

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Rein flottant et néphropéxie;

par O. F. MERCIER, agrégé de la Faculté de Médecine Laval,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame. (1).

Ayant eu occasion, au cours du mois de janvier dernier, de pratiquer une néphropéxie, la grande satisfaction que m'a donnée cette opération me porte à en publier l'observation et à parler quelque peu de certains points importants de ce sujet.

En 1878, Martin, de Berlin, pratiqua la première néphrectomie pour rein mobile douloureux. En 1880, Hahen imagina la néphrographie, ou fixation de l'organe déplacé dans une incision de la région lombaire au moyen de sutures. A dater de ce moment, ces opérations se multiplièrent et aujourd'hui il est devenu possible d'en discuter les indications et les contre-indications, en s'appuyant sur des faits nombreux et sérieux.

Du jour où l'intervention chirurgicale fut reconnue utile, les reins mobiles furent divisés en deux catégories: les cas simples, auxquels il n'est pas permis de toucher et auxquels doit suffire la thérapeutique médicale ou l'emploi de bandages contentifs, et les cas compliqués et graves où les accidents qu'ils déterminent rendent la vie insupportable au patient, la mettent même en danger, et où le traitement médical est absolument sans effet. Ce sont là heureusement les cas les plus rares.

Pour bien saisir les indications de la néphrographie il faut nécessairement s'arrêter un peu aux symptômes de cette maladie.

Il est un grand nombre de reins flottants qui ne donnent lieu à aucun trouble fonctionnel; c'est par hasard que le malade ou le médecin s'en aperçoit.

Le prolapsus rénal se déclare subitement ou d'une manière insidieuse. Dans le premier cas, à la suite d'un accident, d'un traumatisme ou d'un effort, le patient, je dirais volontiers la patiente, car c'est chez elle que le rein se déplace le plus fréquemment, est subitement prise d'une douleur aiguë dans le flanc, elle ressent comme quelque chose qui se décroche, comme une déchirure, une rupture, et à cette douleur subite succède une douleur continue et une sensation de pesanteur accentuée par la marche, que le décubitus seul fait cesser complètement, et qu'exagère d'ailleurs le moindre effort, c'est là le cas le plus fréquent.

Quand le début est insidieux, il passe inaperçu et ce n'est qu'après un certain temps que se déclarent les douleurs qu'on attribue à toute autre cause.

(1) Travail lu à la Société de médecine pratique de Montréal.

La douleur est assez caractéristique, c'est une sensation de pesanteur, ce sont des tiraillements pénibles, des douleurs continues ou paroxystiques qu'augmentent la fatigue, les efforts, la station debout et même l'approche des règles. Ces crises s'accompagnent souvent de vomissements avec douleurs épigastriques joints à une céphalalgie intense.

En dehors de ces accès douloureux et passagers qui provoquent des troubles gastriques réflexes, il existe souvent dans le rein mobile des accidents gastro-intestinaux qui sont dûs à des lésions concomitantes; ainsi la dilatation de l'estomac avec ses symptômes ordinaires accompagne très souvent le rein flottant.

On peut avoir de plus, étant donné la flexion de l'uretère, flexion causée par l'abaissement du rein, on peut avoir, dis-je, des lésions même du rein déplacé. La chose se conçoit facilement; le rein fonctionne mal, le cours des urines étant obstrué, celles-ci, qui stagnent en arrière de la courbure pathologique de l'uretère, y causent de l'inflammation, peuvent y déterminer de la pyélite et même de la pyélo-néphrite.

Dans d'autres cas on peut constater toute la série des troubles fonctionnels qui caractérisent le nervosisme et la neurasthénie.

Ainsi donc, on le voit, s'il est des cas où le rein mobile passe inaperçu, il en est d'autres, où malheureusement il cause des désordres tellement considérables que quoiqu'il mette rarement en danger la vie du patient, il n'en rend pas moins son existence intolérable.

Quelle devra être la conduite du médecin en présence de cette maladie.

L'affection que l'on nomme rein flottant se divise donc en deux catégories : rein mobile simple, rein mobile compliqué.

Ces deux divisions comportent comme pronostic tous les degrés, depuis la bénignité la plus absolue jusqu'au danger de mort.

Le traitement, de son côté, doit savoir se plier aux exigences si nombreuses de la maladie.

Pour les cas simples non compliqués, il ne saurait être question d'opération. Le traitement médical seul devra suffire; repos au lit pendant un certain temps, port d'un bandage approprié pourvu d'une pelotte confectionnée et placée de manière à repousser l'organe déplacé vers son siège habituel. De plus l'on devra joindre à ce traitement, plutôt mécanique, un véritable traitement médical s'attachant à faire disparaître les diverses manifestations symptomatiques d'autres maladies qui accompagnent presque toujours le rein mobile.

Mais en présence de cas compliqués et graves où le rein se déplace quand même, et où la médication la mieux dirigée n'arrive à rien, doit-on s'abstenir et condamner le malade à passer au lit le reste de ses jours, seule position qui, comme j'en ai déjà fait mention, diminue invariablement les douleurs causées par cette

maladie. Non, certes, et à mon avis, quant tout a échoué après essais suffisants, le chirurgien ne doit pas hésiter d'intervenir par la néphropexie, et même au cas où cette opération ne réussirait pas, recourir à la néphrectomie plutôt que de laisser souffrir indéfiniment un malade qui, cependant, pourrait être utile à la société.

La néphropexie serait certainement la méthode de choix, surtout si l'on se sert de l'amélioration que Tuffier y a apportée, et qui consiste à dénuder sur une petite étendue la surface elle-même du rein en enlevant un petit carré de sa tunique propre, ce qui fait qu'il est fixé non seulement avec les fils avec lesquels le chirurgien le met en place, mais même par des adhérences solides que l'organe contracte avec les parties environnantes.

* * *

Au mois de décembre dernier, j'étais appelé en consultation par un médecin de Montréal pour une malade des environs, souffrant depuis plusieurs années de douleurs au côté droit, et sur laquelle ce médecin avait diagnostiqué l'existence d'un rein flottant. Après avoir mis la malade sous l'influence du chloroforme, il nous fut assez facile de confirmer par la palpation ce diagnostic déjà porté. En effet, nous sentions parfaitement au palper au côté droit, un peu plus haut que la fosse iliaque, une tumeur lisse, présentant la forme du rein et se déplaçant facilement sous les pressions exigées par l'exploration.

Cette malade, âgée de 37 ans, avait, il y a près de quatre ans, senti subitement au côté droit, en levant les bras pour étendre du linge sur une corde, une douleur aiguë qui a subsisté depuis jusqu'au moment de l'opération. Cette douleur, au premier moment de sa production, avait été, je le répète, subite et aiguë, la malade nous disait elle-même qu'elle avait été comme si quelque chose se fût déplacé, se fût déclaré dans son côté. Obligée de s'aliter immédiatement, ce ne fut qu'au bout de plusieurs semaines qu'elle put reprendre ses occupations, et encore était-elle loin d'être complètement rétablie. Le traitement fait alors sans diagnostic s'était borné au repos et aux révulsifs combinés aux opiacés.

Pendant près de trois ans la malade ne fut jamais bien, elle était en moyenne tenue au lit un mois sur quatre avec continuation du même traitement, bien inoffensif, il est vrai, mais aussi bien peu efficace. Les douleurs, quoique jamais aussi fortes que lors de l'accident, s'étaient cependant graduellement accrues, et les intervalles dans les manifestations de la maladie, étaient devenues de plus en plus rares et de courte durée. Le médecin qui eut l'obligance de m'appeler en consultation, ayant pris vers la fin de ce temps la malade sous ses soins, porta de suite le diagnostic vérifié plus tard et traita en conséquence, mais rien n'y fit, ni appareil contentif, ni traitement médical, et les troubles gastriques dont elle souffrait, comme il en est d'ailleurs pour la plupart de ces

malades, ne cédèrent à aucun des traitements les plus judicieusement administrés jusqu'à ce qu'enfin l'on se décida d'intervenir chirurgicalement.

Ayant donc vérifié le diagnostic antérieurement porté, et considérant que la maladie n'avait cédé à aucun des traitements jusqu'alors prescrits, mais qu'au contraire elle n'avait fait que s'aggraver, nous nous décidons de recourir à la néphropexie. Cependant nous tenons encore la malade sous observation jusqu'au milieu de janvier.

Le 14 de ce mois je pratiquai cette opération. Placé dans un milieu excessivement favorable, tant au point de vue de la propreté du local que de l'instruction, du dévouement et de l'intelligence des personnes devant surveiller la malade pendant notre absence

Assisté du confrère déjà mentionné auquel s'était adjoint un médecin de l'endroit, la malade étant mise sous l'influence du chloroforme, je fis à la région lombaire l'incision longitudinale aux vertèbres lombaires. Atteindre l'endroit que devait occuper l'organe déplacé fut chose facile, mais là commençait la difficulté, le colon ascendant venant obstruer mon champ opératoire. De plus, le rein, j'étais cependant heureux de le constater, avait quitté son siège habituel et était descendu vers la fosse iliaque, d'où il me fut assez difficile de le déloger de son enveloppe cellulo-graisseuse.

Je passai alors au travers de l'organe, en plein parenchyme, deux grosses soies stérilisées à l'alcool absolu, fils qui servirent d'abord à le maintenir temporairement à la surface de la plaie; je disséquai alors un petit lambeau rectangulaire de sa tunique propre, afin qu'il put contracter des adhérences avec les tissus venant en contact avec cette surface dénudée; à l'aide du fil supérieur, je fixai l'organe à la douzième côte et je passai l'autre fil à travers les tissus musculaires situés immédiatement sous cette côte.

Je fis alors, après avoir bien nettoyé la plaie avec des tampons secs, une suture en surjet au catgut, réunissant les muscles que j'avais séparés et je terminai par une suture superficielle à points séparés aux crins de Florence, unissant ainsi les deux lèvres cutanées de mon incision. Je ne mis aucun drainage.

Les suites de l'opération furent des plus satisfaisantes. La température ne s'éleva jamais au dessus d'un ou de deux cinquièmes au-dessus du point normal. La malade ne sentit aucune douleur, même celles existant avant l'opération cessèrent dès lors complètement.

Dix jours plus tard j'enlevai mes points superficiels. La plaie était entièrement guérie et la cicatrice tout à fait linéaire.

Je gardai la malade au lit encore dix jours et lui permit alors de se lever. L'appétit était revenu après les premiers jours qui suivirent l'opération et ne s'est pas démenti depuis.

Pas plus d'un mois après l'opération mon opérée avait repris ses occupations ordinaires et aujourd'hui, six mois se sont écoulés depuis ce temps et ma patiente se porte à merveille, n'éprouve plus la moindre douleur, n'a plus aucun de ses anciens troubles gastriques, mange avec bon appétit, a repris entièrement ses forces et même de l'emboupoint.

Je suis heureux de pouvoir rapporter cette opération, car elle prouve bien toute l'efficacité et l'inocuité de la néphropexie bien faite et à propos, et je ne voudrais pas terminer cet article sans en tirer les deux conclusions suivantes : Certains cas de reins flottants se guérissent par le repos au lit et le port d'un bandage, et l'on devra toujours commencer par ces moyens simples et inoffensifs, mais il est cependant des cas plus graves, plus utiles, où cette méthode échoue malgré tout ; pour cela il ne faut pas hésiter et recourir au traitement chirurgical proprement dit, car si quelquefois, après une opération bien faite, le succès cependant nous échappe, cette intervention qui semble beaucoup plus difficile et dangereuse qu'elle l'est réellement, fournira dans la plupart des cas un résultat aussi satisfaisant que celui que je vous rapporte.

La conservation est l'école du mensonge.

La marque suprême de la distinction est la simplicité.

Il faut rire avant d'être heureux, de peur de mourir avant d'avoir ri.

Nous appelons gens de goût les gens qui ont nos goûts et qui sont à notre goût.

J'aime mieux un fou qu'un imbécile ; on a au moins un prétexte pour enfermer le fou.

Il faut se garantir du tourment des petites choses ; c'est la maladie des gens heureux.

L'égoïsme est l'amour excessif que l'on a pour soi-même, il est presque toujours sans rivalité.

L'histoire, en vérité, ne sert à rien. On prend tous les jours l'humanité avec de vieux pièges qui ont déjà servi.

Dans la Société, la politesse est une espèce de passeport dont la vertu même a besoin et dont le vice s'entoure.

On voit le passé meilleur qu'il n'a été ; on trouve le présent pire qu'il n'est ; on espère l'avenir plus heureux qu'il ne sera.

On s'étudie trois semaines, on s'aime trois mois, on se dispute trois ans, on se tolère trente ans... et les enfants recommencent.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire au début. — Clinique de M. le professeur POTAIN à l'Hôpital de la Charité. Nous avons reçu cette semaine, dans la salle Bouillaud, deux hommes qui ne paraissent pas très malades et qui toutefois présentent des symptômes qui méritent d'attirer notre attention. Tous deux sont d'âge moyen; leurs antécédents héréditaires n'ont rien de suspect; depuis cinq ans, ils toussent, s'affaiblissent, s'amaigrissent, ont perdu l'appétit. Le premier tousse très peu, il se plaint surtout d'oppression la nuit, de dyspepsie et de palpitation quand il marche, ce sont ces symptômes qui l'ont amené à l'hôpital; le repos au lit a suffi pour les calmer et il demande aujourd'hui à partir. Le second n'a pas de ces accidents; mais il a eu il y a dix jours une très légère hémoptysie. Voilà des signes bien peu caractéristiques, et cependant l'amaigrissement, la perte de l'appétit et des forces sont toujours suspects, car, chez beaucoup de malades, ils décèlent la tuberculose avant l'apparition des signes thoraciques.

Chez nos deux malades, nous avons trouvé, dans la fosse sus-épineuse droite, une sonorité moindre avec résistance au doigt, une expiration prolongée et rude, et, dans les grandes inspirations seulement, ces râles secs, retentissants, auxquels on donne le nom de légers craquements. On note au même point une bronchophonie légère, et des vibrations thoraciques notablement plus fortes que dans la fosse sus-épineuse gauche. Sous la clavicule droite, nous trouvons également une sonorité diminuée, mais avec une tonalité plus élevée; et, chez un de ces malades, une respiration saccadée très manifeste. Tels sont les signes sur lesquels nous devons asséoir le diagnostic. Examinons d'abord quelle valeur il nous faut accorder à chacun d'eux.

Tout d'abord, la diminution de sonorité ou submatité: C'est là un signe d'une valeur toute relative, par comparaison avec la sonorité du côté opposé; car il y a des personnes chez qui les fosses sus-épineuses sont normalement peu sonores. En dehors de tout état pathologique et de toute déformation thoracique, la sonorité est ordinairement un peu plus forte à droite qu'à gauche. C'est l'inverse que nous observons chez nos malades. La percussion des fosses sus-épineuses est toujours très délicate. Il faut que

le malade ne soit incliné ni à droite ni à gauche, mais légèrement penché en avant, le dos un peu bombé. Les deux omoplates doivent être très exactement sur le thorax. Bien des malades, instinctivement, soulèvent leurs omoplates de telle sorte que l'ébranlement imprimé par la percussion atteint peu le poumon ou n'arrive pas jusqu'à lui. Vous leur recommanderez donc de laisser retomber les bras inertes et flasques. La percussion doit enfin être faite avec beaucoup de soin. Le doigt sera placé transversalement sur la fosse sus-épineuse et appliqué très exactement sur elle; c'est là un point très important. Il faut l'appuyer assez fortement sur la région que l'on percute, de telle sorte qu'il fasse corps avec le tissu sur lequel il repose, et l'appuyer avec une force égale sur chaque région à explorer. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la percussion même doit être égale des deux côtés.

Des états pathologiques multiples peuvent produire une semblable diminution de sonorité; 1o la condensation du parenchyme pulmonaire, soit par suite de la congestion, soit par l'infiltration de ce parachyme par des substances solides; 2o l'affaiblissement de la vésicule; 3o l'épaississement de la plèvre et l'interposition de dépôts fibrineux entre le poumon et la paroi thoracique; ceux-ci agissent moins par leur présence que par l'affaissement du poumon qu'ils déterminent, car vous savez combien l'interposition de vêtements épais entre le doigt et la paroi modifient peu les caractères du son. Telles sont les trois conditions anatomiques qu'on doit présumer en présence d'une diminution de la sonorité dans les sommets; celle-ci n'indique pas un état anatomique unique; et cependant cette seule diminution de la sonorité suffit presque à affirmer la tuberculose, c'est que la congestion, la pleurésie, l'atélectasie sans pleurésie antérieure, quand elles sont localisées au sommet, ne peuvent être rattachées qu'à la tuberculose. La syphilis, il est vrai, quand elle atteint le poumon, peut donner lieu aux mêmes signes, mais ses lésions sont très exceptionnellement prédominantes dans les fosses sus-épineuses et je vous ai souvent fait remarquer que la tuberculose était presque toujours associée à cette phtisie syphilitique. C'est donc là un signe presque pathognomonique et un signe presque toujours précoce; c'est parfois le seul que l'on observe. Il peut cependant faire défaut; parfois même la sonorité est augmentée. Andral avait déjà signalé ce tympanisme, lequel est dû à de l'emphysème; celui-ci est parfois un emphysème ancien, d'autres fois il est dû à la bronchite concomitante. Mais cette emphysème limitée, circonscrite au sommet, est singulièrement suspect; ajoutez qu'il s'accompagne ordinairement d'autres signes qui facilitent le diagnostic. On est parfois tenté de prendre pour un excès de sonorité ce qui n'est qu'élevation de tonalité. C'est une loi générale, et sur laquelle j'ai bien souvent insisté devant vous, que le son paraît d'autant plus fort qu'il a une tonalité plus élevée; c'est

ainsi qu'à égalité d'intensité, le son d'un basson semble moins fort que celui d'une flûte.

A cette période de la tuberculose, la tonalité de son est ordinairement plus élevée, aussi parfois celui-ci paraît il plus fort du côté malade, encore qu'il soit moins intense que du côté sain.

La résistance au doigt a peut-être une valeur plus grande que la diminution du son : c'est qu'on en perçoit mieux les moindres variations, quand on a l'habitude de la percussion.

