

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

The Institute has attempted to obtain the best original copy. 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 essayé d'obtenir la meilleure copie originale. 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.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Pagination irrégulière. |

L'ABELLE MEDICALE

Journal de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal,
de l'Hôpital Hôtel-Dieu, de la Maternité Ste. Pélagie
et des Dispensaires.

Rédacteur : THS. E. D'ODET D'ORSONNENS, M. D.

Vol. III.

Novembre et Décembre 1881.

Nos. 11 et 12

Il est vraiment pénible de voir comme on cherche toujours et de plus en plus à tromper le public au sujet de *la question Universitaire*. Par exemple dans une communication qui, sous ce titre a paru dans la *Minerve* "le 12 novembre dernier, on lit :

" Dans ce Décret du 1er février 1876, après avoir rappelé " la nécessité de pourvoir à l'instruction supérieure des jeunes " gens de Montréal, et les empêcher d'étudier dans les écoles " affiliées aux universités protestantes ;— après avoir déclaré " qu'il n'y a pas *d'autre moyen* d'atteindre ce but, que d'éta- " blir une succursale de l'Université Laval à Montréal, la " Sacrée Congrégation de la Propagande fait savoir aux " Evêques de la Province qu'ils devront procéder à l'exécu- " tion de ce projet sur les bases qu'elle indique..... " Le 13 septembre dernier, le Pape déclare expressément lui- " même que c'est sa *volonté décidée* que l'on doit s'en tenir au " Décret de la Congrégation précité."

C'est donc, de l'aveu même de l'auteur anonyme de cette communication, le Décret du 1er février 1876 qu'il faut suivre, d'autant plus que le 13 septembre dernier le Pape déclare expressément sa *volonté décidée* que l'on doit s'en tenir à ce Décret. Eh bien ! c'est là exactement ce que l'École a toujours prétendu, et c'est justement parce que ce Décret n'a pas été exécuté que l'École a porté plainte à Rome.

En effet au lieu du prétendu extrait du Décret du 1er février 1876, tel que cité dans la communication sur la question Universitaire, et tel que reproduit plus haut, il est écrit dans ce Décret, (ce qui a un sens tout autre et ordonne un mode d'agir tout contraire à ce qui a été exécuté et que par des efforts inouis on cherche opiniâtrément à maintenir), il est écrit, dis-je, " que l'on reconnaît la nécessité de pourvoir en " quelque manière à l'instruction supérieure de ces jeunes " gens de Montréal qui ne peuvent fréquenter l'Université " Laval, comme aussi d'empêcher que les écoles de droit " et de médecine, existant dans la dite ville, ne continuent " d'être affiliées à des universités protestantes, et beaucoup " plus encore que les étudiants catholiques ne fréquentent " de telles Universités. Que du reste, comme il est évidem- " ment impossible de la part de Laval d'accorder l'affiliation " aux dites Ecoles, laquelle équivaldrait à l'érection d'une " Université, pour ainsi dire distincte et indépendante à " Montréal, afin de pourvoir cependant à la nécessité énoncée " plus haut, il ne se présente pas d'autre expédient que celui " d'établir à Montréal une succursale de l'Université Laval, " projet à l'exécution duquel les Evêques, en union avec " Laval devront procéder sur les bases suivantes... .."

Le 1er février 1876 Rome voulait donc venir au secours de l'Ecole de médecine *existant alors à Montréal*. Cette Ecole n'était-elle pas, dans le temps comme aujourd'hui, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, établie en 1843, c'est-à-dire longtemps avant Laval ?

Rome trouvait impossible de la part de Laval de lui accorder l'affiliation, et il ne se présentait pas d'autre expédient que celui d'une succursale sur les bases posées par le décret.

N'est-ce donc pas alors une preuve insigne de mauvaise foi dans la communication sur la question Universitaire du 12 Novembre publiée par la *Minerve* de dire : " *pour empêcher les jeunes gens d'étudier dans les Ecoles affiliées aux Universités protestantes,*" lorsque le décret s'exprime au contraire en ce sens positif " l'on reconnaît la nécessité. d'empêcher que

“ les Ecoles de Droit et de Médecine existant dans la dite ville
 “ de Montréal, ne continuent d'être affiliées à des Univer-
 “ sités protestantes..... afin de pourvoir à la nécessité énon-
 “ cée plus haut, il ne se présente pas d'autres expédient que
 “ celui d'établir une succursale de l'Université Laval à
 “ Montréal. ”

Pour tout esprit droit et honnête la volonté de Rome était claire et explicite. D'ailleurs il n'y avait pas d'autre Ecole de Médecine catholique en existence alors et affiliée à une Université protestante, et c'était justement pour remédier à cet état de choses que S. G. Mgr Bourget, alors Evêque de Montréal, demandait l'érection d'une université dans son Diocèse.

Ne croyant pas devoir lui accorder cette Université, le St Siège venait par la succursale mettre fin à la position faite à l'Ecole et dont se plaignait Mgr Bourget pour motiver sa demande.

Aussi d'après les bases sur lesquelles devait s'établir cette succursale, il est dit :

3o. Que les professeurs de Droit et de Médecine à Montréal feront partie de la faculté respective établie à Laval en vertu de la Charte Royale.

Ceci n'établit-il pas clairement d'après les prémices déjà citées du Décret que les professeurs, qui occupaient alors des chaires dans les Ecoles de Droit et de Médecine, formeraient les facultés de Droit et de Médecine de cette succursale ?

Le St Siège pouvait-il en effet, dans le temps, faire allusion à cette quatrième école que l'on devait chercher à faire surgir plusieurs années plus tard sans aucune existence légale ? Le prétendre serait plus que ridicule. D'ailleurs le Délégué Apostolique s'est prononcé trop catégoriquement à ce sujet, pour qu'on puisse entretenir le moindre doute sur cette question, et M. Hamel le sait encore mieux que nous !

Plus loin dans le Décret, dans les bases posées, on lit encore :

7o Les professeurs de Montréal seront nommés, comme ceux de Laval, par le Conseil Universitaire, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

Ceci veut évidemment dire qu'en cas de vacance le conseil universitaire nommera les professeurs, la branche de Montréal ayant préalablement été consultée.

Cette branche de Montréal peut elle être autre chose que le corps des professeurs des écoles alors existantes à Montréal, devenues de fait par le Décret les facultés respectives de la succursale, comme il est ordonné plus haut à l'article 3^o ; autrement, comment et qui consulter ? où serait la branche de Montréal à consulter ?

Le but évident du décret du 1er février 1876 (auquel ont été référés Mgr. Racine et M. Hamel dans leur voyage à Rome par la décision du Pape le 13 septembre dernier), est donc formellement de pourvoir en quelque manière à l'instruction supérieure des jeunes gens de Montréal comme aussi d'empêcher que les écoles de Droit et de Médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes. Or ce décret en date du 1er février 1876 ne regardait que l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, qu'au lieu de protéger, on n'a fait que chercher en certains lieux à détruire.

L'autorité de Rome est l'autorité suprême. Sa volonté est exprimée en termes clairs et précis et il n'y a pas à s'y méprendre.

L'Ecole a toujours dit qu'elle était prête à s'y soumettre, elle n'est donc pas en défaut. Aussi tout ce que l'on a pu faire n'a-t-il eu pour unique résultat que de la faire grandir, de la faire connaître davantage. Jamais en effet elle n'a été aussi prospère, jamais elle n'a eu un aussi grand nombre d'élèves. Ses cliniques sont suivies par les jeunes gens mêmes des autres Universités, l'Hôtel-Dieu leur offrant un si vaste champ pour y étudier la Pathologie et la Chirurgie ! Ce n'est pas là du reste le seul avantage que présente cet hôpital, son charnier est encore là pour l'étude de l'Anatomie pathologique. Avec ces ressources si précieuses et la ferme résolution de ses professeurs de donner leurs cours avec le plus de soin possible, l'Ecole conservera toujours toute son importance.

Mais avant de terminer, nous répéterons encore, car c'est là le point capital, que l'auteur anonyme de la communication, dans la *Minerve*, sur la question universitaire, en date du 12 novembre dernier, défigurait étrangement le décret du 1^{er} février 1876 dans la citation qu'il en faisait et que nous reproduisons derechef pour mieux y attirer l'attention :

“ Dans le décret du 1^{er} février 1876, après avoir rappelé la nécessité de pourvoir à l'instruction supérieure des jeunes gens de Montréal et les empêcher d'étudier dans les écoles affiliées aux Universités protestantes.....

“ Il n'y a pas d'autre moyen d'atteindre ce but que d'établir une succursale de l'Université Laval à Montréal.”

Ce prétendu extrait du décret est absolument faux, non pas seulement par la différence des mots, mais surtout quant au sens et l'intention prêtés à ce vénérable document. Car il ne dit pas *pour empêcher les jeunes gens d'étudier dans les écoles affiliées aux Universités protestantes*, mais bien au contraire “ empêcher que les Ecoles de Droit et de Médecine, existant dans la dite ville, ne continuent d'être affiliées à des Universités protestantes.”.....

Par conséquent ce n'était pas une quatrième école, ou si l'on veut, une nouvelle Ecole de Médecine, que le St. Siège suggérait d'établir à Montréal, mais ne pouvant, pour les raisons alléguées dans le Décret, ordonner l'affiliation de l'Ecole de Médecine alors existante, il en voulait faire une succursale de Laval *pour l'empêcher de continuer d'être affiliée à une université protestante*.

Donc empêcher l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal de continuer d'être affiliée à une université protestante, tel était le seul but du Décret du 1^{er} février 1876, et suivre ce Décret est encore l'ordre formel du Pape, en date du 13 septembre 1881.

Par conséquent on n'aura exécuté ce Décret que lorsque l'on aura mis l'Ecole de Médecine dans la position voulue par le St. Siège.

LA SAINT LUC.

Le 18 octobre dernier était la fête patronale des Etudiants de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Comme par ces années passées, ces messieurs avaient tout organisé pour la célébrer avec le plus d'éclat possible. Le soir il devait y avoir une séance littéraire et musicale au Queen's Hall. Plusieurs orateurs distingués et artistes de renom avaient bien voulu promettre leur concours. Une messe solennelle fut chantée à neuf heures et demie dans la chapelle de Notre-Dame de Lourdes. Au chœur on remarquait quelques uns des membres les plus distingués du clergé, et dans la nef une foule des amis de l'institution. Mais au sortir de l'église on eut la douleur d'apprendre la mort d'un des professeurs de l'Ecole, M. le docteur Bibaud ; et ce jour qui promettait tant de plaisir se changea aussitôt en une journée de douleur.

