique du rhumatisme articulaire aigu par le *salicylate de soude*.

La salicine, proposée par MacLagan a été abandonnée ainsi que l'acide salicylique, trop irritant pour l'estomac. Au reste, dans le sang, l'acide salicylique se transformant en salicylate de soude, il vaut mieux administrer le salicylate qui n'a pas l'inconvénient d'irriter les voies digestives.

La plupart des médecins des hôpitaux de Paris semblent unanimes à prescrire le salicylate de soude et à l'administrer à l'état de solution, en fractionnant autant que possible les doses. Ces doses étant proportionnées à l'intensité même du rhumatisme et à sa résistance à la médication.

Pour M. Beaumetz, la dose minimum — par jour — est de 4 grammes (60 grains) et qu'on peut même l'élever à 8 ou 10

grammes (120 à 150 grains) dans les vingt-quatre heures. Il se sert de la solution suivante :

Salicylate de soude.....	.....	15 grammes (225 grains)
Eau.....	.....	225 " (8 onces)

et en donne de 4 à 8 cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures, chaque cuillerée étant versée dans de l'eau sucrée additionnée d'une faible quantité d'eau-de-vie ou de rhum.

M. Dujardin Beaumetz est d'avis que même quand le rhumatisme est disparu il est bon de continuer l'administration du médicament pendant une dizaine de jours et quelquefois pendant trois semaines à la dose faible de 2 à 4 grammes (30 à 60 grains) par jour.

"Lorsqu'on cesse, en effet, trop brusquement la médication, on voit des rechutes se produire. C'est là une règle presque absolue, et ces rechutes résistent plus à la médication salicylée que la première attaque."

M. Beaumetz croit que le salicylate de soude ne juggle pas le rhumatisme. Nous partageons entièrement cette manière de voir. Nous ne croyons pas cependant que la médication salicylée empêche la plupart du temps les complications rhumatismales : la péricardite et surtout l'endocardite. L'auteur répond affirmativement à la question de savoir si cette médication guérit tous les cas de rhumatisme articulaire aigu. Pour lui cela arrive dans l'immense majorité des cas. Comme lui, nous avons observé des cas de rhumatisme aigu franc où la médication salicylée a franchement manqué son effet.

Stackler, à l'hôpital Necker, a suggéré l'emploi de l'*asaprol* dans le rhumatisme poly articulaire aigu. L'*asaprol* abaisse la température et calme les douleurs. La dose est de 15 à 60 grains par jour (1 à 4 grammes).

D'après M. Dujardin-Beaumetz l'*asaprol* s'est montré égal, sinon supérieur au salicylate par la rapidité avec laquelle on a obtenu l'amélioration, puis la guérison des rhumatisants. Il ajoute que l'*asaprol* n'a déterminé aucun accident, même chez les malades albuminuriques; que jamais il n'a provoqué chez eux de bourdonnements d'oreilles, (comme le fait très souvent le salicylate de soude à hautes doses) ni de phénomènes d'intolérance.

D'après la *statistique* de M. Dujardin-Beaumetz, sur 36 cas de rhumatisme articulaire aigu, traités par l'*asaprol*, et divisés en 15 cas de rhumatisme aigu et 21 cas de rhumatisme subaigu voici la proportion des guérisons :

Sur les 15 premiers cas de rhumatisme aigu : Amélioration considérable de 12 heures à 7 jours, et guérison après 1 jour à 1 jour et demi jusqu'à 10 jours du traitement.

Quant au 21 cas de rhumatisme subaigu, il y a eu amélioration

considérable au bout de 12 heures à 4 jours et demi, et guérison au bout de 36 heures à 7 jours.

\* \* \*

HARE, de Philadelphie, est d'avis que le *chanvre indien* est souvent très utile dans les cas de *migraine*. Pour lui le chanvre indien est également utile pour calmer la *toux des phthisiques*, ayant, sur l'opium, l'avantage de ne pas déprimer le système.

HARE dit encore que l'*acide camphorique* est le meilleur agent dans les cas de *sueurs nocturnes* des phthisiques. La dose doit être de 20 à 30 grains administrés deux ou trois heures avant le retour présumé des sueurs.

Hare conseille aussi fortement l'emploi de l'*oxalate de strychnine* seul ou combiné au bismuth dans le traitement des vomissements incoercibles, surtout quand ces vomissements sont dus à l'hyperacidité des liquides gastriques ou à l'irritation de la muqueuse de l'estomac. À propos de vomissement, il préconise aussi la combinaison du bismuth, à dose de 15 à 20 grains, à l'acide carbonique: 1 à 2 grains administrés toutes les heures ou toutes les deux heures, dans les cas où le vomissement est de nature réflexe.

Appliquée localement, la belladone sera très efficace dans les cas de névrite localisée (HARE).

\* \* \*

Nous désirons mettre sous les yeux de nos lecteurs, la méthode recommandée naguère par GOSSELIN dans l'administration du chloroforme au cours des opérations chirurgicales. Il procédait comme suit:

6 inhalations de chloroforme puis 7 d'air pur;

7 inhalations de chloroforme puis 2 d'air pur;

8 inhalations de chloroforme puis 2 d'air pur, et ainsi de suite jusqu'à la fin de l'opération, tout en prenant les précautions nécessaires et en surveillant attentivement les mouvements respiratoires.

\* \* \*

Savez-vous ce que c'est que la *migrainine*, ami lecteur? Sous ce nom, M. OVERLACH préconise sous ce nom, si nous en croyons la *Revue de thérapeutique et de pharmacologie*, comme un remarquable médicament anti-migraineux, un mélange en proportions définies d'antipyrine, d'acide citrique et de caféine. La dose à prescrire serait de 1.10 grm. (16½ grains) chez l'adulte. Cette dose doit être répétée à des intervalles de deux heures jusqu'à effet désiré. Le médicament doit être dissous dans l'eau.

\* \* \*



## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DUHOURCAU—*Quelques pages authentiques de l'histoire médicale de Caunterets dans les siècles passés*, par le Dr E. DUHOURCAU, 1892, chez Edouard Privat, 45 rue des Tourneurs, Toulouse.

DUHOURCAU—*Traitement de la syphilis par les eaux sulfureuses et en particulier par les eaux de Caunterets*, par le Dr DUHOURCAU, 1883, chez Delahaye et Lecrosnier, 2 place de l'École de médecine, Paris.

DUHOURCAU—*Étude sur le climat de Pau et du sud-ouest français*, par le Dr DUHOURCAU, 1891, Edouard Pa Toulouse. vir.

BOCQUILLON-LIMOUSIN — *Formulaire des Alcaloïdes et des Glucosides*, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, lauréat (Médaille d'or) de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le Dr Hayem, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris. Librairie J.-B. Baillièrre et Fils, 19 rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain), à Paris. 1 vol. in-18 de 313 p., cartonné 3 fr.

*Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec—Curriculum approuvé par Son Honneur le Lieutenant-Gouverneur, en date du 4 janvier 1894.*

*Treizième rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame, Montréal.—1892-93, Montréal, C. O. BEAUCHEMIN ET FILS, 1893.*

**Nécrologie.**—ÉTRANGER.—A Paris, M. le docteur Ch. E. QUINQUAUD, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital St. Louis. M. Quinquaud a succombé à une attaque de grippe infectieuse.—A Lyon, M. le docteur P. DIDAY, ex chirurgien en chef de l'Antiquaille, bien connu par ses travaux sur les maladies vénériennes.—A Vienne, à l'âge de soixante et quatre ans, M. Th. BILLROTH, professeur de chirurgie à l'Université de Vienne, et universellement connu par ses travaux en chirurgie.