En nous révélant ces modifications de la sonorité, ces changements de la tonalité, la résistance au doigt, la percussion nous fournit ainsi des indices précieux de la tuberculose commençante.

L'auscultation nous donne une respiration faible et rude. La faiblesse du murmure vésiculaire est encore un signe d'une valeur toute relative. Chez certaines personnes, le murmure vésiculaire s'étend normalement d'une façon très médiocre; mais ce caractère est alors symétrique et ne s'accompagne pas de modifications de la sonorité. Le murmure vésiculaire est aussi très faible en cas d'emphysème; il peut même disparaître complètement; ce qui, joint à l'augmentation de la sonorité, pourrait faire croire, au premier abord, à un pneumothorax, si d'autres signes ne venaient éclairer le diagnostic. C'est donc en comparant l'intensité du murmure vésiculaire de côté et d'autre qu'on peut se rendre compte des lésions. Lorsque celles-ci sont peu accentuées, il faut ausculter successivement les deux sommets, surtout il est indispensable de les ausculter en des points absolument symétriques. Vous savez, en effet, que le murmure vésiculaire n'a pas les mêmes caractères à la partie externe et à la partie interne de la fosse sus-épineuse; il a ici un timbre particulier, il est un peu plus fort, on y entend un peu le bruit bronchique.

On observe, en outre, la rudesse de la respiration. Il ne faut pas confondre la rudesse avec l'intensité des bruits. Un bruit peut être à la fois très faible et très rude, ou inversement très fort et très doux. Normalement, la pénétration de l'air dans une multitude de vésicules, produit un murmure très doux, qu'on pourrait comparer au bruit que font les feuilles dans une forêt. Le bruit bronchique est distinct du murmure vésiculaire, de même que le bruit produit par le vent dans les arbres d'une forêt, diffère de celui qu'il produit à travers un poteau télégraphique par exemple. Nous n'avons plus à réfuter, en effet, l'opinion de Beau, d'après qui le murmure vésiculaire n'est que la transmission du bruit trachéal. Nous savons, à n'en plus douter, que le bruit vésiculaire est dû à la pénétration de l'air dans les vésicules, où il passe d'un endroit plus étroit à un endroit plus large. D'autres bruits se passent encore dans le poumon, ils sont produits par le choc de l'air contre les éperons des bronches et par la collision des différents courants aériens au niveau des divisions bronchiques.

Il se produit donc dans le poumon deux sortes de bruits : des

bruits vésiculaires et des bruits bronchiques. Mais à l'état normal, le murmure vésiculaire prédomine, c'est même le seul qu'on perçoit distinctement; les vésicules constituent une sorte de matelas d'air qui éteint presque complètement le bruit bronchique. Quand ces vésicules se vident d'air, si elles s'affaissent, si elles se remplissent d'une substance solide, elles transmettent mieux les vibrations; le murmure vésiculaire diminue et le bruit bronchique prend sa place. Ce bruit bronchique doit donc être distingué du bruit vésiculaire; il indique que le poumon condensé est devenu un meilleur conducteur du son. Lorsque dans un sommet le poumon a perdu sa souplesse, il transmet mieux les bruits produits au niveau des petites bronches, et l'auscultation révèle une variété de bruit qui est intermédiaire entre le murmure vésiculaire et le bruit bronchique, c'est ce que Laënnec a appelé le bruit respiratoire rude. C'est un signe de condensation du poumon.

Le plus souvent, en même temps que la respiration devient plus rude, son rythme se modifie. L'expiration paraît sous l'oreille plus longue que de coutume; en réalité, elle est un peu plus courte. Normalement, l'inspiration est à l'expiration comme 3 est à 7 en moyenne, comme le montrent les tracés spirométriques; mais on entend l'inspiration, le murmure vésiculaire y est perceptible du commencement jusqu'à la fin, tandis qu'on ne l'entend que pendant la première partie de l'expiration. La fin de l'expiration est absolument silencieuse. Quand la respiration s'accélère, c'est l'expiration qui s'abrège, de même que quand les mouvements du cœur s'accélèrent, c'est la diastole qui devient plus courte. Quand la respiration devient rude, cette fin du bruit d'expiration devient accessible à notre oreille; il n'y a donc rien de surprenant à ce que l'expiration paraisse prolongée. Quoiqu'il en soit, l'expiration prolongée n'a que la valeur de la respiration rude.

La respiration prend parfois un caractère différent, que Woillez a appelé respiration granuleuse. C'est là un terme peu précis et qui a souvent prêté à confusion. Ce mode respiratoire tient à ce que le murmure vésiculaire est interrompu par des petits bruits confus et nombreux; ce sont en réalité des râles indistincts.

Enfin, nous avons observé chez l'un de nos malades des saccades respiratoires dans des conditions que je considère comme exceptionnelles, car je ne les ai rencontrées que très rarement. Ce n'est pas que la respiration saccadée soit rare, et j'aurais plus d'une fois l'occasion de vous la faire observer. Cette modification du bruit respiratoire fut signalée en 1837 par Raciborsky, alors chef de clinique de Bonillaud; il l'avait rencontrée chez des sujets atteints de tuberculose pulmonaire disséminés et chez des hypochondriaques. Après lui, Audry, un de ses successeurs à la Charité, en fit un signe de tuberculose au début. On s'aperçut bientôt que

ce symptôme pouvait se rencontrer non seulement chez des tuberculeux à la première période, mais chez des asthmatiques, des pleurodyniques, des gens purement nerveux. Je vous fais grâce de l'historique, et j'aime mieux vous dire ce que j'en pense. Je crois que, sauf dans des cas très limités, et notre malade rentre précisément dans cette catégorie exceptionnelle, c'est un signe qui n'a aucune valeur. Nous n'avons pas à le regretter beaucoup, car nous sommes suffisamment riches. La respiration saccadée peut être due à différentes causes. Parfois, chez des sujets nerveux, elle est due à ce que les mouvements musculaires sont saccadés. Dans l'immense majorité des cas, les saccades respiratoires accompagnent les mouvements du cœur: pendant l'inspiration, il s'en produit une à chaque systole et à chaque diastole; pendant l'expiration, il s'en produit une à chaque systole seulement. Il n'y a là rien de spécial à la tuberculose. C'est un fait que j'ai énoncé en 1887, dans une étude publiée dans la *Revue de médecine*, et depuis lors je n'ai pas changé d'avis. Cependant, il est vraisemblable que la tuberculose, en condensant le parenchyme pulmonaire, facilite leur production dans une certaine mesure. On les entend mieux au sommet du poumon gauche, parce que les mouvements du cœur s'y font sentir davantage. Elles apparaissent ou disparaissent suivant que l'excitation cardiaque est plus ou moins intense. Parfois, enfin, comme chez notre malade, elles sont dues à ce que des froissements pleuraux légers viennent interrompre le mouvement respiratoire: ces froissements pleuraux entraînent un déplissement saccadé du poumon. C'est donc, dans ces conditions, un signe de pleurésie sèche du sommet, et il devient alors un signe précieux de tuberculose.

Nous trouvons chez nos deux malades du retentissement de la voix et l'exagération des vibrations thoraciques. Le retentissement de la voix ou bronchophonie indique que le son se transmet mieux par le parenchyme plus dense. Il en est de même de l'exagération des vibrations thoraciques. Cependant, on est surpris parfois de trouver de la bronchophonie avec une diminution des vibrations thoraciques, ou inversement. Ceci tient aux modes différents de sensibilité de l'oreille et de la main; l'oreille perçoit mieux les vibrations plus fréquentes, et quand le nombre de ces vibrations devient inférieur à 33 par minutes, elle ne perçoit plus aucun bruit; la main, au contraire, est plus sensible aux vibrations rares. Aussi l'exagération des vibrations thoraciques a-t-elle un peu plus de valeur que la bronchophonie. Quand on constate la bronchophonie, il faut ici encore avoir soin de ne pas confondre les modifications de tonalité avec les modifications d'intensité. Chez nos deux malades, l'exagération des vibrations et le retentissement de la voix indiquent la condensation du parenchyme; celle-ci peut cependant coïncider avec une diminution des vibrations. En effet, tandis que la sclérose pulmonaire exagère ordi-

nairement ces vibrations, la congestion pulmonaire les éteint en partie. Or, à certaines époques de la tuberculose, la congestion pulmonaire est le fait prédominant, et les vibrations thoraciques sont diminuées; à d'autres moments, elle s'associe à la sclérose dans des proportions diverses, d'où résultent de nombreuses variétés dans les modes de transmission des bruits à travers le poumon.

On perçoit au début, quelquefois des râles ronflants et sibilants, plus souvent des râles sous-crépitants, de volume variable, se produisant dans l'inspiration et dans l'expiration. Ces râles prennent au sommet un caractère particulier, ils sont plus durs, de timbre plus éclatant, ce qui leur a valu le nom de craquements. Ils sont plus ou moins gros suivant qu'ils se passent dans des bronches plus ou moins grosses. Ils indiquent que les bronches sont obstruées par des mucosités plus ou moins sèches et que le bruit en est transmis par un parenchyme plus condensé. Laënnec, en faisant un signe de ramollissement des tubercules; ils s'entendent, en effet, le plus souvent à cette période, mais on peut les percevoir dès le début; c'est un signe de bronchite, mais leur localisation est très caractéristique; car une bronchite qui est limitée au sommet y est appelé et fixée par des tubercules.

Il me reste à vous dire deux mots de la transmission du second bruit du cœur à travers la couche de tissu pulmonaire qui recouvre la base de cet organe. Normalement, le second bruit ainsi transmis est doux; quand le parenchyme pulmonaire est modifié, il devient plus fort et plus dur. L'accentuation du second bruit pulmonaire ne tient pas seulement à l'induration pulmonaire; le second bruit du cœur peut être lui même exagéré, soit par l'augmentation de tension dans l'artère pulmonaire comme dans la dilatation cardiaque droite d'origine gastro hépatique, soit par une contraction plus énergique du cœur, comme dans le rétrécissement mitral, soit par dilatation de la crosse aortique avec altération des parois. Enfin, chez certains sujets jeunes, à thorax médiocrement développé, la lame du poumon qui couvre le cœur est beaucoup moins épaisse que normalement; de sorte que le second bruit se transmet mieux et acquiert une intensité insolite; j'ai eu l'occasion de constater ce fait chez une jeune fille où il était assez marqué pour avoir fait a tort soupçonner une lésion organique du cœur.

Nous venons de passer en revue les signes de la tuberculose au début; ce sont, d'une part, des signes de condensation du parenchyme pulmonaire; d'autre part, des signes de bronchite. Mais la localisation de ces signes au sommet est caractéristique de la tuberculose.

Aussi, quand la tuberculose, par exception, se localise ailleurs qu'au sommet, ils n'ont plus la même valeur et le diagnostic devient difficile. Nous avons alors une dernière ressource, c'est l'examen bactériologique des crachats. La présence du bacille de

Koch a une valeur absolue et tranche alors le diagnostic ; il n'en est pas de même de son absence, aussi faut-il répéter souvent les examens et faire de nombreuses préparations. Malheureusement, au début, on n'observe qu'exceptionnellement le bacille tuberculeux dans les crachats ; il apparaît ordinairement à une période où les signes que nous venons d'étudier ont largement assuré le diagnostic.—*Union médicale*, 12 mai 1894.

De la congestion pulmonaire dans la pleurésie.—Œdème de la paroi thoracique dans les épanchements pleuraux.—Clinique de M. le DR CUFFER, à l'Hôpital Necker.—La congestion pulmonaire accompagne très fréquemment la pleurésie avec épanchement, et il en résulte une difficulté particulière pour le diagnostic et pour le traitement ; on est surtout exposé en ce cas à admettre un épanchement considérable, alors qu'il n'y a que peu de liquide dans la poitrine, et à recourir à une intervention qui, pour le moins, est inutile si elle n'est pas nuisible.

D'une façon générale, on trouve dans la nature et la localisation du souffle une indication diagnostique importante. Le souffle à timbre aigu, localisé à la racine des bronches, est en rapport avec l'épanchement ; le souffle qui se produit dans toute l'étendue de la matité, qui est diffus et se montre aux deux temps de la respiration, est sous la dépendance de la congestion pulmonaire.

L'égophonie présente aussi certaines modifications dans ses caractères et devient plutôt de la broncho-égophonie ; mais on trouve un élément de diagnostic plus facile à apprécier dans les crachats et dans leur aspect. Leur existence même est déjà une présomption, et s'ils sont blancs ou légèrement teintés de sang, filants comme une solution de gomme, la coexistence de ce signe avec les phénomènes d'auscultation devient presque pathognomonique de la congestion pulmonaire.

On conçoit d'ailleurs facilement que celle-ci puisse simuler l'existence d'un grand épanchement : ainsi que l'a fait remarquer M. Potain, la place occupée par le liquide est facilement modifiée par l'état du poumon ; si ce dernier est condensé et peu compressible, le liquide s'étale sur une large surface et donne lieu à une matité étendue, alors même qu'il ne présente qu'une faible épaisseur, et on peut facilement, en conséquence, conclure à un épanchement considérable. C'est dans des cas de ce genre que l'on trouve le souffle diffus et étendu à toutes les régions, ce qui doit éveiller l'attention sur la possibilité de la congestion pulmonaire.

Cependant, il peut y avoir un grand épanchement coïncidant avec la congestion pulmonaire ; mais, dans ce cas, il y a inévitablement refoulement des viscères, le cœur pour la plèvre gauche, le foie pour la plèvre droite : cet abaissement ou ce refoulement, la congestion pulmonaire, quelque intense qu'elle soit, serait incapable de les produire, si elle n'était pas accompagné d'un épanchement de notable importance.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est que si on observe un déplacement des organes avec les signes d'un épanchement, ce dernier est toujours assez considérable, son abondance variant d'ailleurs suivant l'étendue de la congestion qui peut l'accompagner et dont on doit rechercher les signes; mais s'il n'y a pas déplacement d'organe, on peut être assuré que, malgré les apparences, malgré l'étendue de la matité, le liquide est peu abondant et que la congestion domine.

Il y a donc deux catégories à faire dans ces cas dont la première apparence fait penser à un grand épanchement, suivant qu'il y a eu un déplacement des organes ou qu'il n'y en a pas, et ce n'est que pour la première qu'il est permis de conclure à un épanchement abondant.

Quant à l'importance du diagnostic de la congestion au point de vue du traitement, il est facile de s'en rendre compte. Si on suppose un épanchement d'abondance moyenne arrivé au quinzième jour, et que l'on vienne à le ponctionner, il n'y aura pas d'inconvénient, s'il ne s'accompagne pas de congestion. Si, au contraire, celle-ci existe, elle augmentera, s'accompagnant quelquefois d'une expectoration sanglante, le liquide se reformera avec une grande rapidité et souvent même en plus grande abondance. Quelquefois même, pendant la ponction, surviennent des accidents plus graves encore, et c'est dans les cas de ce genre que l'on a vu se produire l'expectoration albumineuse. Celle-ci est bien due à une poussée congestive qui se fait brusquement, mais précisément dans les cas où la congestion pulmonaire existe antérieurement.

La crainte de ces accidents ne peut cependant faire retarder la ponction quand il y a urgence absolue. On peut alors remédier à cet inconvénient en n'enlevant qu'une faible partie de liquide. M. Potain a montré, en effet, au moyen d'un appareil manométrique, que les accidents ne surviennent que lorsque l'instrument marquait une dépression d'un centimètre et demi de mercure: cette dépression ultra-pleurale aspire le poumon à la manière d'une ventouse et provoque des accidents congestifs. On peut donc les éviter par l'emploi du manomètre, ou, à son défaut, en n'extrayant qu'une petite quantité de liquide.

D'ailleurs, d'une façon générale, en dehors des cas d'urgence, M. Cuffer ne pense pas qu'il soit jamais utile de faire une ponction avant que la période inflammatoire ne soit passée, c'est-à-dire avant le vingt-trois ou vingt-quatrième jour, car, alors même que les signes de congestion pulmonaire ne sont pas facilement perceptibles, celle-ci existe néanmoins dans une certaine mesure.

M. Cuffer fait remarquer, à propos de plusieurs malades de son service, que l'œdème de la paroi thoracique a été regardé à tort comme étant un signe pathognomonique de la pleurésie purulente. Bien que le plus souvent, en effet, il soit l'indice de la purulence de l'épanchement, il est des cas, rares à la vérité, où on peut

le trouver avec une pleurésie séreuse et, d'autre part, bon nombre de pleurésies purulentes évoluent sans qu'il se produise d'œdème de la paroi. Toutefois, c'est un signe de grande valeur et très important à rechercher.

Sa localisation peut varier, et cette localisation même à de l'importance. En cas de suppuration, il siège presque toujours entre le sixième et le septième espace intercostal; s'accompagnant d'un amincissement de la paroi suivi quelquefois de la production d'une fistule. Souvent aussi, si l'on n'intervient pas, vers le quarantième jour, ainsi que l'a bien indiqué Trousseau, se produit une vomique qui aurait pu être évité si on avait pensé à rechercher l'œdème de la paroi.

Mais cet œdème peut se rencontrer aussi dans les pleurésies partielles ou enkystées, et a plus d'importance encore; car ces pleurésies sont souvent latentes. Cet œdème peut ainsi se montrer à la partie inférieure du thorax et accompagner une pleurésie diaphragmatique. Il peut aussi se localiser au niveau d'une scissure interlobaire et être alors l'indice d'une pleurésie interlobaire qui ne se manifeste par aucun autre signe. Il en est de même dans certaines pleurésies enkystées d'une localisation particulière.

Il y a des cas aussi dans lesquels, loin d'être limité, l'œdème est étendu à tout un côté de la poitrine; on observe surtout ce fait dans certaines pleurésies suraiguës qu'on a considérées comme un véritable phlegmon de la plèvre. L'œdème est alors rouge, douloureux et sa valeur pronostique a une grande importance.

L'œdème de la paroi, sans qu'il y ait purulence de l'épanchement, est une exception, et lorsqu'il existe, il faut admettre presque toujours une gêne de la circulation amenée par la compression. Dans ces cas, en effet, il s'agit en général d'une pleurésie médiastine qui amène la compression des veines azyges. On peut alors en soupçonner la cause lorsqu'on voit le réseau veineux thoracique très dilaté; mais on ne peut avoir de certitude que par une ponction exploratrice.