Le pavillon de l'Ecole hissé à mi-mât annonça aussitôt son deuil !

LE PROFESSEUR BIBAUD.

Un des hommes les plus distingués de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, par ses talents et son érudition vient de disparaître. Le professeur Bibaud est mort à Montréal le 18 octobre dernier, à l'âge de soixante et un ans, après quelques jours de maladie seulement.

Jean Gaspard Bibaud était né à Montréal le 28 mai 1820. Son père était Michel Bibaud, auteur de l'histoire du Canada. Il fit ses études classiques avec beaucoup de succès au collège de Montréal et eut l'avantage de faire sa Rhétorique sous M Sery et sa Philosophie sous M. Larkin, deux des professeurs qui ont jeté le plus d'éclat sur cette maison d'éducation.

Son cours terminé, il se décida à embrasser la carrière médicale et se mit aussitôt à étudier sous son oncle le Dr. Tres

thler qui lui-même était allé suivre ses cours à Paris. Il fut un des élèves les plus distingués de l'Université du Collège McGill dont il reçut le diplôme de Docteur en Médecine et de Maître en Chirurgie le 26 mai 1843.

Le Dr. Dick, médecin interne de l'Hôpital-Général et professeur au collège McGill, qui s'était fait répétiteur des différents cours pour préparer les élèves à leur examen final, mourut à cette époque. Le Dr. Dick était un homme de talents extraordinaires, possédant également bien toutes les branches de la médecine et doué surtout du don d'analyser, de bien faire saisir et de fixer dans la mémoire des étudiants les leçons qu'il leur donnait. Aussi privés de cet enseignement qu'ils suivaient avec tant d'avantages, prièrent-ils le Dr. Bibaud, qui avait été pendant longtemps à l'école du Dr. Dick, de vouloir bien le leur continuer. Il le fit avec empressement et un succès étonnant. Aussi en 1843 et 1844 lorsque l'Ecole de Médecine s'organisa fut-il choisi pour un de ses professeurs. Il se livra dès lors entièrement à l'enseignement médical et se distingua surtout comme anatomiste. Outre son cours public, il continua à domicile ses leçons privées, et les élèves ne se présentaient jamais à leur examen final sans s'y être fait préparer par lui.

En 1852 le Dr Bibaud fut nommé un des Gouverneurs du Bureau des Examineurs pour la Province de Québec; en 1860 Président de l'Institut Polytechnique; en 1861 et 1862 Président de l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal et en 1872 Président de la Société Médicale.

A diverses époques le Dr Bibaud donna, devant différentes sociétés savantes, des lectures tantôt de géologie, tantôt de physiologie, quelques unes sur le magnétisme animal, d'autres sur l'hygiène, et toujours il sut mériter l'approbation des critiques mêmes les plus sévères.

On nous dit que peu de temps avant sa mort il se préparait à publier quelques ouvrages.

Puissent-ils paraître.

Les obsèques du Dr Bibaud ont eu lieu à l'Eglise St. Jacques

qui pouvait à peine contenir l'affluence considérable de ses anciens élèves, de ses collègues de l'Hôtel-Dieu, des Dispensaires, de la Maternité.

Le deuil était conduit par son frère M. le Professeur Maximilien Bibaud, l'Honorable Juge Dorion et M. Charles Lacroix, derrière lesquels venaient les professeurs et les agrégés de la faculté, un grand nombre de médecins, tant de la ville que de la campagne, tous les élèves des autres écoles et une foule considérable de citoyens.

Les cordons du poêle étaient tenus par le Dr Rottot ancien professeur de l'École, le Dr Robillard un des médecins de la Prison, le Dr J. W. Campbell un des professeurs de l'Université Bishop, l'Honorable Dr Paquet, Sénateur, le Dr Coderre, Secrétaire et le Dr d'Orsonnens, Président de l'École de Médecine.

L'inhumation a eu lieu au cimetière de la Côte des Neiges.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sur la gravité des amputations pratiquées pendant la période de la fièvre traumatique.

Leçon faite à l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier, par le professeur DUBREUIL.

MESSIEURS,

Il y a une quinzaine de jours, j'étais appelé dans la soirée à l'hôpital pour un charretier d'une cinquantaine d'années, qui venait d'avoir la partie inférieure de la jambe droite broyée par la roue de sa charrette. Les libations auxquelles ce malheureux s'était livré et dont il est, paraît-il, coutumier, n'étaient probablement pas étrangères à cet accident.

Le premier examen me convainquit que tout espoir de conservation devait être laissé de côté. Il fallait amputer, mais deux questions restaient à résoudre : à quel moment et à quel niveau devait-on amputer ?

Le choix du moment de l'intervention, est un point des plus importants. On peut diviser les amputations en primitives, secondaires, tardives : mais à cette classification qui repose sur des mesures de temps, je préfère de beaucoup une division fournie par l'état du malade, et je distinguerai les amputations motivées par des lésions traumatiques en trois catégories, suivant qu'elles sont pratiquées avant le développement de la fièvre traumatique, pendant le cours de la fièvre traumatique ou après la cessation de cette fièvre.

L'expérience de la dernière guerre a singulièrement éclairé les chirurgiens français sur la valeur relative des opérations faites pendant ces trois périodes, et permis d'établir d'une façon indubitable que les amputations pratiquées pendant la durée de la fièvre traumatique sont de beaucoup plus graves que celles faites avant ou après.

D'autre part, comme à la suite d'un traumatisme aussi considérable que celui qu'avait subi notre blessé, il y a de grandes chances pour que le malade succombe avant la fin de la fièvre traumatique, il me parut formellement indiqué d'agir avant le développement de cette fièvre.

Une seule contre-indication pouvait exister ; c'est l'état de collapsus ou de shock dans lequel se trouvent quelquefois les blessés qui viennent de subir un grand traumatisme. Dans ce cas, l'action des anesthésiques, l'hémorrhagie, si minime qu'elle soit, peut entraîner la mort immédiate, et le chirurgien doit s'abstenir.

Il n'en était heureusement pas ainsi chez notre malade. L'état du pouls, celui de la température montraient que ses forces n'avaient pas subi une dépression telle qu'on ne pût amputer sans témérité. Je me décidai donc à amputer séance tenante ; mais sur quel point du membre devais-je porter le couteau ?

Je n'ai pas besoin de vous rappeler qu'il est de règle générale, quand on ampute, de s'écarter le plus possible de la racine du membre, et cela en raison d'une loi solidement établie, suivant laquelle la léthalité des amputations est en rai-

son directe de leur proximité du tronc. Quant à l'amputation du genou, elle doit être laissée de côté, en raison de sa gravité supérieure à celle de l'amputation de la cuisse. Il semblait donc naturel d'amputer sur un point de la longueur de la jambe.

Mais l'état des téguments qui présentaient une coloration rougeâtre jusqu'au voisinage du genou, la pensée que le traumatisme des os de la jambe, broyés à leur partie inférieure, avait probablement étendu ses effets jusqu'à leur extrémité supérieure, me firent me décider pour l'amputation de la cuisse immédiatement au dessus du cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou. A ce niveau, j'étais certain d'opérer sur des parties saines. L'examen ultérieur de la portion du membre enlevée, vous a démontré que nos craintes étaient fondées ; il existait sous la peau une infiltration sanguine s'étendant jusqu'au haut de la jambe et le tibia présentait une fissure longitudinale qui remontait jusqu'à un point très rapproché de l'articulation.

L'hémostase préventive fut faite avec la bande d'Esmarch et l'amputation fut pratiquée suivant la méthode circulaire et sous le spray. Elle n'offrit rien de particulier. Je dois dire cependant que le spray joint à l'éclairage plus que modeste des lampions administratifs me gêna quelque peu dans la manœuvre. Notre salle d'opérations est très bien éclairée pendant le jour, mais nous devrions aussi être pourvus d'un éclairage suffisant pour les opérations d'urgence que nous sommes quelquefois obligés de pratiquer la nuit, et c'est ce qui nous fait complètement défaut.

Dans ce cas, comme je le fais toujours, quand j'ai à pratiquer une opération tant soit peu sérieuse, j'eus recours à la méthode de Lister strictement appliquée : lavage de la partie sur laquelle doit porter l'amputation avec de l'eau savonneuse, puis avec de l'éther et enfin avec la solution phéniquée, lavage des mains de l'opérateur et des aides, immersion des instruments dans des solutions phéniquées, pulvérisation, ligature des artères au catgut, introduction dans la plaie d'un

drain phéniqué, suture avec de la soie phéniquée. Le pansement fut celui de Lister : Silk protectrice, gaze perduo, gaze avec Makintosh, bande de gaze phéniquée.

Aujourd'hui la plaie est presque fermée, et la guérison est assurée, mais nous avons eu à traverser une période pendant laquelle il était permis de douter du succès. Il est survenu un sphacèle du moignon, contre lequel j'ai eu recours à la solution de chlorure de zinc ; puis il s'est formé à la région externe de la cuisse un abcès qu'il a fallu ouvrir.

A présent, je vous le répète, et vous avez pu vous en assurer, le malade touche à la convalescence, et cette guérison, je l'ai obtenue parce que j'ai rigoureusement suivi les préceptes de la méthode antiseptique, de cette méthode dont il est banal et superflu de faire l'éloge, mais à laquelle on ne peut se dispenser de payer un tribut de reconnaissance, quand on songe qu'elle a changé la face de la chirurgie.

Ici, messieurs, nous nous trouvons dans un mauvais milieu, et nous avons à nous plaindre à la fois de la mauvaise disposition architecturale des salles, de la façon peu convenable dont elles sont tenues, et du service défectueux des agents subalternes insuffisamment surveillés.

Aussi avant l'adoption de la méthode de Lister, nos résultats opératoires étaient détestables ; grâce à Dieu et à Lister, tout est changé aujourd'hui, et la mort d'un amputé est devenue une rare exception, tandis qu'elle était autrefois la règle. Vous me voyez suivre rigoureusement les préceptes de la méthode antiseptique. Je ne comprends rien, en effet, à cette manie de certains chirurgiens qui veulent modifier quand même les préceptes du maître, au risque de compromettre le résultat.

Quant à moi, je les suis à la lettre ; je déclare qu'à mes yeux le chirurgien qui aujourd'hui n'adopte pas la méthode antiseptique commet un acte de criminelle ineptie et d'odieuse inhumanité. — (*Gazette Médicale de Paris*, N° 38, 17 septembre 1881.)

HOPITAL NECKER.

Nécrose syphilitique de la clavicule gauche ; fracture spontanée.

Leçon clinique de M. Bouilly, suppléant M. le professeur Trélat, revue par l'auteur.

La malade dont je veux aujourd'hui vous entretenir présente une lésion intéressante, surtout par sa rareté. C'est une femme de chambre, âgée de 34 ans, entrée à l'hôpital il y a dix jours, le 5 octobre dernier, et couchée au lit n° 15 de la salle Sainte-Marie.

Elle nous disait, à son arrivée dans le service, qu'elle s'était aperçue pour la première fois, il y a quatre mois, de la formation d'une petite tumeur au niveau de la clavicule gauche. Tout d'abord elle n'y prêta qu'une médiocre attention, cette tumeur ne lui causant aucune douleur ; à peine entraînait-elle un peu de gêne ; en tous cas, elle ne l'empêchait nullement de travailler comme par le passé. Mais deux mois plus tard il se fit au même point une petite ulcération, laquelle était encore très peu douloureuse. C'est alors qu'elle fut soumise à un traitement par l'iodure de potassium à la dose de un à deux grammes par jour. Néanmoins l'ulcération s'agrandissait peu à peu sans donner lieu à aucun phénomène particulier, lorsque, le 22 septembre dernier, cette jeune femme, en voulant soulever un seau, sentit tout à coup un craquement se produire au niveau de la tuméfaction ulcérée.

C'est à la suite de cet accident qu'elle vint me consulter, et qu'après examen de la lésion je lui conseillai d'entrer à l'hôpital.

L'aspect extérieur de cette malade indiquait une assez bonne santé, et faisait rejeter toute idée de scrofule ou de cachexie.

Mais, si l'on venait à examiner la région malade, l'on apercevait, au niveau de la partie moyenne de la clavicule gauche, une ulcération assez vaste, allongée dans le sens de

l'os et mesurant de dehors en dedans 5 à 6 centimètres sur 3 à 4 centimètres de haut en bas (1). Cette ulcération offrait ceci de particulier qu'elle était circonscrite par des bords très irréguliers, boursoufflés et décollés, et qu'elle semblait formée par plusieurs petites ulcérations réunies peu à peu pour ne faire qu'une seule et même perte de substance aux dimensions indiquées. Le fond en était jaunâtre, et présentait sous les bords des détritüs grisâtres, filamenteux. La suppuration était très peu abondante, malgré l'étendue de la perte de substance ; le pus était d'une odeur désagréable caractéristique.

Enfin, au fond de l'ulcère on apercevait un corps volumineux, noir comme un morceau de charbon, qui n'était autre qu'une portion de la clavicule nécrosée et faisant saillie au dehors dans une étendue de 3 à 4 centimètres, par suite de la fracture de cet os. Tout le reste de la région était parfaitement sain.

Le diagnostic était donc des plus simples : il s'agissait bien d'une nécrose de la clavicule avec fracture spontanée de l'os dont le fragment interne faisait issue dans la plaie ; mais ce diagnostic eût été insuffisant si nous n'avions cherché à déterminer l'origine et la nature de la lésion, ainsi que l'affection susceptible de l'avoir produite.

Quelles sont donc les causes ordinaires de ces fractures spontanées ?

Il existe deux maladies, relativement fréquentes, capables de donner lieu à de semblables accidents. Ce sont :

1° L'ostéo-myélite de l'enfance ou de l'adolescence, qui, dans sa forme aiguë, produit la raréfaction du tissu osseux et en détermine la nécrose, à tel point qu'un simple effort musculaire peut provoquer la fracture spontanée d'un os long. Ici, pareille cause ne pouvait être admise, n'eussions-nous consulté que l'âge de la malade (34 ans). De plus, l'ostéo-myélite s'accompagne au début de tout un ensemble symptomatique spécial qui avait fait complètement défaut chez elle ;

(1) Je parle, bien entendu, de l'état de la lésion au moment où la malade arrivait à Necker, depuis lors, l'aspect s'est modifié sous l'influence du traitement.

2^o Le cancer, soit en déposant des noyaux secondaires dans l'os, soit en déterminant une fragilité particulière du tissu osseux, partant une fracture, mais sans nécrose, ni séquestre, ni ulcération.

Je cite, pour mémoire, parmi les autres maladies qui peuvent amener la fracture spontanée des os, le *tabes dorsalis*, l'ataxie locomotrice, dans laquelle les troubles de nutrition sont si marqués dans le tissu osseux, comme l'a si bien démontré M. Charcot dans ses leçons de l'hiver dernier à la Salpêtrière. Mais chez notre malade nous n'avions rien de semblable et le siège même de la fracture excluait cette hypothèse.

Après élimination successive des différentes affections qui pouvaient avoir provoqué la fracture spontanée de la clavicule, il ne nous restait qu'une seule maladie capable de préparer lentement et dans le silence des désordres aussi graves et aussi profonds ; je veux parler de la syphilis.

Cependant, d'après notre malade, ses antécédents étaient négatifs ; son mari avait bien une maladie vénérienne lorsqu'elle l'avait épousé, mais elle n'avait jamais remarqué qu'elle eût contracté quoi que ce fût par la cohabitation. Il est très possible que cette femme soit de bonne foi dans son dire et qu'elle ait été infectée à son insu. En l'examinant avec soin, nous avons constaté sur la jambe gauche de petites cicatrices rondes que la malade attribue, — et je le croirais assez volontiers d'après leur aspect, — à une variole datant de plusieurs années.

Nous devons donc laisser de côté les commémoratifs pour nous borner à étudier seulement la lésion actuelle de la région claviculaire. Et, de fait, cette lésion suffit largement à caractériser la nature syphilitique du mal dont cette femme est atteinte.

En effet, cette ulcération à bords serpigineux, à fond grisâtre rempli de détritits sanieux, l'indolence de la lésion, le silence de son évolution, ne peuvent se rattacher à aucune autre affection que la syphilis, sans parler de son siège sur la

clavicule. Cet os partage, comme vous le savez, avec le cubitus et le tibia, le triste privilège d'être le siège fréquent des manifestations graves de la vérole.

Je profite de l'occasion du cas soumis en ce moment à notre observation pour vous rappeler à grands traits les lésions syphilitiques des os.

La syphilis peut intéresser le tissu osseux à deux périodes de son évolution : soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire. Dans le cours de la période secondaire, elle commence à se manifester en atteignant tout d'abord le tissu fibreux des os, le périoste, en donnant lieu à des périostites inflammatoires avec tendance à l'hyperplasie et dépôt osseux, hyperostose ou périostose.

Peut être, même au début de la période secondaire, la syphilis touche-t-elle déjà le système osseux et peut-être provoque-t-elle ces douleurs rhumatoïdes si fréquentes le long de certains os, tels que le tibia par exemple, ou bien ces céphalées si rebelles dont se plaignent assez fréquemment les syphilitiques.

Quoi qu'il en soit, toujours est-il que les premiers accidents se manifestent 8, 10 ou 12 mois après le début de la syphilis ; notamment, leur localisation sur les extrémités articulaires peut déterminer dans les jointures des épanchements de voisinage qui ont été décrits à tort comme de simples hydarthroses. A cette époque, les tendances de la syphilis osseuse sont plastiques, hyperplastiques et non destructives, comme on peut s'en convaincre par l'examen facile des os les plus fréquemment atteints, à savoir le tibia, la clavicule, le cubitus, le sternum et les os du crâne.

Quant aux accidents de la période tertiaire, ils diffèrent tout à fait des précédents. A cette époque, la syphilis se comporte vis-à-vis du tissu osseux comme pour les autres tissus de l'économie : elle y dépose son produit spécifique, ses gommes, facilement résorbables grâce au traitement approprié, mais facilement destinées à la destruction comme le tissu où elles se sont développées, si un traitement bien entendu ne cherche pas à entraver les progrès du mal.

C'est ainsi qu'il peut se faire une *ostéite gommeuse locale, circonscrite*, ce qui est le cas le plus fréquent, ou une *ostéite gommeuse générale ou diffuse*.

Les gommes qui se développent entre le périoste et l'os présentent une forme conique à base périostique, à pointe tendant à pénétrer le tissu osseux proprement dit et à y déterminer une ostéite raréfiante, tandis qu'elle est hypertrophiante à la périphérie. La médication appropriée intervient-elle à temps, les gommes se résorbent, laissant à leur place une dépression en godet sans ulcération de la peau et facilement appréciable au toucher à travers celle-ci.

Il peut aussi se former directement quelques gommes dans le canal médullaire des os et survenir alors une *ostéo-myélite gommeuse*, laquelle amènera, si elle n'est pas convenablement traitée, la raréfaction du tissu osseux, la mortification du réseau vasculaire, la nécrose et la fragilité de l'os.

L'ostéite gommeuse diffuse ne procède pas de la même façon : elle se révèle par une série de petits nodules gommeux infiltrés dans les canalicules de Havers et sous le périoste, ayant peut-être même pour matrice la tunique adventice des petits vaisseaux. Quoi qu'il en soit, leur présence détermine encore la raréfaction des os, la nécrose, d'où la possibilité d'une fracture. Cependant, d'après MM. Cornil et Ranvier, ces nodules syphilitiques ne provoquent pas la thrombose vasculaire comme les nodules tuberculeux et pourraient s'en distinguer par ce caractère.