Cet œdème de la paroi peut se montrer aussi dans le cas d'un hydrothorax simple: on doit alors penser à une tumeur du médiastin qui a déterminé l'épanchement par suite d'une compression intéressant surtout le système des azyges. On peut voir, en ce cas, un zona venir confirmer, par sa présence, la nature de l'affection dont il s'agit, car cette dernière complication, ainsi que M. Rendu l'a montré, est fréquente dans le cas de tumeurs du médiastin.—Dr Paul L. CHAMPIONNIÈRE, in *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.

Il n'y a pour l'homme que trois événements : naître, vivre et mourir; il ne se sent pas naître, il souffre pour mourir et il oublie de vivre.

CHIRURGIE.

Du traitement du goitre par les injections interstitielles d'iodoforme.—Le traitement du goitre par les injections d'iodoforme pratiquées dans l'épaisseur de la tumeur n'est pas nouveau. Après avoir eu un moment de vogue, il est maintenant presque complètement abandonné, mais bien à tort selon M. le docteur K. Garré, professeur extraordinaire de chirurgie à la Faculté de médecine de Tubingue, qui l'a employé avec succès dans le courant de ces trois dernières années chez cent quarante malades de la clinique chirurgicale de M. le professeur P. Bruns, et qui le recommande de nouveau à l'attention des praticiens comme un excellent moyen facile à employer et exempt de tout danger.

Pour ce traitement, M. Garré s'est servi de la solution de M. von Mosetig-Moorhof, qui est formulée comme il suit :

Iodoforme	1 gramme.
Huile d'olive	} à 7 grammes.
Éther sulfurique	

Mélez.—Usage externe. Conservez à l'abri de la lumière.

Les injections sont pratiquées au moyen de la seringue de Pravaz, préalablement désinfectée avec de l'eau phéniquée à 5 p. c

Après avoir lavé la peau avec de l'éther, puis avec une solution de sublimé, le médecin se place derrière le malade, fixe entre le second et le troisième doigts de la main gauche la partie du goitre dans laquelle l'injection doit être pratiquée tout en pressant la tumeur contre la colonne vertébrale, puis il enfonce rapidement l'aiguille à une profondeur de 2 à 3 centimètres, en ayant soin d'éviter les veines apparentes. Tenant alors légèrement la seringue entre les doigts, il invite le malade à faire des mouvements de déglutition que la seringue doit suivre lorsqu'elle a vraiment pénétré dans le parenchyme de la glande. Si tel est le cas, on injecte immédiatement tout le contenu de la seringue, qu'on retire aussitôt. La piqûre, par laquelle suinte souvent une goutte de sang, est fermée par un morceau de diachylon.

D'habitude M. Garré n'injecte qu'une seule seringue de solution iodoformée; mais parfois il en a injecté plusieurs, jusqu'à quatre dans la même séance.

Les injections ne produisent ordinairement qu'une cuisson légère et de courte durée, due à l'éther. Quelques malades éprouvent en outre des douleurs assez violentes dans les oreilles ou dans les dents, douleurs qui se dissipent au bout de quelques minutes. D'autres se plaignent d'une sensation de tension au cou, surtout

pendant les mouvements de la tête, pouvant persister pendant plusieurs heures. Enfin, certains malades éprouvent dans la bouche, parfois pendant toute une journée, le goût si désagréable de l'iodoforme. Dans un cas seulement notre confrère fut obligé de renoncer au traitement, attendu que chaque injection d'iodoforme provoquait un accès violent de toux spasmodique. Mais jamais il n'a observé ces lypothymies si fréquentes avec les injections interstitielles de teinture d'iode autrefois employées dans le traitement du goitre. Les injections d'iodoforme constituent donc un moyen de traitement parfaitement inoffensif et éminemment pratique.

M. Garré répète les injections à des intervalles variant, suivant les cas, de deux à huit jours. Le nombre d'injections nécessaires pour le traitement complet est de trois à seize, en moyenne de sept. La durée de la cure est d'habitude de trois à quatre semaines.

Les résultats du traitement furent positifs chez 77 des 87 malades que M. Garré a pu suivre jusqu'au bout. La diminution du volume du goitre a parfois été peu prononcée, de 2 centimètres et même moins, mais chez 51 malades, c'est-à-dire dans la grande majorité des cas, elle a dépassé 2 centimètres et a parfois atteint 7 centimètres. Dans huit cas l'effet des injections a été nul et chez deux malades on a même constaté une augmentation de volume du goitre.

Chez un sujet porteur de goitre rétrosternal ayant ameré, par suite de la compression de la trachée, un cornage intense, tous les troubles respiratoires disparurent sous l'influence des injections.

D'après les observations de M. Garré, l'iodoforme serait surtout efficace dans les goitres purement hyperplasiques; mais il donnerait aussi de bons résultats dans les formes colloïdes, auxquelles appartenaient la plupart des cas traités, ainsi que dans la forme vasculaire.

Récit authentique de la blessure, de l'opération et de la mort du Président de la République française. — M. Carnot, président de la République française, a été assassiné le dimanche 24 juin, vers neuf heures et quart du soir. A peine monté dans le landau découvert qui devait le conduire à une représentation de gala au Grand-Théâtre de Lyon, il fut frappé d'un coup de poignard. Dans la même voiture se trouvaient, à sa gauche, le général Borius; en face de lui, M. le professeur Gailleton, maire de Lyon, qui avait à ses côtés le général Voisin, gouverneur militaire. L'attentat fut accompli très rapidement et, dans la voiture, on put croire à un placet remis brutalement ou à un bouquet lancé avec force. Le président de la République eut un léger soubresaut, sa figure exprima, d'après des renseignements certains, une sensation de dégoût et non de douleur ou

d'effroi. L'impression de son entourage fut précisément telle qu'au premier moment on crut qu'un objet malpropre avait été jeté sur M. Carnot. Le président porta immédiatement la main sur la région frappée et, la glissant entre son gilet et le plastron de sa chemise, il la retira ensanglantée. "Je suis blessé," dit-il, et au même instant, sa tête se renversait en arrière, il perdait connaissance. M. Gailleton se précipita alors sur le président de la République pour lui donner les premiers soins, tandis que la voiture tournait brusquement sur la place voisine, abandonnant la direction du Grand Théâtre.

C'est à ce moment, c'est-à-dire quelques secondes après le coup de poignard que, mandé par mon collègue, je vis M. Carnot. Le président était comme affalé dans sa voiture, les bras inertes pendant le long du corps, la tête abandonnée à elle-même, renversée. La face était d'une pâleur effrayante, les paupières mi-closes, l'œil vitreux, et, si l'on n'eût entendu de temps à autre quelques légers gémissements, on eût pu croire que tout était fini. Au moment de l'affolement général, au milieu des cris de la foule, des bruits de la voiture et des cavaliers qui formaient l'escorte présidentielle, il n'était pas possible de se rendre compte soit de l'état du cœur, soit de l'état de la respiration. Les mains étaient froides et il me sembla ne plus sentir le pouls. Le collapsus était tel qu'avec M. Gailleton nous redoutions d'un moment à l'autre la mort du président.

Je pris alors place à ses côtés et je me hâtai avec mon collègue d'ouvrir les vêtements et de faire sauter avec les mains tout ce qui pouvait être une gêne pour la respiration. En même temps nous cherchions à nous rendre compte du siège, des caractères de la blessure. Guidés par le sang qui souillait le plastron de la chemise, nous découvrîmes aisément à droite, à trois centimètres environ de l'appendice xyphoïde, au-dessous des cartillages costaux correspondants, une plaie de 20 à 25 millimètres de longueur, légèrement oblique suivant la direction de ces mêmes cartillages et à bords nets, comme dans une blessure par instrument tranchant. Du sang noir s'en échappait et la quantité de sang perdu, à en juger par les vêtements qui en étaient imprégnés, pouvait être évaluée à trois quarts de verre environ. L'état de choc traumatique intense dans lequel se trouvait M. Carnot, le siège de la plaie, etc., nous permirent de porter de suite le diagnostic de plaie pénétrante du foie avec hémorrhagie interne abondante. En dehors, du reste, de ces signes, il fallait redouter une blessure intra abdominale d'une grande profondeur, car au moment même du crime M. Gailleton, placé en face du président, avait perçu comme un bruit sourd tel que peut le produire un coup assez violent, un coup de poing, par exemple, et il en avait conclu très justement que, s'il s'agissait d'un coup de poignard, la lame avait dû pénétrer jusqu'à la garde.

Pour lutter de mon mieux contre ces accidents si graves, je m'efforçai de placer le président dans une position telle que la circulation facilitée des centres nerveux pût conjurer une mort imminente. Un mouchoir chiffonné fut appliqué et maintenu légèrement sur la plaie.

Pendant ce temps le landau s'avavançait au galop des chevaux dans la direction de la préfecture où M. Carnot avait ses appartements et qui était distante de sept à huit cents mètres du lieu de l'attentat.

Arrivé à la préfecture, le président, toujours complètement inerte, et qui dans ce trajet ne donna guère d'autres signes de vie que de faibles gémissements et deux ou trois mouvements nau-séux sans vomissements, fut transporté dans sa chambre à bras-le-corps et étendu sur son lit, la tête aussi bas que possible.

Pendant qu'on apportait les instruments nécessaires, les pansements et les solutions antiseptiques réclamés dès le début à l'Hôtel-Dieu, j'appliquai sur la paroi abdominale des serviettes glacées et, comme dans le lugubre parcours, par de légères flagellations au visage, par des interpellations à voix forte, etc., j'essayai de rappeler le président à la vie. Quelques instants après, un lit de camp était dressé dans cette même chambre et, lorsque l'illustre blessé y fut transporté, je tentai la seule opération qui pût permettre, sinon de le sauver, du moins de prolonger son existence. Convaincu par un nouvel examen qu'il s'agissait d'une blessure du foie et que le véritable danger immédiat était dû à une hémorrhagie interne, je n'hésitai pas, prenant la plaie comme point de départ, à pratiquer une laparotomie latérale. L'extrémité de l'index gauche introduite dans l'ouverture qu'avait faite le poignard m'avait permis de reconnaître le foie sous-jacent; un flot de sang noir s'en échappa après cette exploration rapide. A ce moment, le collapsus, loin de diminuer, paraissait s'aggraver; il ne pouvait donc être question d'anesthésie, et je me hâtai de débrider par en bas sur une longueur de 10 à 12 centimètres. Cette incision était plus ou moins oblique par rapport à la ligne blanche; elle seule pouvait donner un jour suffisant, car par en haut les côtes faisaient barrière et le poignard avait certainement pénétré de haut en bas et de dedans en dehors. Je fus frappé du peu de sang contenu en apparence dans la cavité abdominale; un léger tamponnement assécha facilement les viscères sous-jacents et en me baissant j'aperçus sous les fausses côtes le lobe gauche du foie qui saignait par sa face convexe. J'explorai cette face avec l'extrémité de l'index et bientôt je rencontrai une plaie franche, nette; de 18 à 20 millimètres de longueur, répondant bien par sa forme et sa direction à celle de la peau. Le doigt y pénétrait à une profondeur égale; on se rendait aisément compte que la plaie était en entonnoir, reproduisant ainsi la forme de la lame qui avait pénétré profondément. Pendant ces manœuvres d'exploration et

de compression locales, l'hémorrhagie s'arrêtait et l'on ne voyait plus sourdre de sang nulle part. Je substituai alors à mon doigt une mèche de gaze iodoformée qui, conduite avec des pinces longues, devait par son tassement dans la perforation du foie faire l'office d'un tampon hémostatique.

Un inventaire minutieux des viscères voisins ne révéla aucune particularité pathologique. L'épiploon, la partie accessible de l'estomac, l'intestin, la vésicule biliaire, etc., furent rapidement examinés; ils étaient indemnes, comme je l'avais du reste supposé *a priori*, en ne voyant ni gaz, ni liquides biliaires ou intestinaux s'échapper par la plaie. Enfin, le doigt engagé sous la face inférieure du foie ne m'avait donné aucune indication appréciable. Dès le premier coup de bistouri, sous l'influence de la douleur, le président sortit du collapsus profond dans lequel il se trouvait; il se plaignit de souffrir au niveau de la plaie et prononça quelques paroles: "Oh! docteur, que vous me faites mal!" dit-il, à diverses reprises, d'une voix très intelligible, non étouffée. A un moment donné il ajouta: "Faites attention, j'ai une typhlite." En même temps le pouls se relevait, il battait 140, et quoique l'état général restât sensiblement le même, nous eûmes comme une lueur d'espoir.

Jusqu'à là j'avais été assisté, dans cette intervention, par MM. les professeurs Gailleron, Lépine, par MM. les médecins militaires Kelsch, Albert, Viry, Demandre, par MM. les docteurs Rebatel, Masson, etc.

Sur ces entrefaites arrivèrent MM. les professeurs Ollier, Monoyer, MM. les docteurs Gangolphe, Fabre, etc. Leur concours me fut particulièrement utile.

Nous examinâmes de nouveau avec M. Ollier le fond de la plaie opératoire. Mon éminent collègue, dont la haute autorité m'était si précieuse, constata la blessure du foie, la nécessité d'un tamponnement hémostatique et, d'un commun accord, pour n'avoir aucun doute sur la conduite définitive à tenir, je débridai en dedans vers la ligne médiane sur une longueur de cinq à six centimètres. Les bords de la plaie réclinés en dehors par des pinces hémostatiques appliquées sur eux et servant de tracteurs, nous pratiquâmes une nouvelle exploration et la mèche de gaze iodoformée préalablement introduite et souillée par un écoulement sanguin, qui, en apparence tout au moins, n'avait rien d'inquiétant, fut pour plus de sûreté, enlevée et remplacée par une autre, enfoncée aussi méthodiquement que possible dans la perforation hépatique.

L'indication chirurgicale était remplie. Fallait-il faire plus? Devait-on recourir à la suture du foie? Nous ne l'avons pas pensé et cela pour plusieurs raisons: en premier lieu, l'état si grave de choc traumatique dans lequel se trouvait le président contre-indiquait toute opération de longue durée, et surtout toute opéra-

tion préliminaire qui, dans l'espèce, eût été nécessaire pour arriver directement sur la plaie du foie et en pratiquer l'occlusion hémotatique. A en juger, en effet, par la situation de la blessure de cet organe, placée à deux ou trois centimètres environ au-dessus du rebord des côtes voisines, ce qui, *a priori*, nous avait fait supposer que la blessure avait été produite dans un mouvement d'inspiration, il eût fallu, pour exécuter cette suture et pour pouvoir compter sur ce genre d'hémostase, se donner du jour en pratiquant une résection costale. Le foie, d'autre part, quoique parfaitement sain, était de petit volume, soit qu'il fût ainsi normalement, soit qu'il eût perdu de ses dimensions par le fait d'une réplétion sanguine rapide, d'une saignée ayant entraîné son exsanguification. Il nous a donc paru plus prudent, plus utile de recourir à un tamponnement antiseptique et une considération entre toutes nous a engagés, M. Ollier et moi, à persister dans cette manière de faire : c'est, à partir du tamponnement, l'arrêt de l'hémorragie par la blessure du foie ainsi traitée. La plaie fut, bien entendu, pansée à plat, avec une première couche de gaze légèrement iodoformée et des couches nombreuses de gaze stérilisée, chiffonnée, placées au-dessus. Pendant longtemps, je maintins avec le plat de la main, exerçant une légère compression, les pièces de pansement. Nous nous préoccupions du retour d'une hémorragie et ce mode de fixation du pansement fut prolongé par la main d'un de mes collègues.

Vers onze heures et demie, en enlevant quelques couches superficielles, de gaze, nous trouvâmes les couches profondes imprégnées de sang. Quelques-unes d'entre elles furent enlevées, mais il nous sembla qu'il s'agissait plutôt d'une imbibition par du sang resté dans la cavité abdominale que par la continuation de l'hémorragie. Du reste, à partir du moment où l'opération avait été commencée et l'hémostase assurée, M. Carnot, comme nous l'avons dit, était sorti du collapsus, profond où il se trouvait jusqu'alors. Il répondait nettement, avec une parfaite lucidité, aux questions qu'on lui posait; de temps à autre il prenait un fragment de glace, une cuillerée de champagne glacé. Entre onze heures et minuit, on fit à un intervalle de vingt à trente minutes deux injections sous-cutanées d'un gramme d'éther.

Vers minuit, le président paraissant souffrir davantage, on eut recours, à un intervalle à peu près égal, à une double injection sous-cutanée de colorhydrate de morphine (un demi-centigramme par injection), mais la situation n'en restait pas moins extrêmement grave. La face, immobile, était d'une pâleur livide, cadavéreuse; le pouls, qui de temps à autre semblait être meilleur, devenait de plus en plus petit, les extrémités étaient froides et la mort approchait. Avec un calme et une résignation vraiment héroïques, le président de la République s'affaissait lentement, sans un mot de regret, de récrimination. A aucun moment il ne fit

allusion à l'attentat dont il avait été victime. Plusieurs fois seulement, lorsqu'on appelait son attention sur ses souffrances, il se plaignit de douleurs dans la région épigastrique, au niveau de la plaie, dans les lombes.

Comme il mandait le colonel Chamoin, je lui fis observer qu'il était là et que tous ses amis se trouvaient auprès de lui : "Je suis très touché, répondit-il d'une voix encore forte, de leur présence, et je vous remercie de ce que vous faites pour moi." Quelques instants après, à minuit et demi, les phénomènes agoniques se précipitaient. A aucun moment il n'y eut de nausées, de vomissements, et, quoique le président eût accusé à deux ou trois reprises une certaine gêne de la respiration, celle-ci resta calme jusqu'à la fin, qui nous fut annoncée par quelques soubresauts convulsifs se produisant surtout du côté du diaphragme et des muscles de la paroi abdominale, de telle sorte que si la plaie n'eût été fermée par le pansement maintenu par une compression manuelle énergique, l'intestin aurait fait hernie au dehors. A ce moment aussi, du sang noir s'écoula en assez grande quantité, confirmant nos prévisions d'une hémorrhagie interne alors que le sang, immédiatement après l'attentat et durant les longues minutes passées dans la voiture dans une position demi-assise, avait dû se collecter surtout dans l'excavation pelvienne et dans les fosses iliaques.