Ce sont là, sans doute, les accidents qui sont survenus chez notre malade de la salle Sainte-Marie ; elle a bien eu, en effet, quelque gomme sous-périostique ; ainsi l'indiquent la tumeur sus-claviculaire du début, constatée il y a quatre mois, et l'ulcération actuelle en même temps qu'il se formait et se développait dans l'intérieur de l'os des nodules gommeux syphilitiques, qui, par suite d'un traitement insuffisant, ont amené la raréfaction du tissu osseux, sa destruction, sa nécrose, sa fragilité excessive. De là cette fracture survenue spontanément sous l'influence d'un faible effort musculaire et la saillie du fragment interne de la clavicule au milieu de l'ulcération.

L'évolution de ces produits est celle de toutes les gommes : résorption possible sous l'influence du traitement ; destruction et élimination, si elles sont abandonnées à elles-mêmes.

Les symptômes de ces ostéites sont le gonflement et la douleur ; celle-ci cependant fait parfois défaut, et c'est là encore l'un des caractères de la maladie qui agit alors silencieusement, sourdement.

Tels sont les faits sur lesquels je voulais appeler votre attention, d'autant plus que l'histoire des gommes syphilitiques des os n'est pas encore complètement faite, bien que leur évolution ne diffère pas de ce qu'elle est dans les autres tissus de l'économie.

Quant au traitement, je vous dirai que ces malades, comme tous les syphilitiques gravement atteints, doivent être soumis, malgré l'époque parfois éloignée du début des accidents, à la médication mixte : frictions avec 4 grammes d'onguent napolitain, administration à l'intérieur de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes, sans crainte d'arriver progressivement à celle de 4 et même 5 grammes par jour.

C'est là, du reste, le traitement auquel nous avons recours chez notre malade et dont nous avons obtenu déjà chez elle de très bons résultats. L'ulcération a diminué d'étendue, son fond, devenu plus rosé, s'est nettoyé et la perte de substance se comble. Il restera donc la portion nécrosée de la clavicule. Actuellement, nous nous garderons d'agir par une intervention chirurgicale trop hâtive. Il est nécessaire, avant toutes choses, que notre malade soit suffisamment impressionnée par le traitement général que nous lui faisons suivre ; il est nécessaire que l'ulcération soit en bonne voie de cicatrisation, afin que cette plaie, que nous devons agrandir pour aller à la recherche d'un séquestre dont nous ne connaissons pas l'étendue et dont nous attendons la limitation, ait une tendance certaine à se cicatrifier à son tour.

C'est ainsi que nous devons, avant d'intervenir par une opération, attendre trois ou quatre semaines, pendant lesquelles notre malade continuera son traitement mixte. Alors,

mettant à nu une partie de la région saine de la clavicule et décollant avec précaution le périoste, nous ferons la résection de la portion nécrosée.

En résumé, la lésion que nous présente notre malade est un fait rare et dont je n'ai retrouvé qu'un très petit nombre d'observations disséminées çà et là. J'ajouterai de plus que les quelques cas relatés se rapportent tous, par une coïncidence bizarre, à la clavicule gauche.

E. R.

Note. — Après vingt-cinq jours de médication, le fragment nécrosé se détacha spontanément, sans la moindre intervention, et à partir de ce moment l'ulcération, débarrassée du corps étranger, se mit à bourgeonner avec vigueur et à marcher vers une rapide cicatrisation.

(*Gazette Médicale de Paris.*) — N° 44 — 29 octobre 1881.

TAILLE SUS-PUBIENNE.

OPÉRATIONS DE M. PÉRIER D'APRÈS LA MÉTHODE DE PETERSEN.

La taille sus-pubienne est une excellente opération que bien des chirurgiens ont considérée comme absolument préférable à la taille périnéale. Elle a été pratiquée par quelques-uns presque à exclusion de toute autre opération. Amussat la recommandait vivement, et son fils mort récemment l'avait faite plusieurs fois même avec le fil galvanocaustique.

Il y a deux dangers dans la taille sus-pubienne, qui en ont longtemps détourné, la possibilité d'ouvrir le péritoine, et la tendance à l'infiltration urineuse dans la région prévésicale.

L'emploi de la méthode antiseptique donnait déjà des arguments puissants en faveur de la cystotomie sus-pubienne.

En effet la méthode antiseptique peut être appliquée dans toute sa rigueur à la taille sus-pubienne tandis qu'au périnée il est impossible d'obtenir une aseptie parfaite à cause du voisinage de l'orifice anal. Nous avons, dans notre ouvrage

sur la *chirurgie antiseptique*, signalé son application à la taille sus-pubienne. Déjà beaucoup d'auteurs pensaient autrefois que l'ouverture du péritoine n'avait pas une grande importance ; mais avec la méthode antiseptique cette importance diminue encore beaucoup ; si le péritoine est ouvert comme dans un cas du professeur Lister, quelques sutures au catgut réparent le dommage.

Enfin, la suppuration ne se produisant guère dans la chirurgie antiseptique, les fusées purulentes dans le tissu cellulaire sont beaucoup moins à craindre.

Mais voici qu'une modification importante dans la taille sus-pubienne vient la perfectionner encore.

L'injection d'eau dans la vessie précédant la taille conseillée depuis longtemps avait pour résultat de relever le fond de la vessie, et de rendre l'organe accessible à travers la paroi abdominale. Mais cela ne suffit pas toujours, M. Petersen de Kiel a imaginé, après avoir distendu la vessie par de l'eau, de distendre à son tour le rectum par un sac rempli de liquide.

Le résultat de cette manœuvre est de pousser la vessie en haut et en avant. Ces expériences faites d'abord sur le cadavre ont donné le résultat le plus concluant. Après la distension de la vessie par du liquide on sent bien un peu le fond de la vessie vers l'excavation. Mais si on vient à introduire un sac dans le rectum et à le distendre on sent, et on voit même la vessie remonter au-dessus du pubis. Cela a d'autant plus d'importance que si on se contente de l'injection intravésicale pour remonter la vessie, il faut la faire considérable, et, dans ce cas, elle peut devenir dangereuse. Dans un travail sur ce sujet le Dr Carl Langenbuch, de Berlin, qui a étudié ce procédé et poussé l'injection vésicale à ses dernières limites, a bien mis le fait en relief.

Notre collègue, le Dr Périer à l'hôpital St. Antoine, a récemment appliqué deux fois la méthode de Petersen et a communiqué à l'Académie ses deux observations qui contiennent un certain nombre de précautions sur lesquelles il n'est

pas inutile d'appeler l'attention. A l'Académie M. le professeur Gosselin a consacré au travail de notre collègue un rapport intéressant et élogieux.

M. Périer a fait précéder ses deux opérations d'injections dans la vessie pour la rendre aussi aseptique que possible, faites suivant une formule que nous avons déjà donnée avec l'essence de Wintergreen et formulée ainsi :

Essence de Wintergreen.....	6 grammes.
Teinture de Quillaya Saponaria.....	30 grammes.
Eau.....	1 litre.

En même temps, il donnait à ses patients un gramme cinquante centigrammes de salicylate de soude quotidiennement. Ce dernier médicament est donné dans l'espoir de rendre les urines aseptiques, impropres aux fermentations au moins pour quelque temps.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un vieillard de 62 ans qui dans un but inavouable s'introduisait dans la vessie un tube de caoutchouc souple. Ce tube de 70 centimètres de long lui ayant paru insuffisant, il l'avait allongé par l'adjonction d'un autre tube avec un ajutage métallique. Cet ajutage se détacha du grand tube de 70 centimètres qui disparut dans la vessie.

Quatre mois après il se présentait à M. Périer. Il était impossible de songer à retirer par le canal ce tube enroulé, enchevêtré dans la vessie, incrusté de pierres. La taille périméale était rendue presque impossible par des hémorroïdes énormes et une chute du rectum considérable ; aussi M. Périer songea-t-il à la taille sus-pubienne avec la manœuvre indiquée par Petersen.

Après des essais sur le cadavre qui lui parurent probants, il procéda de la façon suivante : anesthésie du malade, fixation d'une sonde métallique dans la vessie. Pour éviter tout reflux de liquide il lia la verge sur la sonde à l'aide d'un tube de caoutchouc. Injection dans la vessie de 250 grammes d'eau phéniquée à 1 pour 100. Un ballon de caoutchouc introduit dans le rectum, et tenu en place au-dessus de l'anus, fut in-

jecté doucement de 550 grammes de liquide. A mesure que l'on faisait cette injection, on voyait en quelque sorte le fond de la vessie s'élever au-dessus du pubis, et en appliquant la main il était facile de sentir que ce fond montait. Aussi, l'injection rectale faite, M. Périer, au-dessus du pubis bien rasé, fit une incision verticale et arriva rapidement sur les fibres musculaires de la vessie. L'ouverture faite, la muqueuse fut aisément distinguée, le tube fut saisi et extrait facilement. Les incrustations qui le revêtaient lui donnaient un aspect des plus bazarres.

M. Périer estimant que la suture de la vessie serait trop compliquée et peu utile, se contenta de placer une sonde urétrale, puis un tube sus-pubien faisant siphon. Cet appareil fonctionna médiocrement, l'urine coula par la plaie et cependant le 28^e jour le malade était complètement guéri.

Le second malade était atteint d'une pierre volumineuse pesant 31 grammes, l'opération fut identique comme procédé, le résultat excellent, l'incision faite loin du péritoine parvint aisément dans la vessie. La pierre fut extraite très facilement. Malheureusement au moment de l'opération le malade était déjà dans l'état le plus déplorable, atteint de néphrite suppurée ; il mourut le cinquième jour et on constata un volumineux abcès dans le rein gauche.

Dans les deux cas toutes les précautions de la méthode antiseptique avaient été fidèlement suivies, et même dans le cas mortel on ne constata pas trace d'inflammation ni d'infiltration urineuse au niveau de la plaie prévésicale. Ce second cas permit même de constater que l'incision était restée bien loin du périnée. Les précautions spéciales prises par l'auteur paraissent devoir jouer un rôle utile dans le maintien de l'asepticité.

En définitive le mémoire très intéressant de M. Périer nous met en possession d'un procédé opératoire qui va réhabiliter la taille par le haut appareil appelée certainement à jouer un rôle considérable. Comme remarque spéciale résultant de son expérience personnelle M. Périer conseille un ballon rec-

tal plus volumineux chez les gens maigres, que chez les gens gros. Ceux-ci ont sans doute le bassin plus étroit et leur vessie s'élève plus facilement.—(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris, octobre 1881.)

Corps étranger du rectum, déplacé et arrêté dans l'S iliaque
— Extraction par l'abdomen. — Suture de
l'intestin. — Guérison.

Par le docteur GENTILHOMME.

Le nommé B***, âgé de 58 ans, manouvrier, entré le 15 Avril, à 11 heures du matin, Salle Saint-Jean, n° 7.

Le malade, à son entrée, se plaint d'éprouver des douleurs abdominales, de la constipation, et d'être considérablement gêné par la présence d'un corps étranger dans le rectum. Il a pu venir à pied sans trop souffrir, mais las des tentatives violentes et infructueuses qu'il a faites pour retirer lui-même cet objet, il s'est décidé à réclamer l'intervention chirurgicale.

Cet homme est âgé de 58 ans, paraissant jouir d'une bonne constitution, ne s'adonne pas aux excès alcooliques; il a deux enfants et est depuis quelque temps séparé d'avec sa femme. Sa sœur nous avoue qu'il jouit d'une assez mauvaise réputation au point de vue de sa moralité. Il y avait aussi souvent, paraît-il, des moments où il ne jouissait pas de toutes ses facultés. Il est très-franc dans ses réponses, qui sont nettes : il se traite lui-même de monstre indigne de vivre, de débauché, etc.

Voilà déjà une vingtaine de fois qu'il s'introduisait dans le rectum des morceaux de bois; il en avait même taillé un pour la circonstance.

Le 13 Avril, à 8 heures du soir, il s'est introduit l'objet que nous avons l'honneur de vous présenter.

Une fois entré aux $\frac{3}{4}$, il l'agitait en tous les sens. préten-

dant éprouver par ces manœuvres une certaine volupté. Mais ce jour-là, le morceau de bois est entré tout entier, et le malade dit n'avoir plus songé du tout à le retirer. Il s'est endormi, et le lendemain matin, éprouvant une certaine douleur dans le bas-ventre, il s'est introduit les doigts dans le rectum, mais sans résultats. Honteux et effrayé, il a couru dans les bois, a taillé un bâton et a encore refoulé, je ne sais dans quel but, le corps étranger. Voyant qu'il ne pouvait aller à la selle, que les gaz ne passaient pas et tourmenté par une vague douleur, il a avoué son aventure à sa sœur et est entré à l'Hôtel-Dieu le surlendemain, c'est-à-dire le 25 Avril, à 11 heures du matin.

Par le palper abdominal, on sent à la hauteur de l'ombilic, mais dans le côté droit, un corps dur, angulaire, large d'environ trois centimètres, mobile transversalement (le malade dit que la veille, il le faisait passer d'un côté à l'autre de l'abdomen). Par le toucher rectal, on constate un élargissement considérable de l'anus, qui est un peu infundibuliforme, un relâchement du sphincter anal, une ampoule rectale très-développée. A quatre ou cinq centimètres au-dessus de l'anus, en avant de la concavité du sacrum, derrière la prostate, on sent un corps dur, arrondi transversalement, angulaire de haut en bas, peu mobile, recouvert par la muqueuse que l'on peut faire glisser facilement sur lui. La main introduite tout entière, facilement et sans douleur, ne peut sentir l'extrémité supérieure du corps étranger. Toutes les tentatives faites par M. le docteur Gaillet pour enlever le morceau de bois par le rectum, ont été sans résultat.

Le lendemain 16 Avril, le malade n'a pas encore été à la selle, si ce n'est que de temps en temps, il sort par l'anus quelques gouttes de liquide jaunâtre, d'une odeur stercorale, mélangées à quelques mucosités. Pas d'écoulement sanguin. Les douleurs sont de plus en plus vives, lancinantes ; l'état général est satisfaisant. Pas de signes de perforation intestinale ; pas de fièvre ; aucun vomissement, pas même de nausées. Le malade a conservé son appétit. Il éprouve quelques difficultés à uriner.

D'après l'examen du malade, il semble que le morceau de bois, long de 20 centimètres, ayant 12 centimètres $\frac{1}{2}$ de circonférence, 3 centimètres de diamètre, cylindrique, un peu rugueux, coupé irrégulièrement en biseau à son extrémité inférieure, a été refoulé le 14 Avril au matin, jusque dans la portion mobile de l'S iliaque, qu'il a tenté de redresser. Puis, par les efforts de défécation, il sera un peu redescendu, entraînant la muqueuse de la paroi antérieure du rectum, qu'il aura refoulée et qui lui aura formé une sorte de gaine, sur une hauteur de plusieurs centimètres, ce qui pourrait expliquer l'insuccès de la tentative d'extraction par le rectum et la sensation de muqueuse glissant sur le corps étranger, pendant le toucher rectal. Grâce à la mobilité de l'S iliaque et à la largeur probablement considérable du mésocolon iliaque, l'extrémité supérieure du bâton pouvait être portée facilement à droite de l'ombilic, jusque près du côté interne du cœcum, endroit où le palper abdominal la faisait percevoir.

L'opération ayant été reconnue urgente, a été faite le 17 Avril, à 3 heures de l'après-midi, par M. le Dr Gentilhomme.

On a pratiqué sur le côté droit de l'abdomen, après avoir fait saillir l'extrémité supérieure du bâton, une incision de dix centimètres, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, partant en haut à trois centimètres au-dessus de la ligne bisiliaque et aboutissant en bas à quatre centimètres au-dessous de cette même ligne, et située à deux centimètres et demi en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Puis on a divisé avec le bistouri sur la sonde cannelée, la paroi abdominale, couche par couche. On a incisé le péritoine et on est tombé sur l'intestin. Cet intestin ne présentait pas de bosselures, de plus, il ne paraissait y avoir que deux bandelettes longitudinales ; sur la plus marquée de ces bandelettes peu vasculaires, on a fait une incision de cinq centimètres, selon l'axe de l'intestin, et le corps étranger a été facilement extrait. Puis on a placé six points de suture avec du catgut sur l'intestin, qui a été rentré. Le péritoine pariétal a été ensuite su-

turé avec du catgut, et la paroi abdominale a été refermée par une suture métallique. On a ensuite appliqué le pansement de Lister. L'intestin n'était pas perforé, mais un peu enflammé.

L'opération a été faite dans une atmosphère phéniquée, grâce au pulvérisateur. L'anse intestinale attirée au dehors, avait été soigneusement entourée d'éponges, qui prévenaient toute pénétration de sang ou de matières intestinales dans la cavité péritonéale.

Le 18 Avril matin, le malade a bien dormi, mais il tousse depuis quelque temps, ce qui lui cause d'assez vives douleurs. Il est un peu agité. Le pouls est petit, faible, régulier, il bat quatre-vingt par minute ; de plus, le malade se plaint de vives douleurs à l'anus. Pour les calmer, on prescrit de l'onguent populeum.

Il demande à manger et surtout à boire. La langue est un peu blanchâtre, pas de nausées, pas de selles.

On prescrit : J. chloral 4 gr., sirop de tolu à volonté, une injection de morphine le soir, bouillon, lait, œufs durs.

Le 19 Avril matin, le malade a bien dormi, tousse moins, langue blanchâtre, pas de douleurs, pas d'agitation, pouls 72. Pas de selles. Etat général satisfaisant, pas de vomissements. On renouvelle le pansement de Lister, toujours sous les vapeurs phéniquées 25/1000. La plaie est nette, les bords ne sont pas gonflés, ils sont à peine rouges. L'abdomen n'a pas le moindre ballonnement, il n'est pas douloureux.

On continue : bouillon, lait, un œuf dur, tolu, chloral, injection de morphine.

Le 20 Avril matin, bonne nuit, va bien, 74 puls. Écoulement de pus par l'anus (dû sans doute à l'irritation du rectum causée par l'introduction répétée du morceau de bois), lavages avec l'eau phéniquée. Le soir, il va bien, a eu selle liquide.

21 Avil, selles abondantes, non douloureuses, pas de fièvre, plus de douleurs, même traitement continué.

22 Avril, pas de fièvre, va à la selle, pas de gonflement, on

renouvelle le pansement de Lister, un peu dérangé, et on enlève deux fils métalliques.

24 Avril, le malade va très-bien, mange de la soupe, un peu de viande. On renouvelle le pansement complètement dérangé par les mouvements du malade. On enlève le dernier fil métallique, qui a déterminé un petit abcès sous la peau de la partie moyenne du bord interne de l'ouverture superficielle. On remplace le pansement de Lister par un morceau de diachylon, car les bords de la plaie sont réunis, sauf au niveau du petit abcès.

28 Avril, pas de fièvre. Il y a un peu de gonflement au niveau de la plaie, dû à la présence du pus dans l'abcès causé par le fil métallique. On élargit un peu l'ouverture, on fait sortir du pus et on applique un cataplasme d'amidon. L'état général est satisfaisant, l'appétit excellent.

30 Avril, guérison complète.

M. Gentilhomme rappelle que les investigations faites avant son examen avaient été sans résultat, c'est pour cela qu'il n'a pas jugé à propos de renouveler les explorations. On ne sentait le corps étranger que dans certains mouvements et c'était l'extrémité supérieure que l'on sentait dans la fosse illiaque droite, la partie inférieure reposant sur l'angle sacro-vébral, il fit sur la pièce de bois une incision de 10 cent. dans la paroi abdominale et le péritoine, puis il incisa l'intestin sur une longueur à peu près égale, fit saillir le corps étranger et le retira de l'abdomen. Il plaça sur l'intestin des sutures perdues au catgut et réunit de même la plaie de la paroi abdominale. Le malade fut pansé suivant le procédé de Lister, il n'y eut aucun accident. — (*Union Médicale et scientifique du Nord-Est*, n° 9, 15 Septembre 1881.)

Académie de médecine : DISCUSSION SUR LA VALEUR COMPARATIVE DES DIFFÉRENTS PROCÉDÉS D'ABLATION DES POLYPES DE L'UTÉRUS.

La communication que M. Guéniot avait faite dans l'avant-dernière séance de l'Académie de médecine sur la valeur comparative des différents procédés d'ablation des polypes de l'utérus a eu un écho retentissant dans la séance de mardi dernier. Elle nous a valu la bonne fortune d'assister à une leçon très instructive de clinique chirurgicale, doublée d'une véritable joute oratoire qui dénote chez les maîtres de la chirurgie française une égale habileté à manier la parole et l'instrument tranchant.