L'autopsie du chef de l'État a été pratiquée, le 25 juin, à deux heures de l'après-midi, sur les instances pressantes de M. Gailleton auprès des pouvoirs publics et sur la demande réitérée de M. Ollier. Voici le procès-verbal de cette autopsie, à laquelle assista M. le docteur Planchon, médecin ordinaire du président, arrivé le matin même avec M^{me} Carnot :

"Les docteurs en médecine soussignés ont procédé aujourd'hui à l'autopsie du président de la République française. Ils ont constaté les lésions suivantes :

"La blessure siégeait immédiatement au-dessus des fausses côtes droites, à trois centimètres de l'appendice xyphoïde ; elle mesurait 20 à 25 millimètres et la lame, en pénétrant, avait sectionné complètement le cartilage costal correspondant.

"La lame du poignard a pénétré dans le lobe gauche du foie à cinq ou six millimètres environ du ligament suspenseur. Elle a perforé l'organe de gauche à droite et de haut en bas, blessant sur son passage la veine porte, qu'elle a ouverte en deux endroits.

"Le trajet de la blessure dans l'intérieur du foie est de 11 à 12 centimètres. Une hémorrhagie intrapéritonéale fatalement mortelle a été le fait de cette double perforation veineuse.

"Lyon, le 25 juin 1894.

"*Signé* : DRS LACASSAGNE, HENRI COUTAGNE, PONCET, OLLIER, LÉPINY, REBATEL, MICHEL GAN-
GOLPHE, FABRE."

Un dernier mot : la blessure de la veine porte, alors surtout que la laparotomie ne pouvait être pratiquée immédiatement après la perforation de ce tronc veineux, devait nécessairement entraîner un dénouement fatal. Mais nous sommes convaincu que, si le président de la République a survécu trois heures à cette blessure mortelle, il doit cette survie à l'intervention. Sans avoir pu, en effet, diagnostiquer les lésions de ce vaisseau, il n'est pas douteux qu'indirectement nous avons agi sur sa déchirure et créé une oblitération momentanée incomplète, non pas, bien entendu, par le tamponnement relativement superficiel de la plaie appartenant à la face convexe du lobe gauche du foie, mais par l'occlusion passagère du vaisseau blessé, lorsque, le pansement terminé, une main était en permanence maintenue sur lui. La face postérieure du foie était ainsi refoulée, plus ou moins comprimée sur les viscères voisins, et l'on sait que dans une plaie veineuse la plus légère compression suffit pour affaisser les parois de la veine et arrêter l'hémorrhagie.

Chez le président de la République française, les déchirures de la veine porte ne donnaient plus dès lors issue qu'à une faible quantité de sang, et c'est ainsi, pensons-nous, que doit s'expliquer ce retour à la vie pendant près de trois heures à la suite de l'opération.

DR A. PONCET,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

XII

Le mécanisme de l'accouchement et la symphyséotomie.—

(1) Conférence de M. le professeur FARABEUR (*suite et fin*).—En dehors de ce cas, peut-il se produire une asymétrie dans l'écartement ? Par des causes variables : la maladresse dans la manœuvre, une résistance plus grande d'un côté, un contact osseux postérieur qui s'établirait presque dès le début de l'écartement et s'opposerait à ce qu'on poussât plus loin la disjonction de l'articulation.

Faut-il employer la violence ? Oui, car il n'y a à craindre que la rupture de ce faisceau fibreux situé devant l'axe de la charnière autour duquel s'ouvre l'articulation sacro-iliaque.

J'ai trouvé le moyen de le faire *ad libitum* sans danger : Mettez la cuisse du côté rompu en flexion adduction appuyée, c'est-à-dire flexion et adduction forcées avec un aide couché sur le genou et s'y appuyant de tout le poids de son buste, l'os iliaque sera ainsi

(1) Voir l'Union Médicale de juin et juillet 1894.

appliqué, serré sur le sacrum dont il vient d'être séparé; il ne bronchera pas tandis que vous écarterez la cuisse de l'autre côté et violenterez à son tour l'articulation sacro-iliaque primitivement récalcitrante.

XIII

Quand l'accouchement est terminé, il faut raffermir le bassin à tout prix. Il faut donc resserrer et maintenir solidement les deux pubis pour que leur symphyse se reconstitue *ad integrum*.

Les ligaments ilio transversaires, l'âme même de la solidité pelvienne, situés derrière les articulations sacro iliaques, et qui, par conséquent, se trouvaient relâchés du fait de l'ouverture du bassin en avant, vont alors se retendre et réappliquer solidement l'une à l'autre les auricules iliaque et sacrée, qui s'engrènent.

Il ne faut point songer à laisser un écartement permanent dans l'espoir d'assurer les accouchements à venir. Ce serait un désastre immédiat et probablement de longue durée; il n'y aurait plus de solidité; on aurait organisé et perpétué le relâchement des symphyse si redouté.

Vous avez, Messieurs, plusieurs moyens de maintenir le bassin convenablement refermé, sans parler de l'arsenal des lits mécaniques et des ceintures métalliques.

Le bandage plâtré, bien appliqué, enveloppé d'un tissu ou d'un vernis imperméable, a fait ses preuves.

Quelques-uns ont songé à percer des trous pour faire la suture osseuse... C'est inutile.

Sachez, Messieurs, que la couche fibreuse de cinq millimètres qui couvre la face cutanée de la symphyse, permet d'appliquer plusieurs points de suture et de *les serrer* autant qu'on veut. Cette couche, en effet, n'a point que des fibres transversales dérivées de tendons originels des adducteurs passant d'un côté à l'autre; elle contient aussi, de chaque côté et à distance de la ligne médiane que l'on incise, des faisceaux descendants tressés avec les premières, des rubans longitudinaux superficiels et profonds qui fournissent aux fils les plus forts un appui invincible.

XIV

Avant de couper, l'on aime à savoir ce que l'on va couper et ce qu'il y a autour, c'est-à-dire connaître l'anatomie de la région.

Entre les pubis du fœtus, qui ne sont que des noyaux arrondis et très distants l'un de l'autre, existe un bloc de cartilage hyalin. À la naissance, la partie médiane de ce bloc a acquis la nature fibroïde et l'on voit une mince cloison qui divise en deux le bloc întéresseux. Cette transformation fibroïde progresse de dedans en dehors aux dépens de la substance hyaline et, dès le milieu de la première enfance, la première partie transformée, la cloison médiane commence à se dégager, à tomber en deliquium, d'où résulte la formation d'une petite cavité.

Sur la jeune femme, chaque pubis est encore revêtu de 2 millimètres de cartilage hyalin, revêtu lui-même de cartilage devenu fibroïde qui est creusé dans la cavité. Celle-ci est encore peu étendue et n'existe qu'au voisinage du bord pelvien de la symphyse, de sorte que, en dessus, en avant et en dessous, l'on trouve encore adhérentes à la croûte hyaline qui revêt l'os, les fibres bien orientées en travers et non désagrégées du fibro-cartilage.

A ce moment, les pubis se regardent directement par deux surfaces accidentées distantes de 5 millimètres environ qui correspondent à la cavité et qui, en haut, en avant, en dessous, divergent, et ouvrent un fossé de 17 millimètres où il est facile de pénétrer. La seule précaution à prendre est—pensant à l'étroitesse et à la profondeur du fond de ce fossé—de tenir le bistouri dans le plan médian. Autrement, on l'incline instinctivement et sa pointe va heurter le pubis droit situé à gauche de l'opérateur. Celui-ci, trop souvent, a conclu à une ankylose qu'on ne voit jamais !

Il est important de noter qu'il ne se produit pas, du côté de la symphyse, du fait de la grossesse, des modifications considérables. Sur une minorité de femmes, les os semblent et sont plus mobiles. Ashby a montré que sur la majorité, on ne pouvait anatomiquement rien trouver de changé.

Tout autour des os et du bloc fibro-cartilagineux *interosseux*, se trouve un manchon fibreux *périosseux*. Nous le connaissons en avant ; en arrière, c'est l'épais périoste pelvien. Ce manchon est ou n'est pas, suivant les points, adhérent au fibro-cartilage. En dessous, la distinction est impossible et il en résulte le beau ligament dit triangulaire, ou sous pubien, ou arqué, *arcuatum*.

Ce sont les vaisseaux du manchon et ceux des os qui, par imbibition, nourrissent le fibro-cartilage. Les vaisseaux sont innombrables dans la partie antérieure du manchon. En arrière, nous trouvons : 1^o la *sus-pubienne*, branche de l'épigastrique, destinée aux muscles droits ; elle pourrait bien donner un petit, tout petit jet quand on incise entre ces muscles ; 2^o la *pubienne*, née de l'obturatrice, qui couvre les pubis de ramifications nombreuses, mais d'un volume insignifiant. Des opérateurs malheureux sont allés chercher la honteuse interne en descendant le long des piliers de l'arcade.—Tout arrive !

Donc, attendez-vous à ce que le manchon qui, lui, ne subit aucune influence, crie sous le scalpel et que le bloc *interosseux*, par son élasticité, chasse votre bistouri s'il a le dos épais.

XV

S'il n'y a pas de vaisseaux symphysiens capables de donner du sang, il y a sous et derrière la symphyse de nombreuses et énormes veines.

Je vais vous donner le moyen de les écarter de votre route.

Jetez les yeux au milieu des piliers de l'arcade : les cuisses du clitoris y naissent, qui montent solidement attachées au périoste jusque sur cette colline osseuse, que le corps du pubis offre aux insertions des muscles adducteurs. Donc, en arrivant à la hauteur de la symphyse, ou plutôt à la portion appelée *arcuatum*, les cuisses clitoridiennes sont distantes l'une de l'autre de 20 à 30 millimètres. Elles montent encore un peu, se chargent chacune de son nerf dorsal et de ses vaisseaux homonymes, puis, pour se rejoindre, cessent d'adhérer et se portent en dedans et toujours en haut.

Pourquoi en haut si elles n'adhèrent plus ?

Parceque les filaments élastiques descendus d'en haut viennent tirer, suspendre le clitoris dont la partie terminale seule est flottante.

Ni le gros des cuisses, ni l'entre-cuisse, ni le commencement du clitoris n'adhèrent au tiers inférieur de la symphyse creusé en gouttière comme pour les loger. En exagérant un peu, on verrait là une séreuse ébauchée.

Tenez, je pince et tire le clitoris disséqué, je coupe en travers son suspenseur, hardiment, à fond, voyez cette cavité naturelle qu'ouvre l'abaissement de l'organe ! Mais c'est l'*arcuatum* lisse, brillant, nu avec son bord net et libre. Je vais donc pouvoir charger la symphyse sur une lame métallique ? Oui.

Et plus rien à craindre, car avec le clitoris abaissé s'est abaissé un mince feuillet cellulo-fibreux venu du bassin qui couvre, masque et applique aux organes sous-jacents, vessie, urèthre, clitoris même, toutes ces veines qui font tant peur au praticien.

[Ici se termine la 1^{re} partie, toute de préparation, très longue quoique fort écourtée, puisque toutes les études anatomiques ou démonstratives sur les articulations pelviennes et sur les vaisseaux, etc., etc., sont passées sous silence.

Mais la nuit vient, l'éclairage fait défaut. M. Farabeuf se hâte, à son grand regret, de prouver avec des instruments usuels, sur des pièces naturelles et sur un cadavre, tout ce qu'il a antérieurement annoncé].

XVI

Eh bien, dit-il, mettons-nous aujourd'hui (12 avril 1894) au pied du mur.

L'accouchement prématuré provoqué, donne la mortalité que vous savez.

La version, c'est le hasard.

Le forceps au détroit supérieur est toujours nuisible, s'il n'est toujours mortel.

Voyez cette tête : je la fais passer sans difficulté avec le bout du doigt dans ce bassin, un peu étroit pour elle.

La voici dans le forceps : voyez, je tire, elle ne passe pas, elle ne

fait pas mine de pouvoir s'engager, à moins qu'on ne l'écrase. Je tourne en oblique, rien ne va mieux. Aussitôt que le forceps est enlevé, la tête, libre de basculer, tombe presque d'elle-même dans l'excavation.

Donc, ni prématuré, ni version, ni forceps. Nous attendons que le travail soit commencé. L'utérus se contracte bien depuis quelques heures et l'engagement ne se produit pas, quoiqua la tête soit fixée et bien posée.

Supposant que nous ne l'avons pu faire d'avance, nous allons commencer par nous éclairer sur le premier facteur: le bassin. Comme je l'ai fait tout à l'heure devant vous, je détermine soigneusement deux diamètres, le promonto-pubien qui est en contact avec le temporo pariétal, dépressible à la tempe, et le mi-sacro-pubien qui doit recevoir le bi-pariétal presque irréductible.

Si le bassin est très petit, la symphyséotomie va s'imposer sans qu'il soit absolument nécessaire de mesurer la tête, puisqu'elle est supposée à terme.

Mais c'est, je suppose, un bassin modérément rétréci. Nous attendons que la tête, bien posée, et bien poussée, refuse évidemment de s'engager, mais nous n'attendrons pas que l'enfant souffre. Il faut mesurer la tête aussitôt que la dilatation le permet.

Je le fais avec l'instrument que voici, et qui est un mesurateur-levier-préhenseur: on dirait un immense brise-pierre, mais combien délicat et impropre à la violence.

Voici d'abord une branche, tige droite et au bout cuillère relevée à angle droit arrondi, que j'introduis avec la plus grande facilité entre le promontoire et le pariétal postérieur pour embrasser celui-ci, ensuite la seconde branche, également tige droite et cuillère relevée à angle droit, que je vais amener entre le pubis et le pariétal antérieur.

Pour que ce soit possible, la cuillère articulée en charnière se met en ligne sur sa tige, je l'introduis ainsi en arrière et sur le côté: à mesure que je cherche à l'amener en avant, la cuillère se redresse et se place facilement.

Cette tringle à crochet assemble les deux branches.

Je tiens la tête casquée de près; rien ne touche le périnée; l'ensemble des tiges sort en ligne droite sous le pubis. Rien n'empêche la tête d'aller dans la concavité sacrée.

Mais d'abord je lis sur les manches quelle est l'épaisseur de cette tête. Si je constate une faible disproportion entre les diamètres pelviens et fœtaux, le même instrument me permet d'accomplir une manœuvre en tout semblable à celle qu'exécute la tête, obéissant au mécanisme naturel.

Relevant les manches, j'engage la bosse pariétale postérieure. En les abaissant ensuite, je fais descendre la bosse antérieure: la tête est dans le bassin! cette tête qui tout à l'heure résistait si bien au forceps. Rien n'a gêné l'utilisation par la tête de la con-

cavité sacrée que supprimait tout à l'heure comme un pont le forceps, dont les manches dirigés en bas sciaient le périnée sans bénéfice.

Je puis faire la rotation avec la même facilité et enlever mon instrument qui n'est pas fait pour ce qui reste à faire.

Mais si le mesurateur dit que la disproportion est considérable, c'est à la symphyséotomie qu'il faut recourir sans essayer la moindre tentative d'engagement.

M. Farabeuf répète: "La peur de ne pas trouver le joint ou de provoquer une hémorrhagie de bistouri, voilà les deux points qui arrêtent les praticiens. Tant qu'ils ne seront pas éclairés et rassurés, ils ne marcheront pas.

"Eh bien, je vais vous montrer qu'il suffit d'un scalpel et d'un ruban de métal quelconque pour donner toute facilité et toute sécurité.

"Il existe, en effet, entre le clitoris et l'arcuatum et sous l'arcuatum une voie naturelle, espèce de séreuse ébauchée, que l'on trouve avec la plus grande facilité, qui permet de charger la symphyse sur un ruban métallique, et par suite de la couper sans le moindre danger."

De fait, en un instant, la voie est trouvée, la symphyse chargée et coupée avec tant de facilité que tout le monde se sent capable d'en faire autant.

Mais comme nos lecteurs n'ont pas vu la démonstration, nous nous proposons d'entrer dans tous les détails nécessaires. Ce sera pour le prochain numéro. Peut-être pourrons-nous aussi y joindre quelques figures que le temps n'a pas permis de préparer.

Nous voulons encore ajouter un mot que nous avons entendu redire à M. Farabeuf: c'est qu'il met en œuvre pour ses démonstrations tous les moyens d'investigation, afin qu'ils puissent se contrôler et se compléter l'un l'autre.

C'est que l'exposition de ses idées devant son auditoire constituait tout un enseignement complet:

- 1^o Figures au tableau, avec explications orales;
- 2^o Manœuvres squelettiques à l'aide d'une tête sèche manœuvrée dans un bassin sec;
- 3^o Figurations géométriques avec proportions exactes;
- 4^o Manœuvres sur une tête naturelle fraîche dans un bassin naturel;
- 5^o Démonstration des instruments et appareils employés.
- 6^o Documents historiques et surtout
- 7^o Documents cliniques fournis par ses collègues, MM. Pinard et Varnier, à qui il a demandé la vérification sur la femme vivante de toutes les hypothèses et de toutes les recherches de l'anatomiste.—*La Normandie médicale.*

PEDIATRIE.

Traitement de la coqueluche, par le Dr G. VARIOT, médecin des hôpitaux.—Il est bien peu de médecins qui n'aient leur médicament de prédilection contre la coqueluche.

Ce n'est pas à dire que cette variété dans les remèdes adoptés soit actuellement blâmable puisque le traitement de cette maladie est encore réduit aux indications symptomatiques. La substance jouissant d'une action spécifique contre la cause même de la coqueluche est encore à trouver; les essais, les expérimentations, les tâonnements sont donc parfaitement autorisés; un jour viendra peut-être où l'on arrivera à discerner dans notre arsenal thérapeutique, déjà si riche, le médicament capable d'entraver l'évolution de la coqueluche, de l'enrayer, de la guérir.