M. Guéniot, on se le rappelle, avait envisagé cette question opératoire à un point de vue tout à fait spécial. Une femme, dans le cours de la gestation, présente des signes qui conduisent le chirurgien à diagnostiquer l'existence d'un polype de l'utérus. Mais ce polype est de petite taille, et les accidents qu'il engendre sont assez bénins pour rendre inutile une intervention immédiate, capable de provoquer l'interruption de la grossesse. Cependant la femme est à terme. Le moment d'agir est venu et l'intervention s'impose au médecin familiarisé ou non avec la pratique chirurgicale. Dans un tel cas, M. Guéniot estime, et avec juste raison, que l'emploi du serre-nœud mérite la préférence, comme étant à la fois d'une application inoffensive et facile : inoffensive parce qu'elle met à l'abri des hémorrhagies et n'expose pas aux tractions susceptibles d'abaisser ou d'inverser l'utérus : facile, parce qu'une anse en fil de fer se laisse glisser sans peine le long d'un polype allongé pour atteindre la base d'implantation du pédicule. Or, dans le cas de grossesse, l'utérus est forcément relevé et le pédicule du polype d'un accès plus difficile, même quand il s'insère sur le col. On comprend que, dans ces conditions, M. Guéniot ait préconisé l'emploi du serre-nœud, instrument qui est à la portée de tous les praticiens et d'un maniement aussi simple qu'inoffensif.

M. Léon Labbé a ouvert le débat ; il a reproché à M. Guéniot de laisser dans l'oubli un procédé opératoire qui, tout en écartant le danger d'hémorrhagie, répond à la préoccupation dominante de l'époque actuelle, d'éviter les accidents infectieux, procédé dont l'emploi est aussi facile et aussi sûr que l'application du serre-nœud ; c'est l'ablation avec l'anse galvanocautérique.

Mais, pour mieux faire éclater les avantages et la supériorité de ce procédé, M. Labbé a senti le besoin de déplacer la question du point où l'avait fixée M. Guéniot. Au lieu du cas simple d'un polype peu volumineux, allongé, d'un accès relativement facile dont le pédicule mince se délimite bien de la base d'implantation, il a envisagé le cas où la tumeur, très volumineuse, forme corps avec l'utérus qu'elle abaisse et dont elle peut, en vertu de son poids, retourner le fond. La question une fois placée sur ce terrain, M. Labbé a quelque peu négligé le serre-nœud pour faire le procès sommaire de l'écraseur, avec plus d'habileté que de succès.

En effet, si en théorie l'emploi de l'anse galvanocautérique en bouchant les vaisseaux de la surface de section ferme du même coup la voie d'écoulement au sang et l'accès aux germes du dehors, il ne semble pas que cela suffise pour abolir les dangers de l'infection. Car M. Labbé, qui pratique à l'exclusion de tout autre procédé celui de l'anse galvanocautérique, proclame bien haut la nécessité de recourir quand même à l'emploi des précautions antiseptiques ; or rien n'empêche d'en faire autant, lorsque le serre-nœud ou l'écraseur linéaire peuvent donner les mêmes résultats opératoires. Aussi, pour discréditer à fond l'emploi de l'écraseur linéaire, M. Labbé n'a rien trouvé de mieux que d'évoquer certaine opération restée gravée dans l'esprit des chirurgiens et où, dans un cas de polype volumineux s'insérant sur le fond de l'utérus retourné en cubule, l'ablation du néoplasme à l'aide de l'écraseur entraîna la perforation de la matrice avec hernie des viscères intestinaux. Et il ne restait plus qu'à laisser croire que seul l'instrument de Chassaignac expose à cette grave complication. Il y eût eu de quoi effrayer des esprits non prévenus.

M. Verneuil ne s'est pas fait faute de demander à M. Labbé comment, dans un cas où le fond de l'utérus, tirailé par un polype volumineux, se renverse en cul de bouteille, on réussirait à éviter le danger de la perforation avec l'anse galvanocaustique plutôt qu'avec l'écraseur linéaire ? C'est en vain qu'on prêterait que la chaîne de l'écraseur attire en bas les tissus à mesure qu'elle les divise ; car il suffit d'avoir sectionné un col d'utérus avec cet instrument pour se convaincre du contraire. Le danger de la perforation est donc le même *dans ce cas particulier*, qu'on emploie l'anse galvanocaustique, l'écraseur linéaire ou le serre-nœud. Dans tout autre cas, l'écraseur linéaire est, pour M. Verneuil, l'instrument par excellence pour pratiquer l'ablation des polypes de l'utérus. M. Guéniot avait parlé des difficultés qu'il pouvait y avoir à appliquer la chaîne de l'écraseur sur un pédicule placé à un niveau assez élevé. Mais cette difficulté disparaît quand on se sert de l'écraseur perfectionné par M. Desprez, de Saint-Quentin, et dont la chaîne s'articule avec le manche de l'instrument et peut ainsi en être isolé. Elle disparaît avec l'écraseur ordinaire lorsque, à l'exemple de M. Verneuil, on fixe le long de la chaîne un fil de fer qui lui communique la souplesse, la même flexibilité qu'à l'anse du serre-nœud. Cette difficulté n'existait d'ailleurs presque plus, pour les polypes qui s'insèrent à l'entrée de l'utérus, depuis que le spéculum de Sims met l'opérateur à même d'attirer le col, sans traction, à l'orifice vulvaire.

Pour M. Gosselin, on n'a pas seulement exagéré la difficulté d'aborder les polypes qui s'insèrent non loin de l'entrée de l'utérus ; on a exagéré aussi les dangers d'hémorrhagie. Sur cinquante ablations de polypes de l'utérus, pratiquées par l'éminent chirurgien, une seule a été suivie d'une hémorrhagie abondante, réprimée sans peine par le tamponnement. C'est parce que les femmes à polype perdent beaucoup de sang qu'on a cru, mais à tort, que l'ablation de la tumeur devait avoir pour conséquence facile une abondante perte de sang. Or l'hémorrhagie symptomatique a pour siège, non le polype,

mais la muqueuse congestionnée de l'utérus. Pour ces motifs, M. Gosselin n'hésite pas à maintenir la préférence à l'excision des polypes de l'utérus avec l'instrument tranchant. En agissant ainsi, on obtient une surface de section d'une grande netteté, qu'on peut modifier à loisir pour prévenir et combattre le danger capital, celui de l'infection.

En somme, cette discussion a montré que les divers procédés opératoires, qui ont chacun leurs partisans et leur détracteurs, ont aussi, leurs indications spéciales et qu'ils ne sauraient être préconisés d'une façon exclusive. M. Trélat a insisté sur ce que les difficultés, dans la chirurgie des polypes utérins, tiennent bien plus au diagnostic qu'à l'instrumentation.

En présence d'un polype de faible dimension, pédiculé, dont la base d'implantation est accessible à la main de l'explorateur munie ou non de l'hystéromètre, aidé ou non par l'application préalable du spéculum bivalve, par la dilatation spontanée ou artificielle du col, le chirurgien n'a que l'embaras du choix du procédé. Qu'il sectionne le pédicule avec le bistouri ou avec les ciseaux, qu'il l'arrache par la torsion, qu'il l'enlève avec l'écraseur ou avec le serre-nœud, l'opération sera toujours facile et les conséquences peu à craindre. Mais quand la tumeur est volumineuse, quand elle remplit le petit bassin et que son pédicule est d'un accès difficile, alors la difficulté est réelle ; car le pédicule peut renfermer dans son épaisseur des vaisseaux du calibre d'un doigt, circonstance rare, mais possible ; il peut s'implanter par une large base sur la paroi utérine amincie. En pareil cas, la vie du sujet dépend non seulement du choix du procédé opératoire, mais de la prudence de l'opérateur. Celui-ci devra se placer dans les meilleures conditions pour avoir libre accès vers le lieu d'implantation de la tumeur ; et si le polype fait corps avec l'utérus, s'il y a lieu de craindre le renversement en cubule du fond de la matrice, il ne lui sera permis de recourir qu'à l'excision avec le bistouri, et surtout il se gardera bien d'anesthésier la malade. M. Tillaux a fait ressortir l'importance capitale de ce détail ; il a rappelé que le polype est absolument insensible, mais non

le tissu de l'utérus : c'est donc la sensibilité de la malade qui guidera la main de l'opérateur armé de l'instrument tranchant. Endormir la femme dans un de ces cas de polypes dont la masse se perd dans le parenchyme utérin, c'est courir les risques d'une perforation, presque aussi sûrement qu'avec l'emploi de l'écraseur ou de l'anse galvano-caustique.

E. RICKLIN.

CLINIQUE MÉDICALE.

Considérations sur un cas de fièvre typhoïde compliquée d'arthrites et de synovites purulentes généralisées, par le docteur Albert Robin, médecin des hôpitaux.

On a signalé à plusieurs reprises des cas de fièvre typhoïde compliquée d'abcès musculaires et viscéraux, mais ceux dans lesquels la maladie s'est accompagnée de lésions articulaires ou périarticulaires sont d'une extrême rareté : c'est pourquoi l'observation suivante, qui relate l'histoire d'un malade que nous avons traité récemment à l'hôpital Necker, nous paraît offrir un grand intérêt, tant à cause de certaines difficultés de diagnostic, qu'en raison de l'interprétation délicate que comporte cette rare complication d'une fièvre typhoïde par des arthrites et des synovites purulentes presque généralisées.

Voici d'abord le fait :

Obs.—Fièvre typhoïde adynamique ; synovites purulentes de la gaine de l'extenseur du gros orteil gauche et du petit orteil droit ; périostite suppurée de la face externe du tibia gauche ; arthrites purulentes dans la plupart des articulations ; broncho-pneumonie ; mort (1).

V. Edvin, âgé de 26 ans, cuisinier, entré le 5 août 1881 à l'hôpital Necker, salle Saint-Ferdinand, No. 19, service de M. Blachez, suppléé par M. Albert Robin.