La coqueluche est contagieuse, très contagieuse même, tout le monde le sait; elle se transmet par des contacts immédiats ou médiats; les germes peuvent être transportés sur les vêtements par les personnes qui approchent les enfants coquelucheux; j'ai vu au dispensaire de Belleville un jeune enfant au sein, que la mère transportait à l'atelier pour l'allaiter, contracter la coqueluche pour avoir été couché dans un berceau occupé par un autre enfant coquelucheux. M. Roger, dans ses belles leçons sur les maladies des enfants, cite de nombreux exemples de contagion à la suite d'un seul contact entre un enfant sain et un enfant coquelucheux; dans un cas il aurait suffi d'un baiser pour communiquer la maladie.

Lorsque la coqueluche s'est déclarée dans une famille, elle est considérée à juste titre comme presque aussi contagieuse que la rougeole.

Non-seulement elle atteint les enfants successivement, tout au moins ceux qui ne l'ont pas encore eue, mais elle gagne même les parents, les nourrices, etc. J'ai vu moi-même plusieurs fois des mères ou des pères contaminés par leurs enfants et on me citait récemment le cas d'une jeune mère qui, ayant gagné la coqueluche de son jeune enfant, avorta à trois mois par suite de la violence des quintes de toux.

Au siècle dernier on avait déjà émis une hypothèse sur la nature animée des germes de la coqueluche; on supposait qu'elle était due à des insectes qui propageaient la maladie. La même idée s'est transformée de nos jours; les bactériologistes ont cru découvrir des microorganismes qui seraient les agents vecteurs de la maladie. Notre distingué collaborateur, le Dr Loranchet, s'appuyant sur ces données encore un peu incertaines, proposait une explication très ingénieuse du mécanisme de la quinte.

L'hygiène préventive, l'antisepsie, le traitement même de la coqueluche auraient-ils beaucoup à gagner à la découverte précise du microbe germe de la coqueluche? Nul ne peut le dire, car jusqu'à présent la thérapeutique de la tuberculose, de la diphtérie, de la teigne dont les germes sont bien déterminés n'a pas fait des progrès aussi rapides qu'on aurait pu le supposer.

Les mesures prophylactiques dont nous disposons contre la coqueluche, de même que contre les autres maladies infectieuses, c'est-à-dire l'antisepsie et l'isolement, peuvent être appliquées aussi utilement que si nous connaissions le microbe germe de la maladie. Mais avant d'exposer les conseils hygiéniques qui méritent d'être suivis, jetons un coup d'œil rapide sur les diverses médications qui ont été en faveur dans la coqueluche aussi bien autrefois qu'aujourd'hui.

Linnaëe, dans son voyage de Gothie occidentale, dit que le paysan se sert avec succès des feuilles de romarin sauvage en infusion pour guérir les enfants atteints de la coqueluche. Toujours au siècle dernier, Hartman et Wohlin conseillaient l'émétique à faible dose.

On a vanté, dit Rosenstein, la graisse de veau marin qu'on fait bouillir dans le lait, puis qu'on administre par cuillerées à soupe matin et soir.

Morris préfère le castoreum. Werlhoff prescrit un sirop de corail additionné d'esprit de nitre dulcifié. Millar, dans ses observations sur l'asthme et la toux convulsive, recommande l'*asa-fœtida*.

On recourt aussi à l'*ipécacuanha*: on pratique des saignées. Whytt, dans son traité des maladies des nerfs, regardait le quinquina comme un des meilleurs spécifiques. Enfin on prétendait guérir les enfants en neuf ou dix jours en leur faisant respirer l'odeur rebutante qui s'exhale d'un bouc ou d'un renard.

A notre époque les ressources de la thérapeutique sont beaucoup plus étendues et on peut ajouter manières plus judicieusement, bien qu'avec des résultats inconstants. A la période catarrhale, alors que la toux commence à prendre le caractère quinteux on a essayé les substances antiseptiques, germinicides pour faire avorter la maladie.

Les inhalations de vapeur d'acide phénique, de créosote, les sirops phéniqués ont été recommandés. On a proposé aussi le badigeonnage de la gorge avec une solution de résorcine à 1 p. c. dans l'eau distillée, toutes les trois heures dans l'espoir de détruire *in situ* les germes de la coqueluche. On a fait aussi les insufflations dans les fosses nasales avec un mélange de benjoin et de poudre d'acide borique.

A cette période les expectorants et notamment l'*ipécacuanha* sont encore les médicaments dont l'efficacité est la moins douteuse.

A la phase des quintes, mon regretté maître Damaschino, qui avait été l'élève de Roger, prescrivait la teinture de drosera depuis

cinquantes jusqu'à cent gouttes trois fois dans la journée, suivant l'âge des enfants.

Cette préparation m'a paru tellement infidèle, comme à bien d'autres médecins, que j'y ai renoncé.

Pour modérer la violence des quintes et pour les espacer, Trousseau a conseillé la belladone et cette substance est encore considérée aujourd'hui, par la plupart des médecins d'enfants, comme la plus active.

Trousseau administrait la belladone chaque matin sous forme d'extrait à la dose de 1 à 2 centigr. et il augmentait progressivement la dose.

Dans la pratique on préfère habituellement la teinture de belladone, car cette préparation est très bien supportée par les enfants.

Pour un enfant de trois ans on peut commencer par donner dix gouttes de teinture toutes les trois ou quatre heures. Goodhart dit avoir administré avec avantage trente gouttes en trois fois, à un enfant de cinq mois sans observer de dilatation pupillaire.

Le carbonate de potasse à la dose de 10 à 20 centigr. toutes les trois heures est fortement recommandé par Meegs et Pepper; on a combiné l'emploi de cette substance avec celui de la belladone.

Le bromure de potassium et l'hydrate de chloral ont aussi leurs partisans.

Plus récemment, on a conseillé l'antipyrine à la dose de 50 centigr. à 2 grammes dans la journée. M. Labric a tenté des badigeonnages du pharynx avec une solution de chlorhydrate de cocaïne dans la glycérine.

M. Loranchet vient de proposer le sulfure de carbone.

Je n'ai pas la prétention d'avoir épuisé par cette liste le nombre des médicaments qui ont été tour à tour vantés ou délaissés dans la coqueluche, je me suis borné à mentionner les principaux.

Dans le courant de l'année dernière, j'ai donné mes soins à la consultation du dispensaire de Belleville à un assez grand nombre d'enfants atteints de coqueluche. Plus de cent coquelucheux de tout âge ont été traités par mon excellent confrère le Dr Lazard et par moi en employant la même médication et nous avons cru remarquer que les résultats de cette médication étaient satisfaisants.

Tout d'abord pour apprécier ces résultats, il faut écarter une cause d'erreur. La toux quinteuse, même avec la reprise, n'est pas absolument spéciale à la coqueluche. En France on sait bien, surtout depuis les travaux de Guéneau de Mussy sur l'adénopathie trachéo-bronchique, que la toux coqueluchoïde peut être produite par la compression directe des nerfs pneumogastriques dans le médiastin ou au cou. Mais en outre, il n'est pas rare, surtout chez les jeunes enfants encore allaités, à l'époque de la dentition spécialement, d'observer une toux quinteuse très intense, qui fait craindre aux parents la coqueluche et qui donne même le change au médecin, s'il n'est pas sur ses gardes.

L'an dernier, pendant les mois d'avril et de mai, lors de la petite épidémie de grippe qui a sévi, j'ai rencontré bon nombre d'enfants atteints de cette toux spasmodique d'ailleurs peu durable. A cette époque, un de mes confrères, fort inquiet à cause d'une toux quinteuse plus forte la nuit, qui tourmentait son jeune enfant, vint me demander conseil. L'enfant perçait des dents incisives; en cinq à six jours avec de faibles doses de bromure de potassium la toux disparut. Les médecins anglais ont très bien décrit la toux spasmodique des jeunes enfants et ils l'attribuent à l'étroitesse de la glotte et à l'irritabilité extrême du système nerveux à cet âge. Quels que soient les remèdes employés, il ne faudrait pas se leurrer du faux espoir d'avoir guéri une coqueluche, lorsqu'on a vu céder une toux spasmodique transitoire chez un jeune enfant.

Je reviens au traitement très simple que nous avons adopté au dispensaire de Belleville l'an dernier, et dont nous avons eu à nous louer.

Ce traitement comprend 1^o la médication; 2^o le régime hygiénique.

Nous conseillons de donner trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, une cuillerée du mélange suivant dans un peu de lait sucré :

Eau distillée.....	250 gr.
Bromure de potassium.....	8
Teinture de valériane.....	8

Cette solution devait être administrée à la dose de trois cuillerées à café aux bébés, à dessert aux enfants de 2 à 5 ans ou à soupe aux enfants de 5 à 10 ans.

Nous y joignons le sirop de térébenthine qui était donné exactement aux mêmes doses que la solution mixte de bromure et de valériane, une heure après.

En somme, au point de vue physiologique, notre médication devait agir comme balsamique sur la sécrétion bronchique par la térébenthine et comme antispasmodique par le bromure et la valériane. Lorsque les râles devenaient confluent dans la poitrine, nous donnions la poudre d'ipécacuanha à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme le matin pour évacuer les mucosités bronchiques.

Je ne prétends pas dire qu'avec cette médication si simple nous soyons parvenus à arrêter l'évolution de la coqueluche et que par suite cette médication soit en rien spécifique, mais elle nous a paru agir très utilement pour modérer la violence des quintes et pour les espacer dans une certaine mesure. Enfin ces préparations sont peu dispendieuses et peuvent être maniées sans crainte, ce qui n'est pas sans avantage dans la clientèle populaire.

Nous n'avons observé qu'assez rarement des complications pulmonaires importantes.

Les bons effets de cette médication ont été certainement corroborés par les conseils hygiéniques que nous donnions aux mères des coquelucheux. Nous recommandions essentiellement de laisser les enfants au grand air, le repos à la chambre n'était prescrit que lorsque des accidents broncho-pulmonaires sérieux l'imposaient.

Les bébés eux mêmes étaient promenés comme ils doivent l'être tous les jours. Quant aux enfants plus âgés ils passaient une grande partie de la journée dans le parc des Buttes-Chaumont. Ces conseils étaient exactement suivis, car le plus grand nombre de nos coquelucheux se sont présentés à la consultation dans la belle saison, pendant les mois d'avril, mai et juin. La coqueluche aime le grand air et l'on reconnaît volontiers que cette maladie se complique plus fréquemment lorsqu'elle est hospitalisée. Comme le faisait judicieusement remarquer mon excellent maître M. Cadet de Gassicourt, le coquelucheux doit être un client du dispensaire et non de l'hôpital.

De tout temps on a recommandé le changement d'air aux enfants dont la coqueluche se prolonge; je présume que cette recommandation est surtout utile aux enfants des villes qui se trouvant ainsi transportés à la campagne peuvent vivre au grand air, au lieu d'être confinés à la chambre.

Il n'est donc pas indifférent pour un enfant d'avoir la coqueluche en hiver ou en été. J'ai remarqué que les coqueluches évoluant en hiver chez des enfants forcément condamnés à la chambre par les intempéries, sont beaucoup plus débilifiantes et se prolongent aussi plus longtemps. Il y a trois ans, j'ai fait partir pour Nice une fillette de huit ans qui toussait en quintes depuis le mois de novembre et dont l'état était encore stationnaire en janvier. Son père qui lui-même avait gagné la coqueluche l'accompagna. Un mois après ils revenaient tous deux guéris après avoir respiré l'air libre sous un ciel plus élément.

L'an dernier, au mois de mai, j'ai soigné une enfant de sept ans, bien constituée d'ailleurs et qui était installée à la campagne, à Montmorency. Les quintes ont toujours été modérées et espacées; à peine quelques vomissements après le repas du soir. En moins de six semaines, grâce à l'exercice au grand air, à la mixture au bromure et à la valériane, administrée régulièrement, la guérison était à peu près complète.

Ce qu'il faut avant tout au coquelucheux, je le répète, c'est le grand air pour que la nutrition générale soit excitée. Si l'enfant vit à la campagne, le changement d'air me paraît peu nécessaire; c'est en hiver que je conseillerais le changement de climat si les conditions sociales le permettent.

Le coquelucheux doit être alimenté d'une manière spéciale. Il doit faire des repas fractionnés, fréquents, peu abondants; l'alimentation doit être riche en albuminoïdes et animalisée.

Dans les quintes de toux, les secousses du diaphragme ont d'autant plus de chance de vider l'estomac que celui-ci est plus distendu. Aussi faut-il que les aliments ingérés soient substantiels sous un petit volume. Les œufs, la viande crue, le jus de viande doivent être préférés. On doit y joindre aussi quelques préparations toniques tels que le vin de quinquina, le sirop de lacto-phosphate de chaux.

Si les enfants vomissent, ce qui est fréquent, quel que soit leur âge, il faut s'empresser de leur faire ingérer de nouveaux aliments toujours en petite quantité.

Cette recommandation est encore plus urgente pour les nourrissons qu'on remettra de suite au sein s'ils ont vomi tout ou une partie de leur tétée.

En terminant, je ferai remarquer que la coqueluche, malgré le cortège des accidents spasmodiques, est en somme une affection catarrhale des voies respiratoires et qu'à cet égard l'état de la nutrition générale a la plus grande influence sur son évolution, sa durée, ses complications.

À l'exception des nourrissons qui sont plus sérieusement affectés à cause de l'intensité plus grande des phénomènes spasmodiques, les jeunes enfants bien constitués, jouissant auparavant d'une bonne santé, traversent la plupart heureusement, les diverses phases d'une coqueluche.

Il faudra donc s'attacher, avant tout, en favorisant les fonctions de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, à fortifier l'organisme qui se débarrassera ainsi plus vite des manifestations de cette maladie infectieuse.—*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles.*

HYGIÈNE.

Les cimetières.—Sans entrer dans des détails historiques qui nous entraîneraient beaucoup trop loin, nous rappellerons qu'on enterrait autrefois les morts autour des églises et dans leur enceinte, que les cimetières se trouvaient ainsi au centre même des villes. Louis XVI avait essayé de réagir contre cette coutume insalubre; mais sa déclaration du 3 septembre 1774 était restée à l'état de lettre morte, par suite de l'opposition du clergé d'une part et de l'autre, par le fait des dépenses considérables que le déplacement des cimetières aurait entraînées.

Il en existait encore vingt à l'intérieur de Paris à la fin du siècle dernier et l'on ne parvint à en supprimer qu'un seul, celui des Innocents. Ce charnier légendaire, consacré aux inhumations depuis le XIII^e siècle, avait dévoré plus d'un million de cadavres.

et le sol, gonflé par ces dépôts successifs, dépassait de dix pieds le niveau des rues voisines. Les rigoles qui l'entouraient servaient de déversoirs aux déjections de tous les habitants du quartier. C'était une infection dans tout le voisinage et il fallut trois ans pour en opérer l'évacuation.

Ce fut, comme je l'ai dit, une mesure isolée, un exemple qu'aucune ville ne suivit, et la Révolution seule fut assez forte pour accomplir cette réforme. Il fallut pour cela les lois des 16 24 août 1790, 8-15 mai 1791 et enfin le décret du 23 prairial an XII (12 juin 1804) qui règle encore aujourd'hui la matière, à de très légères modifications près.

Aux termes de la législation actuelle, les inhumations sont interdites dans l'enceinte des bourgs, villes et villages. Il est défendu d'élever aucune habitation ni de creuser aucun puits à moins de 100 mètres des cimetières. (1) Cette distance est aujourd'hui considérée comme beaucoup trop faible, surtout en ce qui concerne les puits.

Les fosses doivent avoir de 1 m. 50 à 2 mètres de profondeur, 2 mètres de long et 0,80 centimètres de large; elles doivent être distantes les unes des autres de 30 à 40 centimètres sur les côtés et de 30 à 50 à la tête et aux pieds. Pour prévenir le danger que présente le renouvellement trop fréquent des sépultures sur un même point, l'ouverture des fosses ne doit avoir lieu que de cinq ans en cinq ans. Les inhumations sont permises dans les propriétés privées, à la condition que celles-ci soient situées hors de l'enceinte des villes et à la distance prescrite; mais cette faculté ne peut être exercée qu'avec l'autorisation des maires qui peuvent la refuser en vertu de leur pouvoir discrétionnaire en matière de police des sépultures et l'autorisation doit être renouvelée à chaque inhumation nouvelle.

Les cimetières abandonnés ne peuvent être livrés à la culture qu'au bout de cinq ans. On ne doit pas y faire de fouilles, on ne doit pas y creuser de fondations avant dix ans, époque à laquelle les terrains peuvent être mis dans le commerce. (2)

Le règlement d'administration publique du 27 avril 1889, rendu exécution de la loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles, a modifié l'article du décret du 23 prairial, qui défendait les inhumations collectives. Il autorise l'usage de tranchées pour les inhumations gratuites, à la condition qu'elles aient une profondeur de 1 m. 50 et qu'il y ait une distance de 20 centimètres entre les cercueils qui y sont déposés.

Les maires sont investis, par la loi municipale du 5 avril 1884, des pouvoirs les plus étendus en ce qui concerne les inhumations

(1) Le décret du 23 prairial, fixait à 35 ou 40 mètres seulement la distance entre le cimetière et les dernières habitations agglomérées, c'est le décret du 7 mars 1808 qui l'a portée à 100 mètres.

(2) Ce terme fixé par l'article 9 de la loi du 15 mars 1791, a été consacré par un avis du Conseil d'Etat du 13 nivôse an XIII.

dans les cas d'épidémies. Le règlement du 27 avril 1889 les autorise à prescrire, sur l'avis d'un médecin commis par eux, la mise en bière et l'inhumation immédiatement après le décès et s'ils négligent de prendre les mesures nécessaires, le préfet peut, après une mise en demeure restée sans résultat, y pourvoir par un arrêt spécial. Il a également le droit de prendre une mesure plus grave, celle de la fermeture d'un cimetière.

Les dispositions qui précèdent ont incontestablement amélioré la police des lieux de sépulture. Ont-elles fait disparaître tous les dangers inhérents aux inhumations, répondent-elles à toutes les exigences de l'hygiène contemporaine? C'est ce que nous allons examiner.

Il y a une quinzaine d'années, les partisans de la crémation entreprirent une rude campagne contre les cimetières et, dans leur ardeur de néophytes, ils y mirent quelque exagération. Ils les accusaient de vicié l'air, d'empoisonner les puits et d'emmagasiner dans le sol des germes contagieux susceptibles d'en sortir plus tard pour semer des épidémies. L'administration municipale s'en émut et, le 4 mars 1879, une commission fut nommée par le préfet de la Seine pour étudier la question. (1) Elle choisit pour rapporteur le docteur O. du Mesnil, déjà connu par ses travaux en hygiène urbaine. Son rapport présenté le 24 décembre 1880 fut adopté le 7 mars 1881. L'enquête avait, comme on le voit, duré deux ans; elle avait été complète; les membres de la commission s'étaient livrés à des recherches sur la décomposition des corps dans les cimetières actuels et ces expériences les avaient conduits à des conclusions que nous allons résumer brièvement:

“ Les dangers résultant des gaz produits par la putréfaction étaient incontestables lorsque les inhumations se faisaient dans les églises; mais ils sont devenus absolument nuls aujourd'hui, parce qu'ils n'arrivent pas à la surface du sol, quand les corps sont enterrés à une profondeur de 1 m. 50. Ils seraient d'ailleurs inoffensifs parce qu'ils se répandraient à l'air libre.

“ Dans l'espace de cinq ans, la presque totalité de la matière organique a été brûlée et, par conséquent, la terre ne se sature pas, dans ce laps de temps, pourvu que le sol soit suffisamment perméable.

“ Par un drainage méthodique, on accélère la rapidité des rotations, dont la durée pourra vraisemblablement être abrégée.

“ Dans l'état présent de nos cimetières, il n'y a pas lieu de craindre l'infection des puits du voisinage, alors que ces puits sont à la distance réglementaire des habitations.”

Ces conclusions sont, comme on le voit, très rassurantes. Elles pèchent même, à notre avis, par un excès d'optimisme. En tout

(1) La commission se composait de MM. Hérédia, G. Martin, Bouchardat, Bourgoin, Caffort, A. Carnot, Foydeau, Huet, Leroux, du Mesnil, Fasquier, Schulzenberger.

cas, elles ne visent que les cimetières de Paris où les membres de la Commission ont fait leurs expériences, et il serait imprudent d'en faire l'application à tous les autres. D'autres travaux de la même époque ont été rédigés dans le même sens que celui de la Commission. Nous citerons dans le nombre la thèse du docteur Robinet, sur *les prétendus dangers des cimetières*, soutenue en 1880, et le travail du docteur P. Martin, de Lyon, intitulé : *Les cimetières et la crémation*; mais une réaction s'est produite depuis cette époque; les hygiénistes ne sont plus aussi convaincus de l'innocuité des inhumations et ils pensent que les prescriptions légales que nous avons énumérées plus haut ne sont pas complètement suffisantes pour assurer la sécurité publique.

Des recherches récentes ont prouvé, en effet, que la promptitude avec laquelle les cadavres sont détruits dans le sol est extrêmement variable. Elle dépend de la nature du sol, de sa porosité, de la quantité d'eau qu'il reçoit, de la profondeur des fosses et de la température de l'air. Le travail de destruction comprend, en effet, deux périodes successives qui ont été exposées par MM. Schœnfeld et Grandhomme, dans un rapport qu'ils ont adressé, en 1891, au gouvernement prussien, au nom du Comité supérieur des affaires médicales. La première phase est celle de fermentation putride; elle n'a lieu qu'en présence de l'eau. Elle est l'œuvre des bactéries et s'accompagne de la formation d'une grande quantité de gaz infects et de ptomaines. La seconde, au contraire, exige le renouvellement rapide de l'air et le contact de l'oxygène avec les tissus organiques; elle consiste dans l'oxydation, la nitrification des produits azotés, et leur transformation en humus, avec formation de nitrate, de sulfate, etc. Elle ne s'accompagne ni de dégagement de gaz infects, ni de production de ptomaines.

Cette condition de la présence successive de l'air et de l'eau explique comment les cadavres se momifient dans un sol radicalement sec comme les sables du désert, et ne se détruisent pas dans les terrains trop imprégnés d'eau. Lorsque la nappe souterraine est trop rapprochée de la surface du sol, l'eau envahit le fond des fosses, les cadavres y macèrent et ne sont pas détruits. C'est également ce qui arrive dans les pays où il pleut sans cesse et où le sol est imperméable.

La nécessité d'une circulation rapide de l'air dans le sol, pour la décomposition des corps inhumés, a été démontrée de nouveau par les expériences faites il y a trois ans à Saint-Nazaire. L'accroissement rapide de ce port admirablement situé à l'entrée de la Loire, a forcé d'agrandir son cimetière. Le sol en est constitué par de l'argile compacte qui retient les eaux à une distance de la surface, variant, suivant la saison, de 1^m60 à 0^m60. Les cercueils plongent dans le liquide et il n'est pas rare d'y trouver les corps presque entiers au bout de cinq ans.

MM. Coupry, Lemut et Guérin (de Nantes) ont imaginé, pour remédier à cet inconvénient, un mode de drainage qui leur a par-

faitement réussi. Sur une parcelle du cimetière, ils ont creusé 18 fosses de 87 centimètres de profondeur, séparées par un intervalle de 40 centimètres. Au fond de chaque fosse, ils ont élevé quatre murettes en pierres sèches de 16 centimètres de hauteur disposées en croix et ne se touchant pas à leurs points de rencontre. Les bières furent posées sur ces murettes et leur intervalle fut comblé par des escarilles. Les drains en poterie établissant la communication entre toutes les fosses conduisaient les eaux d'infiltration dans un égout qui longe l'allée du cimetière et se termine au dehors.

Les premières expériences ont été faites le 9 juin 1891. Au bout d'un an, les corps inhumés ont été trouvés sans odeur et réduits à l'état de squelette. Toutes les parties molles avaient disparu et on trouvait, dans les bières, de nombreux insectes parfaitement vivants. Comme comparaison, on a exhumé, au même moment, un corps inhumé cinq ans auparavant dans la partie non drainée du cimetière, et on l'a trouvé transformé en gras de cadavre dans sa totalité. Tout travail de décomposition était suspendu. Cette expérience prouve qu'un bon système de drainage assurant l'assèchement et l'aération du sol au-dessous et autour des tombes, accélère notablement la destruction des corps qui y sont inhumés.

Nous étudierons, dans un prochain article, l'influence que la composition des terrains, la nature de la bière, les substances anti-septiques ou conservatrices qu'on y introduit et la température exercent sur la marche de la putréfaction et nous indiquerons les règles d'hygiène qui doivent présider à l'établissement, à l'entretien et à la suppression des cimetières.—Jules ROCHARD, in *Union Médicale*.

Lait cru ou lait bouilli.—M. CROLAS fait connaître à la Société des Sciences médicales de Lyon, certaines modifications que fait subir au lait l'ébullition.

Les recherches de M. Crolas ont été faites sur le lait de vache provenant d'une ferme du département de l'Isère; et il résulte des analyses soigneuses faites comparativement avant et après l'ébullition que :

1^o L'ébullition enlève au lait une petite quantité de beurre entraîné par l'albumine au moment de la coagulation par la chaleur, quantité que l'on retrouve, du reste, dans la pellicule qui se forme sur le lait bouilli et refroidi;

2^o L'ébullition n'a aucune action sur la caséine et la lactose; ces principes subsistent tels qu'avant l'ébullition;

3^o L'ébullition augmente la quantité de phosphates solubles; ce qui semble indiquer que le lait bouilli contient une plus grande quantité d'acide phosphorique immédiatement assimilable.

De toutes ces recherches, M. Crolas se trouve donc autorisé à conclure que le lait bouilli est au moins équivalent comme produit alimentaire, sinon supérieur, au lait non bouilli.—*Abeille médicale*.

PATHOLOGIE MENTALE

Folie puerpérale, par le Dr H. DAGONET (1).—L'état puerpéral est signalé par tous les auteurs comme une cause d'aliénation assez fréquente. Il n'est pas sans importance d'examiner ce qu'on doit entendre, sous le nom d'état puerpéral, lorsque surtout il s'agit de rechercher le rôle pathogénique que cette situation vient jouer dans le développement des accidents cérébraux.

L'état puerpéral ne comprend à vrai dire que l'ensemble des modifications fonctionnelles et organiques qui surviennent chez les femmes pendant et après la parturition, jusqu'au retour des règles, ou jusqu'à l'établissement de la lactation. Cette manière de considérer l'état puerpéral nous paraît la plus rationnelle. Cependant, au point de vue de notre sujet, nous admettons les trois périodes suivantes : 1^o période de *gestation* ; 2^o de *parturition* ; 3^o de *lactation*. On observe (Krafft Ebing) les proportions suivantes pour la fréquence de la folie, à ces différentes périodes :

Grossesse.....	3,1 p. 100
Etat puerpéral.....	9,2 —
Lactation.....	5,6 —

Première période de la folie puerpérale.—*Grossesse.*—Si quelques phénomènes nerveux apparaissent au début de la grossesse, on peut surtout observer à mesure que celle-ci avance, et particulièrement dans les trois derniers mois de la gestation, lorsque le sang vient à subir d'importantes modifications. D'une part, la fibrine augmente et se rapproche de la proportion que l'on rencontre dans les phlegmasies ; de l'autre, il y a diminution des globules et de l'albumine ; le sérum devient moins riche en matériaux solides ; il y a tendance à l'anémie et prédispositions aux hydropisies.

L'altération chloro-anémique que subissent les femmes enceintes, et l'influence sympathique exercée par l'utérus sur le système nerveux, nous expliquent en partie les phénomènes morbides qu'on peut alors observer : tels sont les migraines, les névralgies de diverses parties du corps, la gastralgie, les appétits bizarres, les vomissements plus ou moins opiniâtres.

Si on arrive aux faits proprement dits, on peut diviser les phénomènes qui se manifestent pendant la gestation en trois groupes ou degrés. A un premier degré, le plus léger, il y a des troubles cérébraux assez fréquents, mais sans altération bien notable des

(1) Extrait du *Traité des maladies mentales*, du Dr H. Dagonet, qui paraîtra prochainement à la librairie J.-B. Baillière et fils.

phénomènes de volition et de jugement. On peut observer quelques bizarreries de caractère, une exagération de la sensibilité locale et générale, la femme peut manifester quelques caprices ou des craintes exagérées, mais la raison et la volonté sont conservées. Rien n'est plus fréquent que d'entendre les femmes dire à toutes les époques de la grossesse : " Si je m'écoutais, je ferais telle ou telle chose, mais je comprends que cela me nuirait et nuirait à l'enfant que je porte."

A un deuxième degré, la volition et le jugement sont altérées, mais partiellement. La femme fait alors ce qu'elle ne devrait pas, parce qu'elle ne comprend pas qu'elle fait mal, ou parce qu'elle ne peut pas s'empêcher de le faire. C'est ainsi qu'on a acquitté des femmes coupables de délit envers les choses, vols, incendies, etc., ou envers les personnes, voies de fait, homicides, etc. On les a excusées, lorsqu'elles avaient manqué aux lois de l'honneur et de la probité, par cela seul qu'elles étaient enceintes. Mais c'est ici que commence l'exagération.

Il existe chez la femme grosse des désirs si intenses qu'ils deviennent des idées fixes. Ainsi il est positif que la femme, pendant la gestation, peut quelquefois avoir des mouvements très prononcés de sympathie ou d'antipathie ; mais ces mouvements sont-ils plus forts que l'empire de la volonté raisonnée et raisonnable ?

Une jeune mariée avait pour son mari une répulsion invincible, mais elle avait la conscience de la peine qu'elle lui causait ; elle n'aimait pas pour cela un autre homme. Cette répulsion a pris fin en même temps que la grossesse. Il est inutile de faire l'histoire des envies que les femmes enceintes manifestent avec impatience et vivacité, mais jamais la volonté n'a été assez troublée pour permettre quelque acte nuisible, un vol, un homicide, etc. La femme conserve assez de force de volonté pour résister quand elle le doit.

A un troisième degré les facultés sont troublées dans leur généralité : c'est la folie, avec ses degrés et ses variétés.

Suivant Marcé, la folie qui paraît se rattacher au travail de la gestation ou en recevoir sa cause excitante ne débute guère qu'à partir du quatrième mois, pour croître ensuite progressivement, tandis que les troubles moraux sympathiques, très marqués dans les premiers mois, vont généralement ensuite en s'effaçant. D'après l'auteur que nous citons, la mélancolie serait la forme d'aliénation prédominante. Schmidt donne pour les formes d'aliénation mentale qui dépendent de la grossesse les proportions suivantes :

52,9 p. 100 ..	Mélancolie.
31,3 — ..	Manie.
10 — ..	Délire syst. chron.
5,8 — ..	Paralyse générale.

Parmi les faits nombreux que Marcé a pu étudier à ce point de

vue, il ne se trouve qu'un très petit nombre de cas où l'accouchement ait mis fin au trouble intellectuel survenu pendant la grossesse; le plus souvent même le trouble s'est aggravé et la mélancolie s'est transformée en un état maniaque plus ou moins violent; l'avortement, proposé comme moyen de guérison de la folie des femmes grosses, doit donc être sévèrement réprouvé.

Le Dr Cerise s'était élevé déjà contre cette pratique de l'avortement qu'il avait vu employer en Angleterre. Dans le cas qu'il a eu l'occasion d'observer, la malade succomba aux suites de l'avortement, sans qu'il se fût manifesté la moindre amélioration de l'état mental.

La grossesse, chez les aliénées, est habituellement normale; bien plus, on a observé des cas où des femmes, tant qu'elles restaient bien portantes, étaient sans cesse exposées à faire des fausses couches; elles accouchaient au contraire à terme lorsqu'elles étaient prises d'aliénation mentale.

Quant à l'influence heureuse, admise par quelques auteurs, de la grossesse elle-même sur le désordre mental, elle est des plus contestables. Esquirol regarde comme exceptionnelle la guérison de la folie par le mariage et par l'accouchement; il dit avoir vu, au contraire, beaucoup de folies, non seulement persister, mais encore s'aggraver dans de telles conditions.

Les observations que nous avons faites nous-même à ce sujet nous confirment dans cette opinion. Nous nous souvenons d'une jeune fille atteinte de nymphomanie, et qui devint enceinte après être sortie, par amélioration, de l'établissement de Stéphanfeld. Cette malheureuse a vu sa folie s'aggraver par le fait de la grossesse et de l'accouchement.

Les psychoses qui se produisent dans les premiers temps de la grossesse ont un pronostic moins grave que celles qui surviennent plus tard. Leur durée est en général de quelques mois et les récurrences sont fréquentes pendant les autres grossesses.

Deuxième période de l'état puerpéral. Folie puerpérale proprement dite.—L'état puerpéral proprement dit comprend non seulement l'acte même de l'expulsion du fœtus, mais encore les modifications locales ou générales qui surviennent à la suite du travail de l'accouchement jusqu'au moment où les organes de la génération ont repris leurs fonctions normales suspendues par la gestation.

L'aliénation puerpérale proprement dite, est celle qui se développe dans les quatre ou cinq semaines qui suivent l'accouchement, jusqu'au rétablissement régulier de la menstruation, ou jusqu'à l'époque où la lactation est devenue un état véritablement physiologique, si la femme allaite.

Il est inutile d'énumérer les causes qui prédisposent les femmes à l'aliénation pendant l'état puerpéral; les douleurs térébrantes du travail de l'enfantement, l'anxiété qui les accompagne, l'impatience qui domine à ce moment les femmes, souvent même les

mouvements de colère qu'elles ne peuvent retenir, telles sont les causes puissantes d'excitation cérébrale. Si l'on y ajoute cet excessif besoin de sommeil qui tourmente les nouvelles accouchées, et que viennent interrompre à chaque instant de nouvelles douleurs, l'état d'anémie profonde et les hémorrhagies qui peuvent survenir à la suite du travail, on comprendra combien sont nombreux les éléments morbides qui viennent aggraver cette disposition spéciale. "Pendant le travail, dit le professeur Nægelé, il se passe une modification importante dans tout le système nerveux de la femme, qui se fait voir par le changement de son caractère et les émotions qui l'agitent. Les femmes les plus sensées, les plus courageuses, divaguent alors et deviennent pusillanimes. La physionomie est altérée, les yeux sont hagards, le regard fixe; mais c'est pendant la troisième et la quatrième période du travail que cet état ressemble à un véritable accès d'aliénation mentale."

Suivant certains auteurs on voit, dans l'accouchement normal, le délire survenir assez fréquemment pendant quelques minutes, et persister même des heures entières, au moment de la dilatation du col ou par suite du passage de la tête.

Ce délire passager, qui se manifeste pendant l'accouchement et souvent immédiatement après, a été désigné par quelques médecins sous le nom de *folie transitoire* (*paraphrosyne*).

Klug rapporte le cas d'une paysanne admise à l'hôpital de Berlin, qui fut pri-o, à la suite d'un accouchement laborieux, d'une agitation extrêmement violente, au point qu'elle cherchait, aussitôt après avoir accouché, à saisir son enfant pour l'étrangler. Cet état d'agitation dura environ quatre heures, puis elle se remit tout à coup comme si elle sortait d'un rêve, demandant à la gardienne des explications sur ce qui s'était passé. On comprend quelles difficultés l'appréciation de semblables accès peut présenter en médecine légale.

Le travail de l'enfantement, sa durée, ses difficultés, les vives douleurs qui l'accompagnent, les hémorrhagies plus ou moins abondantes, exercent sans doute une influence puissante sur le développement de la prédisposition à l'aliénation; mais les impressions morales jouent un rôle bien autrement important dans la production de cette maladie: le chagrin, la honte, la misère, la jalouseie, etc., telles sont les causes habituelles signalées par les auteurs. Esquirol a trouvé que les influences agissant sur le moral sont quatre fois plus nombreuses que celles qui ont une action physique. Parmi les causes physiques, on a cité les écarts de régime, l'impression du froid, qui aurait déterminé la suppression des lochies.

L'hérédité joue dans la production de la folie puerpérale un rôle considérable. Burrow a cherché à démontrer que la moitié au moins des femmes atteintes de folie puerpérale présentent une disposition héréditaire.