Le 29 juillet dernier, V. a été pris presque subitement de

(1) Observation rédigée d'après les notes prises par M. Baulouin, externe de service.

céphalalgie, d'une sensation de courbature générale, d'épistaxis répétées et de diarrhée ; il a dû prendre le lit le même jour et, depuis cette époque, les symptômes du début n'ont fait que s'aggraver. V. a eu du délire nocturne ; la fatigue du début est devenue rapidement de la prostration. Le septième jour de sa maladie, on le conduit à l'hôpital.

Le 6 août, à la visite du matin, nous commençons par nous enquerir de son passé et nous apprenons que V. n'a jamais été alité, mais que son état de cuisinier le contraignait à vivre dans des sous-sols souvent humides ; il s'enrhumait facilement, et il souffrait parfois de douleurs vagues, mais sans localisations articulaires bien précises ; d'ailleurs ces douleurs n'ont jamais présenté d'acuité manifeste, et à aucune époque elles n'ont été assez intenses pour l'arrêter dans son travail.

Ce n'est qu'en pressant beaucoup le malade que l'on parvient à lui arracher ces renseignements, car il est dans un état de prostration manifeste, sa face exprime la stupeur, et son ouïe paraît fort diminuée.

Malgré sa prostration, V. comprend pourtant bien les questions qu'on lui adresse et y répond assez correctement quand on a le soin de parler haut et de répéter plusieurs fois la demande.

Langue étroite, amincie, effilée, sèche, très rouge sur les bords, avec des stries blanc grisâtre sur la partie centrale ; ventre ballonné, sensible à la pression ; gargouillement dans la fosse iliaque gauche, diarrhée très abondante, parfois involontaire et d'une horrible fétidité.

La rate ne paraît pas manifestement augmentée de volume ; elle n'est pas douloureuse à la pression.

Pas de taches rosées lenticulaires.

Pouls plein, fort, vibrant, très fréquent, rien à l'auscultation du cœur.

Le malade tousse un peu, mais sans expectorer ; à l'auscultation, on entend aux deux bases des poumons, en arrière, des râles sous-crépitants, fins et quelques râles de bronchite.

Insomnie, agitation nocturne, rêvasseries, bourdonnements d'oreilles.

Urines d'aspect hémaphérique foncé, rares, renfermant un excès d'acide urique, un peu d'albumine et une notable proportion d'indican.—TM 39.

Diagnostic : Fièvre typhoïde adynamique arrivée à la fin du premier septenaire.

Traitement. Lotions vinaigrées froides ; potion avec 4 gr. extrait de quinquina et 50 gr. d'alcool ; 3 pots de limonade vineuse ; 2 lavements froids par jour additionnés d'une cuillerée à bouche de liqueur de Labarraque.

7. Mêmes symptômes. TM 39. TS 39. 6.

8. Pendant la nuit, V. a été très agité et s'est beaucoup plaint ; à la visite nous le trouvons en pleine stupeur, répondant à peine aux questions et poussant des cris plaintifs chaque fois qu'on le remue. En le découvrant, on aperçoit sur la partie supérieure du gros orteil droit, un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, un gonflement rouge très douloureux et de consistance pâteuse ; étant donné le siège de ce gonflement et la liberté relative des mouvements de l'articulation, nous le localisons dans la gaine tendineuse de l'extenseur du gros orteil.

Mais le malade souffre aussi quand on remue le genou droit, et à ce niveau, on trouve un gonflement qui déforme l'articulation, mais sans rougeur de la peau ; l'article contient du liquide : les mouvements du genou, la pression sur la rotule sont très douloureux.

TM 38.8. TS 39.6.

Traitement ; 0 gr. 50 de sulfate de quinine ; supprimer les lotions froides.

9. L'état général devient de plus en plus grave ; l'adynamie est considérable ; le malade a peine à prendre du bouillon ; on éprouve une grande difficulté à lui faire avaler sa limonade vineuse.

En dehors des gonflements signalés hier, nous en trouvons de nouveaux qui se sont développés depuis hier matin :

1° Au pied gauche, sur la face dorsale, au niveau des gai-

nes synoviales de l'extenseur du petit orteil, rougeur vive sans gonflement, étendue en longueur, très douloureuse.

2^o Au même pied, mêmes symptômes au niveau du côté externe de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil.

3^o A la jambe gauche, sur la crête du tibia, tuméfaction molle, très rouge et très douloureuse, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs de l'os.

TM 39,8 ; TS 40.

10. Même état général ; diarrhée de plus en plus abondante : ballonnement considérable du ventre ; pas de taches rosées.

Depuis hier, de nouveaux points douloureux se sont développés :

1^o Le doigt médius de la main droite est maintenu dans la demi-flexion par un empâtement rouge et douloureux, occupant la plus grande partie de la face palmaire de ce doigt, et s'étendant dans la paume de la main sur la gaine synoviale du tendon fléchisseur.

2^o Gonflement, rougeur et douleur vive au niveau de la bourse olécraniennne ; mais l'articulation n'est pas atteinte, et ses mouvements ne sont pas douloureux.

3^o Tuméfaction et douleur vive, impossibilité des mouvements dans toute l'articulation du coude du côté gauche.

TM 39,4 ; TS 40.2.

11. La diarrhée paraît moins abondante, mais le malade exhale une odeur très fétide ; sa peau est sèche et rugueuse ; l'intelligence est très obscurcie, l'adynamie tend à augmenter. Pouls très dicrote : rien dans la poitrine ni dans le cœur.

Urines foncées, mais sans hémaphéisme ; traces d'albumine ; indican notable.

TM 39,6 ; TS 39.

Prescription : Supprimer le sulfate de quinine ; remplacer par 4 gr. de salicylate de soude.

12. L'état général ne se modifie pas, mais la diarrhée a ces-

sé ; ce matin il y a eu des matières moulées, mais involontairement rendues.

Le gonflement de l'orteil droit devient de plus en plus superficiel ; la fluctuation y est manifeste.

Le genou et le poignet gauches, intacts jusqu'ici, sont gonflés, rouges et douloureux depuis hier au soir.

TM 39,8 ; TS 39,6.

13. L'abattement et la stupeur sont moins marqués, le malade semble revenir à un état conscient, mais le ventre s'est notablement ballonné, la diarrhée a reparu.

Même état des parties douloureuses ; mais le genou droit paraît moins sensible à la pression.

TM 38,8 ; TS 39.

14. Même état. Le gonflement de la bourse olécranienne s'est ulcéré spontanément, et a donné issue à une grande quantité de pus séreux, jaune sale, mal lié ; le malade s'est senti soulagé après cette évacuation.

TM 38 ; TS 38,6.

15. Un peu d'amélioration. On cherche encore une fois, mais en vain, l'éruption caractéristique de la fièvre typhoïde. On soulève l'hypothèse d'une endocardite ulcéreuse, mais l'absence de tout phénomène cardiaque et de signe d'embolies vers d'autres organes font repousser ce diagnostic. On songe aussi à l'infection purulente, mais le mode de début de la maladie, l'absence de porte d'entrée éloignent de cette hypothèse.

La tuméfaction de la jambe gauche et celle du genou droit paraissent s'améliorer.

TM 38 ; TS 39,2.

16. Cette nuit, la diarrhée a repris avec une grande intensité ; le ventre est très ballonné et un peu douloureux. Le matin, le malade a vomi des matières glaireuses mélangées de jaune ; en outre nous constatons une oppression très marquée. A l'auscultation des poumons, on trouve :

A la base gauche, quelques bouffées de râles sous-crépitaux fins.

Vers la pointe de l'omoplate droite, un souffle tubaire très intense, mélangé de fines sous-crépitations et perceptible sur une étendue ayant la dimension de la paume de la main.

Urines claires, hémaphériques, sans albumine, mais chargées d'acide urique,

L'articulation métatarso-phalangienne du petit orteil gauche est moins empâtée, mais la fluctuation y est évidente, tandis que le gonflement des gaines synoviales paraît avoir diminué. En faisant mouvoir cette articulation on perçoit des craquements.

Le genou droit, très douloureux, contient beaucoup de liquide ; le genou gauche est moins sensible.

Fluctuation manifeste au niveau de l'épicondyle du coude gauche.

TM 38 ; TS 38,6.

Prescription : Large vésicatoire sur la poitrine, en arrière et à droite.—Suppression du salicylate de soude.

18. Malgré l'invasion de la complication pulmonaire, le malade se refroidit ; ses mains et sa face sont glacées. L'amaigrissement a fait de grands progrès. L'état général s'est sensiblement aggravé : les réponses sont lentes et difficiles.

Pas d'expectoration ; toux sèche, pénible, mais peu fréquente.

Le souffle gagne la base du poumon droit ; il paraît bordé par une zone de crépitation.

Rien au cœur.

Urines hémaphériques ; albumine notable ; excès d'acide urique ; indican très marqué.

TM 38,4 ; TS 39.

19. Mêmes symptômes à l'auscultation ; le malade est dans un état de faiblesse extrême ; les extrémités sont toujours froides.

On incise l'abcès du gros orteil gauche, qui fait saillie sous

la peau amincie ; il en sort une énorme quantité de pus mal lié et séreux.

Urine assez albumineuse ; indican abondant ; beaucoup d'acide urique.

TM 36,6 ; TS 39.

20. Diarrhée fétide très considérable et involontaire ; l'intelligence est très affaiblie ; les mains tremblent, le corps est couvert de sudamina blancs.

Le souffle pulmonaire ne s'est pas modifié.

Même état des urines.

TM 38 ; TS 38,4.

21. Une grande quantité de pus continue à s'écouler par l'ouverture faite au petit orteil gauche. On pratique une incision au niveau de la région métatarso-phalangienne du gros orteil droit ; il s'écoule une énorme proportion de pus séreux et fétide.

Diarrhée profuse. Le malade ne prend plus aucun aliment ; depuis quelques jours déjà, il est fort difficile de lui faire absorber un peu de liquide.

L'urine foncée, très trouble, ne renferme plus que des traces d'albumine.

TM 38 ; TS 39.

22. Râles sous-crépitants dans toute la hauteur du poumon gauche ; le souffle occupe les deux tiers inférieurs du poumon droit. Refroidissement général, intelligence complètement obscurcie, carphologie, langue noire et sèche comme du bois, ventre très ballonné.