D'après le Dr Helft, de Berlin, la proportion serait de 39 p. 100. Sur trente malades que j'ai observées à Stéphansfeld et devenues aliénées à la suite de couches, quatorze avaient des parents aliénés, soit 46 p. 100.

Campbell Clark insiste tout particulièrement sur l'infection, qu'il considère comme l'une des causes qui peuvent produire, même en dehors de toute prédisposition, la psychose puerpérale.

Cette toxémie peut résulter : 1o De la diminution, des modifications ou même de l'arrêt des sécrétions et excrétions de l'organisme (bile, suc intestinal, urine souvent albumineuse, lochies, lait); — 2o De l'absorption de la sepsine, provoquée par les nombreuses affections de la matrice consécutives aux couches; — 3o Des processus de fermentation; — 4o Des intoxications nouvelles ou accidentelles, typhus, scarlatine; emploi exagéré de l'alcool, du chloroforme, etc. Le Dr Idanof, de Moscou, considère comme trop exclusives les théories de Hansen, en Allemagne, et de Cramer, de Prague, sur l'action toxémique comme cause de la folie puerpérale; il pense que ce sont surtout les émotions morales qui viennent influencer sur l'organisme de la femme dont les forces physiques et nerveuses sont déprimées par les couches.

Les grandes pertes sanguines doivent être, suivant Idanof, considérées comme un facteur étiologique puissant, fréquent surtout parmi les habitants des campagnes et dans la classe pauvre des grandes villes. Lorsque l'hémorrhagie a été abondante il suffit, dit-il, d'une forte émotion pour provoquer la psychose, surtout si le sujet est prédisposé aux maladies mentales.

En résumé, d'après cet auteur, les psychoses observées dans le cours de la période puerpérale ont des causes variées qui peuvent se diviser en deux groupes: a) Causes qui prédisposent; — b) Causes qui produisent.

Dans la première catégorie on doit classer : 1o l'hérédité, qui a une très grande importance puisqu'on l'observe dans 56 p. 100 des cas; 2o à cette catégorie se rapporte également l'influence compliquée de la première grossesse et des premières couches. Comparée à celle des couches suivantes, l'influence des premières couches s'observe dans 45 p. 100 des cas de psychose puerpérale, presque moitié des cas.

Dans la deuxième catégorie, l'infection doit être placée au premier rang, mais cette infection, comme le remarque Campbell Clark, peut provenir soit de la matrice, soit des autres organes, tels que les reins, les intestins, etc. Ainsi 70 p. 100 appartiennent à l'infection : sur ce chiffre l'infection provenait soixante six fois de la matrice et quatre fois des reins. Dans plus de la moitié des cas, des émotions morales plus ou moins fortes avaient eu lieu concurremment.

Il convient de remarquer, comme le fait le Dr Idanof, que, d'après les comptes-rendus des établissements d'obstétrique, la proportion des troubles puerpéraux de la matrice atteint une

moyenne de 8 à 9 p. 100. Si l'on considère le chiffre total des couches on verra qu'un très grand nombre de femmes ont été atteintes de fièvre et, en général, d'infection puerpérale, et que, néanmoins, les cas de psychose puerpérale sont assez rares. Les émotions morales doivent donc être considérées comme exerçant une action puissante, l'infection à elle seule n'aurait pas suffi dans la plupart des cas à déterminer la psychose.

Quoi qu'il en soit, il est indispensable, pendant la période puerpérale, de préserver la femme aussi bien de toute cause d'infection que des émotions morales ; et lorsque la psychose s'est produite, il est de toute nécessité, pour élucider définitivement l'étiologie, de procéder soigneusement à l'examen gynécologique et d'explorer avec attention tous les autres organes, les causes d'infection pouvant provenir d'un grand nombre d'organes externes.

Début de la folie puerpérale.—C'est ordinairement du cinquième au dixième jour après l'accouchement, quand la sécrétion du lait est en train de s'établir, qu'on observe le plus communément l'explosion de la folie puerpérale. On trouve comme symptômes précurseurs, plus ou moins longtemps avant l'invasion de la maladie, une irritabilité extraordinaire, de l'insomnie, de la céphalalgie, le regard brillant, la figure animée, exprimant déjà un certain degré d'agitation ; la sécrétion du lait diminue, s'arrête même ; il y a de la constipation.

Cet état peut être accompagné ou non d'un mouvement fébrile ; tantôt le pouls reste faible et tranquille, tantôt il est petit et rapide. La peau peut être chaude, humide, mais c'est surtout à la tête que la chaleur se porte ; on constate parfois des bourdonnements d'oreilles ; la langue est blanche, le ventre reste souple, les malades se montrent d'abord mécontentes, silencieuses, et témoignent de l'indifférence à l'égard de leur enfant, puis le délire se caractérise de plus en plus. Lorsque celui-ci revêt une forme grave, souvent mortelle, on voit la langue devenir sèche et fuligineuse ; les sécrétions cessent brusquement ; les malades tombent dans un état d'indifférence, d'hébétéude et bientôt de coma, qui ne tarde pas à amener la mort.—(A suivre).

Ne pas honorer la vieillesse, c'est démolir, le matin, la maison où l'on doit coucher le soir.

Les plaisirs sont comme les aliments : les plus simples sont ceux dont on ne se dégoûte jamais.

Ne vous avisez pas de mentir à une personne ; vous serez forcé de dire la vérité à une autre, et vous verrez qu'un jour ces deux personnes là se rencontreront.

FORMULAIRE.

Pilules contre la sciatique.—*Ward Richardson.*

P.—Opium.....	}	ââ
Ipéca.....	}	$\frac{3}{4}$ grain.
Salicylate de soude.....		$5\frac{1}{2}$ grains.
Extrait fluide de cascara.....		q.s.

M.—Pour une pilule. Faire vingt pilules semblables. A prendre: une à trois pilules par jour.—*Semaine médicale.*

Pommade contre les brûlures.—*Starr.*

P.—Perchlorure de fer liquide.....	54 minimes.
Vaseline.....	4 drachmes.

M.—Usage externe. Appliquée tout à fait au début d'une brûlure superficielle, cette pommade calmerait la douleur et prévient la formation de phlyctènes. Elle serait aussi un excellent moyen de pansement des ulcérations résultant de brûlures plus profondes.

Engelures.—*James R. Wood.*

P.—Oxyde de zinc.....	60 grains.
Poudre de camphre.....	} 30 grains.
Poudre de myrrhe.....	
Poudre d'opium.....	
Axonge.....	1 once.

M.—Usage local.—*American Med. Surg. Bulletin.*

Asthme.

P.—Chloral.....	} ââ
Iodure de potassium.....	} $\frac{1}{2}$ drachme.
Sirop d'oranges.....	6 drachmes fl.
Eau.....	6 onces fl.

M.—Dose: De deux à cinq cuillerées à soupe par jour.—*College and Clinical Record.*

Constipation chronique.

P.—Aloès.....	4 grains.
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{4}$ grain.
Extrait de belladone.....	$1\frac{1}{4}$ "
Poudre d'ipéca.....	$5\frac{1}{2}$ grains.

M.—et divisez en 12 pilules. Dose: Une pilule tous les soirs.—*Gazetta Medica di Roma.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, AOUT 1894.

BULLETIN.

Le Onzième Congrès International des Sciences Médicales tenu à Rome, du 29 mars au 5 avril 1894.

Von ZIEMSSEN, de Munich, applique depuis de longues années la *transfusion du sang dans les cas d'anémie grave*. La méthode qu'il préconise et qu'il croit sûre et sans aucun danger pour le malade, n'a d'autre inconvénient que d'exiger un certain nombre d'assistants au courant du procédé. Il s'agit toujours, comme on le voit, de transfusion de sang non défibriné par la voie veineuse et de bras à bras au moyen d'un appareil à la fois aspirant et foulant.

Ziemssen croit que dans les cas où il est difficile ou même impossible d'appliquer sa méthode, il est avantageux de faire des injections sous-cutanées de sang non défibriné, qui ne nécessitent pas une technique aussi complexe, mais qui doivent être suivies d'un massage pratiqué sous le chloroforme, à cause des douleurs très intenses qu'il provoque. Même dans ces cas, les effets sont excellents et s'affirment assez rapidement chez le malade par une série de symptômes précis, tels que la réapparition de l'incarnat des joues, la sensation d'un état de bien-être et de vigueur accusés d'une façon pour ainsi dire immédiate par le malade lui-même. L'augmentation de la quantité d'hémoglobine, du nombre des globes rouges que Ziemssen a toujours pu constater, ne paraît pas la plupart du temps proportionnelle à la quantité de sang injectée. Il ajoute même que dans les anémies chroniques, elle paraît moins en rapport avec la quantité de sang transfusée qu'avec la fréquente répétition d'injections à doses fractionnées.

MM. L. PICOLINI et A. CONTI, de Crémone, communiquent un travail la *toxicité du sérum sanguin et de l'urine dans la pneumonie*. Cette toxicité du sérum varie suivant les cas, mais la gravité de la maladie leur a paru n'avoir aucune influence sur cette toxicité. Celle-ci varie également dans les diverses périodes de la maladie.

acmé, défervescence, guérison, mais les oscillations qu'elle présente sont loin d'être constantes pour chacune de ces périodes. Il y a certains rapports entre le degré de toxicité du sérum et le coefficient urotoxique, mais les résultats obtenus jusqu'ici ne leur permettent pas d'établir de conclusions précises.

M. C. Bozzolo, de Turin, a entretenu le congrès sur les *phénomènes nerveux qui s'observent au cours des méningites infectieuses*. Pour lui, le rapprochement clinique de la méningite à pneumocoques avec la méningite tuberculeuse et avec les autres méningites microbiennes, donne lieu à un certain nombre de considérations intéressantes.

Une première différence s'impose entre la méningite tuberculeuse et la méningite à pneumocoques. Fréquemment, dans cette dernière variété, les symptômes sont réduits au minimum, à ce point que bien souvent ils échappent au clinicien.

D'une façon générale il semble que dans la méningite tuberculeuse les symptômes dépassent notablement la gravité des lésions anatomiques, tandis que dans la méningite pneumococcique ils sont à peine en rapport avec ces mêmes lésions.

M. Bozzolo croit qu'il est légitime de chercher l'explication de ces faits dans l'influence exercée sur le système nerveux, et notamment sur le système cérébral, par les différents virus. C'est ainsi qu'il est possible d'opposer à l'action déprimante du virus pneumonique l'action irritante des autres processus infectieux. Nous rencontrons des faits analogues dans les infections qui agissent selon un mode continu, telle que la syphilis. Dans certains cas, il est vrai, et même en l'absence de toute méningite, des symptômes tétaniques peuvent survenir durant le processus pneumonique. Ces symptômes se rencontrent parfois chez les animaux, lorsque, comme Bozzolo l'a fait sur des lapins, on a soin de leur inoculer des parcelles de substance pulmonaire hépatisée.

L'existence de ces faits rend souvent difficile le diagnostic de cette méningite. De l'avis de M. Bozzolo, il est nécessaire de distinguer plusieurs formes de cette affection : 1o la forme subite; 2o la forme délirante; 3o la forme paralytique, comprenant comme seconde variété, la forme avec ictus apoplectique; 4o la forme tétanique; 5o la forme convulsive; 6o la forme délirante et silencieuse. Parmi les différents éléments du diagnostic, M. Bozzolo est d'avis que deux ont une grande valeur : d'une part l'examen bactériologique du sang, d'autre part la ponction du sac arachnoïde par la méthode de Quincke. Celle-ci a une valeur absolue en ce qu'elle nous permet de faire l'examen bactériologique de l'exsudat et d'y trouver le pneumocoque que l'on peut ensuite obtenir en culture.

M. A. da Rocha, de Coïmbre, émet l'avis que la communication de M. Bozzolo lui semble entraîner quelques considérations. Dans son opinion, les phénomènes nerveux cérébraux que l'on constate

dans la méningite simple relèvent de plusieurs facteurs, parmi lesquels se trouve en premier lieu l'intoxication dont les effets diffèrent avec chaque microorganisme, et la topographie de l'infection. Selon la quantité du poison secrété, selon la durée de l'intoxication, les symptômes sont essentiellement variables, comme l'a dit M. Bozzolo, mais qu'il faut remarquer de plus que lorsque l'infection reste localisée, la quantité de poison secrétée est tellement minime qu'elle s'élimine au fur et à mesure; alors les symptômes cérébraux restent peu prononcés. C'est ainsi que la méningite à pneumocoques se présentera avec des symptômes très graves ou au contraire très modérés.

MM. APORTI et RADELLI, de Crémone, parlant des *modifications du nombre et de la forme des globules blancs dans la fièvre typhoïde*. Les analyses ont été faites dans le cours et au décours de la fièvre. Or voici les résultats: Durant le cours de la maladie, le nombre des globules blancs oscille dans les limites normales. Dans la convalescence on obtient une augmentation relativement prononcée des leucocytes. Quand il survient des complications pulmonaires et intestinales: pneumonie, péritonite, etc., la leucocytose est très manifeste. Dans tous les cas, les proportions numériques des diverses formes de leucocytes se sont montrées normales.

M. GILBERT, de Genève, parle d'un *nouveau traitement de la pleurésie tuberculeuse par la sérothérapie*. Il se base sur les expériences de M. Debove, de Paris, et de A. Rémond, de Metz, et il a cherché l'effet que pouvait produire l'injection sous cutanée de cet exsudat sur l'affection elle-même.

Il résulte des expériences de M. Debove que les exsudats de l'organisme chez les tuberculeux contiennent des produits analogues, sinon identiques à ceux que Koch a désignés sous le nom de *tuberculine*.

L'idée vint à M. Gilbert d'essayer ce liquide organique comme agent thérapeutique dans les cas de pleurésie tuberculeuse, en réinjectant par la méthode sous cutanée 1 centigramme cube de l'exsudat, aspiré au moyen de la seringue de Pravaz. Il a eu l'occasion de traiter par cette méthode 12 pleurétiques. M. le professeur Bourget, de Lausanne, en a fourni 7 observations et M. le Dr André, de Genève, en ont donné chacun une. Cela fait un total de 21 malades, traités par les injections des exsudats tuberculeux. Sur ce nombre, 9 peuvent être considérés comme ayant servi de contrôle. La plupart des malades n'ont reçu que deux injections à un ou deux jours d'intervalle. Chez tous ces patients le début de la maladie remontait à moins de huit jours. Deux fois l'injection n'a produit aucune réaction et aucune modification. Dans tous les autres cas l'injection de l'exsudat a été suivie d'une réaction générale plus ou moins forte avec une élévation de la température ayant varié de 28°5 cent. à 40°. A partir du jour de

l'injection, on constate la diminution de l'épanchement pleurétique. Peu à peu tous les symptômes s'atténuent, l'état général s'améliore, et en six à dix jours on obtient une ré-absorption complète et définitive de l'exsudat. M. Gilbert croit avec MM. Debovo et Rémond qu'on peut considérer l'exsudat pleurétique comme une tuberculine atténuée et qu'on peut l'injecter sans inconvénient au malade porteur de cet exsudat.

M. A. JANICKE, de Breslau, a pu constater chez la plupart des femmes de 20 à 40 ans (dans 60 à 70 0/0 des cas), et à la suite d'un examen minutieux de l'abdomen, la présence d'*adhérences intestinales chroniques*. Ces adhérences sont en général disséminées dans les diverses parties de la cavité abdominale. Or, ces reliquats de péritonites chroniques localisées provoquent des troubles de nature vague, considérés souvent et à tort comme étant d'origine hystérique. Quand les intestins sont vides, ces adhérences sont difficiles à percevoir et ne peuvent être constatées que par une main très expérimentée. Mais si le tube digestif se trouve dans un état de réplétion moyenne, elles peuvent être senties beaucoup plus distinctement sous forme d'indurations qu'on retrouve exactement à la même place et à chaque nouvel examen.

Dans la plupart des cas (75 0/0), les brides proviennent de phlegmasies ayant eu les organes génitaux pour point de départ. Dans les autres cas, elles sont consécutives à des appendicites, à des coliques hépatiques accompagnées d'irrigation péritonéale, enfin à des ulcères de l'estomac ou du duodénum.

Le traitement doit consister surtout, outre un régime alimentaire approprié et des mesures ayant pour but d'obtenir des évacuations alvines régulières, dans l'application répétée de révulsifs (vésicatoires teinture d'iode), afin d'amener et d'activer la résorption des adhérences, ainsi que dans l'emploi des émissions sanguines locales (sangues) destinées à combattre les exacerbations inflammatoires qui se produisent de temps à autre au niveau des brides cicatricielles.

M. QUEIROLO, de Pise, a fait des expériences dans le but d'établir le rôle du foie dans les intoxications intestinales. Chez le chien, il a réussi à réunir la veine porte et la veine cave sectionnées transversalement et à faire ainsi circuler directement le sang qui provient de l'estomac et de l'intestin dans le système nerveux général. Les chiens ainsi opérés vivent pendant plusieurs mois dans un état de santé parfaite, sans paraître éprouver la moindre gêne, et peuvent être soumis à n'importe quel régime alimentaire.

En utilisant ce procédé, M. Queirolo a pu constater certains phénomènes : il a pu voir notamment que les urines des chiens ainsi opérés ne sont pas plus toxiques que celles qui proviennent de chiens non opérés et que le sérum provenant de la veine porte n'est pas plus toxique que le sérum transsudé dans la cavité pleurale.

L'expérimentation permet donc de conclure que le foie n'exerce pas de fonction dépurative sur le sang provenant des intestins. D'après M. Queirolo, les substances toxiques ne pénètrent pas, à l'état normal, de l'intestin dans le sang, la paroi intestinale constituant une barrière protectrice puissante. L'indication dans les intoxications aiguës d'origine intestinale sera donc de rechercher toujours les altérations de l'épithélium intestinal.

M. BOINET, de Marseille, communique un travail sur les *troubles moteurs observés dans l'impéridisme*. Ces troubles moteurs peuvent se diviser en deux catégories : 1o les paralysies et les atrophies musculaires ; 2o les troubles moteurs d'ordre convulsif.

Les paralysies se divisent en trois groupes : 1o les paralysies passagères liées à l'accès de fièvre, disparaissant avec lui ou ne durant que quelques jours, justiciables de la quinine et offrant tous les caractères des paralysies corticales ; 2o les paralysies limitées à un ou plusieurs groupes musculaires, surtout à ceux qui sont innervés par le cubital, comme dans la fièvre typhoïde. Ces paralysies sont, en général, transitoires, dans certains cas, cependant, elles peuvent persister ou même se généraliser. Ce sont parfois de véritables myélopathies et elles sont dues alors, d'après Maillot, à des foyers hémorragiques de la moelle ; 3o les paraplégies palustres, qui ne sont pas extenso-progressives comme les paralysies dysentériques, sont habituellement complètes d'emblée et plus prononcées à la périphérie qu'à la racine des membres, sans troubles de la vessie ni du rectum. Les troubles de la sensibilité consistent en douleurs névralgiques, en hyperesthésie cutanée, parfois en une anesthésie très marquée ; on observe aussi des paraplégies à répétition ; 4o les atrophies, survenant tantôt d'emblée, et tantôt consécutives aux contractures. Ces atrophies se font en masse, sauf quand elles sont liées à une névrite, et dans ce cas, elle sont le plus souvent limitées à la zone d'innervation du cubital.

Les névrites périphériques palustres peuvent atteindre le tronc du sciatique, dans certains cas, elles constituent tout-à-fait le tableau du tabes.

Les paralysies dépendent, soit des altérations du sang, consécutives à la présence de l'hématozoaire de Laveran, soit à des troubles circulatoires ; elles peuvent être myélopathiques ou tenir à une névrite périphérique. C'est surtout dans la seconde variété de troubles moteurs que le réflexe toxique d'origine palustre joue un rôle.

Ces derniers troubles sont d'ordre convulsif. Ce sont le plus souvent des *tremblements* qui offrent plusieurs aspects : tantôt ils persistent pendant le repos, ont une faible étendue et affectent le type parkinsonien ; tantôt ils se produisent à l'occasion des mouvements volontaires et ressemblent au tremblement de la pseudo-sclérose en plaques. Ces tremblements peuvent être limités à un membre. Dans un cas, M. Boinet a observé une chorée rythmée

développée sous l'influence d'un accès pernicieux. Les mouvements thoraciques, les mouvements athétosiques, la tétanie, les convulsions, les contractures ont été également constatés.

Le pronostic de ces différents troubles varie selon les cas ; assez bénin dans les paralysies transitoires à type cortical, il est plus grave dans les cas de névrite périphérique ; il est surtout sérieux dans les paralysies avec lésions myélopathiques. Quant aux troubles convulsifs, ils n'offrent aucune gravité.—(A suivre).

A travers la thérapeutique.

Le *British Medical Journal* publie en éditorial, dans sa livraison du 21 avril 1894, un article très sensé sur les *antiseptiques de l'intestin*. On fait remarquer tout d'abord que les aliments, dans les modifications physiologiques qu'ils subissent avant leur absorption, passent par plusieurs états dont quelques-uns sont toxiques ; les peptones, par exemple, injectés dans le système veineux autre que celui de la veine porte, produisent du coma, des convulsions et la mort. Des alcaloïdes élaborés par le sujet vivant et auxquels Gautier a donné le nom de leucomaines, nous sommes encore peu renseignés en dépit de tout le travail considérable qui s'est fait sur ce sujet. Plusieurs de ces corps ont été isolés, mais il est très difficile de les étudier et de les identifier. Quant aux substances résultant de la simple putréfaction des matières intestinales, nous sommes mieux renseignés, attendu que ces substances : indol, skatol, phénol, etc., existent aussi dans les putréfactions albumineuses en dehors du corps. Elles sont à la fois antiseptiques et toxiques, mais dans le foie, elles se combinent avec l'acide sulfurique, et étant ainsi devenus inertes, sont excrétés par les reins. La quantité de ces "sulfates aromatiques" dans l'urine indique exactement la somme de putréfaction dans l'intestin.

En appréciant l'importance clinique de la sepsie intestinale, nous devons nous rappeler que, outre l'action directe des corps ainsi produits, il y a certains microbes pathogéniques qui ne peuvent élaborer leur poison qu'en présence des produits de putréfaction.

Depuis quelques années, bon nombre de médicaments ont été employés contre la putréfaction des matières intestinales. Les mercuriaux ont été longtemps employés dans ce but, mais des découvertes récentes ont fait qu'on peut les employer plus efficacement. La solution de sublimé est très souvent prescrite dans la diarrhée d'été chez les enfants, laquelle dépend probablement, dans une certaine mesure, de la décomposition du lait dans la saison chaude.

Parmi les substances antiseptiques employées, il en est une que Bouchard a préconisé: le *naphtol b*. Celui-ci et ses auxiliaires, l'*hydronaphtol*, la *naphtaline* et le *naphtol a* sont de puissants antiseptiques sans être toxiques vu leur insolubilité. Le *salol*, comme on sait, n'éprouve aucune altération dans l'estomac, mais dans l'intestin grêle il se divise en ses deux constituants: acide phénique et acide salicylique. Il est surtout utile dans l'indigestion se produisant dans le duodénum où une fermentation excessive produit de la douleur et de la distension de cette partie de l'intestin quelques heures après les repas, le tout accompagné de l'action irrégulière de l'intestin et de selles muqueuses et fétides. On peut aussi prescrire le *bétol*, les *sulfo-carbolates*, l'*aseptol*, la *créosote*, le *gaiacol*, l'*iodoforme*, l'*eau chlorée*, le *benzoate de soude*, la *résorcine*, la *thymol* et l'*acide borique* en certains cas spéciaux, mais plusieurs de ces désinfectants de l'intestin ayant l'inconvénient d'être toxiques ou trop solubles, ne peuvent atteindre l'intestin. Dans beaucoup de cas il est bon de nettoyer la muqueuse intestinale par l'irrigation du rectum et du colon descendant avec une solution d'acide borique, d'acide salicylique ou de tout autre antiseptique.

Quant à la diète, il a été prouvé que dans le régime lacté la putréfaction intestinale est moins active que lorsque les aliments sont surtout albumineux. De là l'emploi, de préférence, du lait dans la maladie de Bright et la fièvre typhoïde. Les symptômes de la putréfaction des matières intestinales sont la diarrhée avec selles très fétides, flatulence, douleur abdominale et dilatation de l'intestin. D'autres symptômes, plus ou moins obscurs, sont produits par la résorption, dans le sang, des toxines produites dans l'intestin: anémie, nutrition défectueuse, vomissements, céphalalgie et autres manifestations nerveuses.

Dans un bien plus grand nombre de maladies l'action des antiseptiques est limitée à diminuer les toxines et à combattre leurs effets. Dans le traitement du choléra et de la dysenterie, les résultats ont été souvent contradictoires, mais dans la fièvre typhoïde il est admis que la diarrhée, la fétidité des selles et le météorisme sont efficacement combattus par les antiseptiques.

Le groupe des naphtol et le salol ont été très utiles dans l'entérite tuberculeuse. Le gaiacol serait même préférable. L'avantage qu'il y a, dans les cas de chlorose, à vider l'intestin par des purgatifs, suggère l'emploi des antiseptiques intestinaux dans cette maladie sans toutefois affecter l'état du sang. Il y a cependant des cas d'anémie qui dépendent directement du mauvais état des intestins et s'accompagnent de selles fétides, et alors que la guérison peut être produite par l'emploi du naphtol b.

* * *

Nouveau traitement du rhumatisme aigu.—M. Bourget (de Lausanne) a communiqué à la Société vaudoise de médecine le résul-

tat des nombreuses expériences qu'il a faites relativement à l'absorption par la peau, sans frictions énergiques, de l'acide salicylique prescrit sous la forme d'une pommade dont on enduit simplement les grandes articulations, qu'on enveloppe ensuite de flanelle.

La difficulté était de trouver un véhicule qui entraînaît rapidement l'acide salicylique dans le courant sanguin.

Voici quatre formules dans lesquelles l'acide salicylique est associé chaque fois avec un véhicule différent, et le résultat qu'elles donnent. L'urine est recueillie toutes les demi heures, et on dose l'acide salicylique qu'elle contient en le transformant en tribromphénol :

10 Acide salicylique	10 grammes.
Glycérolé d'amidon.....	90 —

Des traces d'acide apparaissent dans l'urine cinq heures après l'application de la pommade, l'urine des vingt-quatre heures n'en contient que 0 gr. 003 à 0 gr. 095 milligrammes.

20 Acide salicylique.....	10 grammes.
Vaseline.....	90 —

Des traces d'acide apparaissent au bout de deux heures ; l'urine des vingt-quatre heures en contient de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 centigrammes.

30 Acide salicylique.....	10 grammes.
Axonge.....	90 —

Au bout d'une heure, la réaction est déjà assez intense, l'urine des vingt-quatre heures contient 0 gr. 10 à 0 gr. 2½ centigrammes d'acide salicylique.

40 Acide salicylique.....	} à 10 grammes.
Lanoline.....	
Essence de térébenthine....	
Axonge.....	

Dès la première demi-heure, il se produit une forte réaction salicylique dans l'urine ; une vingtaine de dosages donnent comme quantité passée dans les urines en vingt-quatre heures, de 0 gr. 20 à 0 gr. 84 centigrammes d'acide.

Si, dans cette dernière formule, on remplace l'acide salicylique par le salol, ce n'est qu'au bout de quarante-huit heures d'application de la pommade que l'on constate une légère absorption, due probablement à une dissociation du salol.

Or, depuis deux ans, tous les malades atteints de rhumatisme aigu entrés dans le service de M. Bourget, ont été traités exclusivement par la pommade salicylique d'après la quatrième formule :

aucune autre préparation salicylée n'a été administrée à l'intérieur; les résultats sont remarquables.

La douleur est supprimée dès les premières heures qui suivent l'application de la pommade; le gonflement diminue en général dès le second jour; la fièvre tombe complètement entre le troisième et le cinquième jour; enfin, jamais l'emploi de cette méthode n'est suivi d'accidents, comme on en observe avec les préparations salicylées données par la bouche.

Un avantage qui a également sa valeur, c'est l'économie considérable qu'on réalise dans le traitement.

* * *

Le docteur J. POWERS a employé avec succès, dans les cas d'incontinence nocturne d'urine chez les petits garçons, l'obturation, au moment du coucher, avec du collodion, de l'orifice préputial du malade. S'il ne se passe rien d'anormal, on trouve, le matin, le prépuce légèrement distendu par une petite quantité d'urine. Si l'enfant se réveille dans la nuit avec le besoin d'uriner, il peut très facilement enlever lui-même, avec le doigt, la petite couche de collodion. Par ce procédé, M. Powers aurait obtenu rapidement, parfois en quinze jours, la suppression complète de l'incontinence nocturne d'urine.

* * *

Le gaiacol pur, appliqué localement au moyen d'un bourdonnet de coton absorbant est recommandé par le Dr J. H. RAYMOND dans le traitement de l'amygdalite. Dans le but d'humecter l'arrière gorge, il conseille l'emploi de trochisques de guimauve ou de gaiac ou encore des gargarismes.

* * *

ROKITANSKY, dans le *Journal de Médecine de Paris*, suggère pour le traitement de l'asthme, la potion suivante: Hydrate de chloral, iodure de potassium, 2 grammes (15 grains) de chaque, dissous dans 150 grammes (5 onces) d'eau avec addition de 20 grammes (5 drachmes) de sirop d'écorce d'orange amère. La dose est de deux à cinq cuillerées à soupe dans les vingt-quatre heures.

Bonheur...Chimère que nous appelons sans cesse, même lorsque nous l'avons près de nous, et dont nous ne constatons la présence qu'en le voyant disparaître. Mon ami X..., qui n'est pas une bête, prétend que le bonheur consiste à avoir assez de santé pour jouir de sa fortune et assez de fortune pour jouir de sa santé.

Canadian Medical Association.

Il se fait en ce moment de grands préparatifs à St Jean, N.B., pour la réception de la Canadian Medical Association, qui doit avoir ses séances les 22 et 23 août prochain.

Voici quelques-uns des travaux inscrits :

Cas de pratique—R. J. McKECHNIE, Nanaïmo, B. C.

Une année d'expérience sur les appendicites—JAS. BELL, Montréal.

Un cas de tuberculose du bras, de 14 ans de durée, guéri par inoculation de l'érysipèle.—W. S. MUIR, Truro, N. S.

Traitement des maladies de l'ovaire et des trompes.—A. LAPHORN-SMITH, Montréal.

Antiseptie intestinale dans les fièvres typhoïdes.—D. A. CAMPBELL, Halifax, N. S.

L'abus des divers agents caustiques dans le traitement des affections nasales.—E. A. KIRKPATRICK, Halifax, N. S.

Les connaissances actuelles sur les causes de l'asthénopie.—F. BULLER, Montréal.

Céphalalgie par fatigue oculaire.—J. H. MORRISON, St Jean, N. B.

Observations sur l'épilepsie.—W. H. HATTIE, Halifax, N. S.

Influence de l'esprit sur les maladies.—J. A. McLEAY, Watford, Ontario.

Le cœur chez les mineurs.—R. A. H. MACKKEEN, Cow Bay, Cape Breton, N. S.

Considérations sur la chirurgie.—S. F. BLACK, Halifax, N. S.

Quelques dégénérescences fonctionnelles du foie.—J. C. GRAHAM, Toronto.

Traitement de certaines formes d'hémorrhagie utérine.—F. J. BIBBY, Port-Hope.

Considérations sur la médecine.—Wm. BAYARD, St-Jean, N. B.

Cas d'ophtalmologie et d'otologie.—STEPHEN DODGE, Halifax, N. S.

Les travaux seront lus dans l'ordre de leur réception par le Secrétaire. Il est important pour ceux qui désirent présenter des travaux d'en informer le Secrétaire le plus tôt possible.

Officiers pour 1893-94 :

Président, T. T. Harrison, Selkirk, Ont.

Secrétaire-général, F. N. G. Starr, Toronto.

Trésorier, H. B. Small, Ottawa.

Vice-présidents : Pour Ontario, T. R. Eccles, London ; Québec, J. Stewart, Montréal ; Nouveau-Brunswick, J. Christie, St Jean ; Nouvelle-Ecosse, W. S. Muir, Truro ; Manitoba, R. Spencer,

Brandon; Territoires du Nord-Ouest, F. R. Newburn, Lethbridge; Ile du Prince Edouard, F. B. Taylor, Charlottetown; Colombie Anglaise, R. E. McKechnie, Nanaimo.

Secrétaires locaux: J. Olmsted, Hamilton; J. V. Anglin, Montreal; M. McLaren, St-Jean; R. A. H. McKeen, Cow Bay; A. McDarwid, Winnipeg; Calder, Medecine Hat; Johnston, Charlottetown; Walker, New-Westminster.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

INDEX.—Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, United-States Army—Authors and Subjects. Vol. XV.

Ce volume contient 6152 titres par nom d'auteur, représentant 3312 volumes et 4235 pamphlets. Il contient, en outre, 8596 titres et sujets de livres et pamphlets distincts et 35667 titres d'articles de publications périodiques.

Universidad-Vzoroff.—Washington-Government Printing Office, 1894

Dans les quinze volumes parus à ce jour, se trouvent 163,605 titres par nom d'auteur, représentant 80,806 volumes et 139,891 pamphlets, 160,245 titres de sujets de livres et 497,832 titres de sujets d'articles de journaux et 4,335 portraits.

MAURICE ALBERT.—Les médecins grecs à Rome, par MAURICE ALBERT. Octavo 323 pages, 1894. Librairie Hachette & Cie, 79 Boulevard St Germain.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les préparatifs pour le prochain congrès de l' "American Public Health Association" qui, comme nous l'avons déjà annoncé, aura lieu à Montréal du 25 au 28 septembre prochain, progressent rapidement. L'assistance à ce congrès promet d'être très nombreuse; et sans parler des membres qui viendront des Etats-Unis, du Mexique, d'Ontario et d'ailleurs, le comité local compte aussi, avec raison, sur les nombreuses adhésions nouvelles que devra lui apporter la profession médicale de cette Province, car c'est devenu une coutume pour l'association de recueillir un grand nombre d'adhérents dans les régions qu'elle visite. Les compagnies de chemin de fer ont réduit leur taux de retour en faveur des coa-

gressistes qui produiront un certificat établissant qu'ils ont assisté aux délibérations de l'association.

La souscription au Congrès n'est que de cinq dollars, ce qui représente à peu près la valeur du compte-rendu des délibérations du congrès qui est adressé gratuitement à chaque adhérent.

Souscrire une année n'engage à rien pour l'avenir, les membres de l'association pouvant ne se qualifier que pour le congrès auquel ils assistent.

Des formules d'adhésion au congrès seront transmises sur demande adressée soit au Dr J. B. A. Lamarche, soit au Dr E. Pelletier, à Montréal.

L'alcoolisme en Prusse.—D'après le *Hamburger Freisinniger Zeitung*, il y a eu en Prusse, dans l'espace d'un an, 1,200 individus qui sont morts de *delirium tremens* et 500 qui se sont suicidés à la suite d'ivresse.

Nombre de médecins à Paris.—D'après une statistique récemment dressée par la préfecture de police, il y a à Paris 2,208 médecins.

C'est donc à peu près un médecin par 1,000 habitants.

D'après les adresses fournies par ces médecins, le nombre des praticiens est bien plus grand dans les quartiers riches que dans les quartiers pauvres.

Naissance.

GRIGNON. — A Ste-Adèle, le 7 juillet, l'épouse de M. Wilfrid Grignon, M.D., un fils.

Mariage.

RIVERIN-TESSIER.—A Chicoutimi, le 5 juin, M. le docteur Adé-
lard Riverin, à Mademoiselle Léda Tessier.

Décès.

BERTHIAUME—A Montréal, le 10 juillet, à l'âge de 27 ans, dame Albina Roy, épouse de M. le docteur O. D. Berthiaume, de St-Télesphore et sœur de M. le docteur J. A. Roy, de Montréal. Nos très sincères condoléances à la famille.

Errata.

Dans notre livraison de juillet à la page 390, 2e ligne, le mot *terses* doit être remplacé par les mots, *bien écrits*.