TM 38,2 ; TS 38,6

23. Algidité et cyanose généralisées ; pouls filiforme, insensible. Mort à 10 heures du matin.

Autopsie pratiquée le 24, à 11 heures du matin. On commence par ouvrir successivement toutes les articulations et la plupart des gaines synoviales tendineuses, afin d'y rechercher la présence du pus, et voici les points dans lesquels on le constate.

1^o Articulations métatarso-phalangiennes et phalangiennes du gros orteil gauche.

2^o Gâines tendineuses des extenseurs des orteils et en particulier de l'extenseur du gros orteil ;

3^o Articulation métatarso-phalangienne des petits orteils gauche et droit, ainsi que des gâines tendineuses des extenseurs ;

4^o Articulations fémoro-tibiales droite et gauche ;

5^o Articulation du cou-de-pied droit ;

6^o Articulation du poignet droit ;

7^o Articulation phalangienne du médius droit ;

8^o Bourses séreuses olécraniennes ;

9^o Articulation du coude gauche ;

10^o Gâines synoviales du poignet droit ;

11^o Articulation de l'épaule droite.

En dehors de ces points, on trouve des collections purulentes dans les régions suivantes :

1^o Face interne du tibia gauche. Périostite suppurée ;

2^o Région sous-hyoïdienne, dans le tissu conjonctif pérित्रachéal ; le pus a fusé sur les parties latérales de la trachée et du larynx, mais les articulations de celui-ci ne sont pas intéressées :

3^o Vaste collection purulente située au niveau des cartilages des dernières fausses côtes du côté gauche, mais sans participation des articulations chondo-sternales et costales.

Les surfaces articulaires ne paraissent pas profondément altérées ; elles n'ont pas perdu leur poli, mais les synoviales sont rouges, injectées, et paraissent épaissies.

Le poumon droit est induré dans sa presque totalité ; mais dans le sommet on trouve des noyaux de broncho-pneumonie disséminés, tandis que dans tout le reste de l'organe la broncho-pneumonie est généralisée et offre les lésions anatomiques caractéristiques de la broncho-pneumonie à noyaux confluents. Sur aucun point du poumon on ne trouve d'abcès. La plèvre est saine.

Le poumon gauche, congestionné dans toute son étendue,

renferme des noyaux de broncho-pneumonie disséminés dans son lobe inférieur.

Le cœur paraît absolument normal à l'examen microscopique, comme fermeté, comme couleur et comme volume. Les valvules des deux cavités sont saines, mais imbibées par la matière colorante du sang.

Dans le péricarde, on trouve une cuillerée de liquide citrin.

Le foie, très volumineux, est d'un jaune-brunâtre, très mou, exsangue ; il est manifestement gras. La vésicule renferme une très grande quantité de bile épaisse.

La rate n'est que légèrement augmentée de volume, et son tissu est ferme et consistant.

Les reins paraissent normaux à l'œil nu.

La pie-mère est très vascularisée, mais le cerveau ne présente rien de particulier.

L'estomac, un peu distendu, a une coloration grisâtre, mais n'offre aucune altération. A la partie inférieure de l'intestin grêle, on trouve deux larges plaques de Peyer ulcérées assez profondément, mais dont les bords paraissent déjà en voie de cicatrisation. A quelques centimètres plus haut, troisième plaque ayant une longueur de 7 centimètres ; dans la cavité de l'intestin on trouve encore d'autres plaques à des degrés divers de réparation et un certain nombre de follicules clos, augmentés de volume et plus ou moins ulcérés ; d'ailleurs en dehors de ces follicules d'un gros volume, toute la partie inférieure de la muqueuse intestinale est recouverte de follicules plus petits, non ulcérés, mais donnant à cette muqueuse une apparence mamelonnée.

Dans toute la longueur du gros intestin, on rencontre des ilots de congestion intense.

En résumé, en dehors des points précédemment signalés, on ne trouve nulle part de collection purulente.

— Nous croyons devoir rapprocher de ce premier fait l'observation suivante, qui nous a été communiquée par notre collègue et ami M. Balzer, et qui, dans sa teneur générale, offre avec notre cas de frappantes analogies :

OBS II—Fièvre typhoïde adynamique ; Arthrite purulente du genou gauche ; Synovites non purulentes des gaines tendineuses du poignet gauche ; Broncho-pneumonie ; Mort.

L..., âgée de 26 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière le 27 août (salle Sainte-Joséphine, numéro 6). Elle est atteinte d'une fièvre typhoïde datant d'une semaine environ et présentant le type adynamique le plus net. La maladie parut suivre cependant d'abord une marche assez régulière, puis l'adynamie s'accrut de plus en plus, et on constata l'apparition d'un écoulement purulent assez abondant de l'oreille droite. Dans les derniers temps l'hébétude, la prostration augmentent ; état de somnolence continu, signes de congestion broncho-pulmonaire très intense.

Le 17 septembre, on constate une tuméfaction assez considérable, mais indolore, du genou gauche, fluctuation articulaire très manifeste, pas de rougeur à la peau. Il existe aussi une tuméfaction des gaines tendineuses du poignet et du dos de la main gauche, avec rougeur cutanée, sans douleurs.

Le 18, la tuméfaction du genou augmente, l'état du poignet reste stationnaire.

La malade succombe le 19 septembre.

AUTOPSIE.—Poumons splénisés dans toute leur hauteur à la partie postérieure ; cœur normal. Nombreuses plaques ulcérées dans l'intestin grêle, surtout au niveau de la valvule de Bauhin.

Rate diffluente ; foie, reins en apparence normaux.

On trouve dans le genou gauche la valeur d'un demi-verre de pus liquide, sans dépôts, sans flocons fibrineux ; la synoviale est à peine congestionnée, les cartilages ont leur aspect normal. Au niveau du poignet gauche, on ne trouve qu'un œdème périarticulaire sans suppuration. Les autres articulations n'offrent rien à considérer.

Ainsi donc, dans notre premier cas, voilà un malade manifestement atteint de fièvre typhoïde, chez lequel pourtant cette pyrexie a eu une symptomatologie un peu anormale, en raison de l'absence de quelques-uns de ses signes caractéristi-

ques, tels que les taches rosées lenticulaires et l'augmentation notable du volume de la rate. Vers le dixième jour de la maladie, on voit se former des collections purulentes dans plusieurs articulations ; les jours suivants, d'autres suppurations se produisent dans des régions diverses, gaines synoviales, périoste tibial, région sous-hyoïdienne, région chondro-costale inférieure gauche : les suppurations prennent le premier rang dans le tableau morbide ; des améliorations passagères succèdent à leur ouverture, mais l'état typhoïde s'aggrave de plus en plus, une broncho-pneumonie très étendue survient et emporte le malade.

Pendant la vie, à maintes reprises, nous avons hésité sur le diagnostic : nos hésitations étaient légitimées par l'absence de taches rosées et le peu de gonflement de la rate ; les hypothèses d'endocardite ulcéreuse, d'infection purulente, avaient été soulevées, mais finalement repoussées, et l'autopsie confirma notre diagnostic définitif en montrant les lésions de la dothiéntérie.

Le malade de M. Balzer paraît avoir présenté un tableau général assez analogue, avec cette différence que les accidents articulaires n'ont évolué qu'à une période assez avancée de l'affection, aux approches de la terminaison fatale.

Or, comment devons-nous considérer cette complication étrange par des accidents articulaires de la plus haute gravité, et par quelles théories pouvons-nous les expliquer ?

Serait-ce là une *forme arthritique* de la dothiéntérie ?

Les auteurs du Compendium paraissent admettre l'existence de cette forme d'après les indications de Bazin, Littré et Forget. Mais outre qu'aujourd'hui les classiques, et M. Jacoud en particulier, ne croient plus à l'autonomie de cette forme, la description qu'en donnent Monneret et Fleury, description empruntée à la thèse de Bazin, ne répond nullement à l'observation qui fait le sujet principal de cette discussion : en effet, douleurs vives et continues dans les articulations avec irradiations musculaires, absence de rougeur et de tuméfaction dans les jointures atteintes, mort ne survenant

qu'après quarante ou cinquante jours de maladie, absence de toute lésion dans les articulations frappées pendant la vie, tel est l'ensemble observé par Bazin et auquel Monneret et Fleury voudraient voir donner le nom d'arthralgie et de myodynisme typhoïde.

En second lieu, les accidents articulaires ne se sont pas développés chez notre malade avec le début de la maladie ; leur entrée en scène a eu lieu, en pleine période d'état, avec toutes les allures d'une complication. Il faudrait donc vraiment forcer les analogies pour voir là une forme articulaire de la fièvre typhoïde, étant donné le sens actuellement attaché à l'expression "*forme morbide*."

Cette première hypothèse étant écartée, pourrait-on songer à un *rhumatisme articulaire aigu*, développé dans le cours de la maladie originelle, et ayant tourné à la suppuration, par suite de l'état général et local du terrain envahi ?

Mais notre homme aurait eu là sa première atteinte de rhumatisme articulaire, car jusqu'alors l'on n'a relevé dans ses antécédents que des douleurs vagues, erratiques, sans localisation bien déterminées, comme sans acuité. Donc, en tout cas, la coïncidence serait étrange, et si rien de certain ne permet de la nier, rien de précis n'autorise à l'accepter. Si l'on objecte que notre malade était un rhumatisant fruste d'ancienne date, par le fait de ces douleurs vagues d'autrefois, et que la dothiémentérie a mis en activité la diathèse latente, nous répondrons que maintes fois la fièvre typhoïde a frappé des rhumatisants vrais, et que pourtant l'on n'a point encore signalé ce réveil de manifestations arthritiques. J'observe en ce moment même à l'hôpital Necker un fait de ce genre : il s'agit d'un homme dans toute la force de l'âge, qui a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu généralisé et très intenses, avec détermination endocardique passée aujourd'hui à l'état chronique et constituant une véritable insuffisance mitrale. Ce malade a été atteint de fièvre typhoïde grave ; il est en pleine convalescence, et à aucune époque nous n'avons remarqué le plus léger symptôme articulaire.

Rien de positif ne conduit donc à admettre comme démontrée la dernière hypothèse que nous venons de formuler.

Vient une troisième interprétation : notre cas de dothiérientérie n'aurait-il pas été compliqué d'*infection purulente* ?

Cette complication a été plusieurs fois observée, et il existe des observations de Castelnau et Ducrest, de Griesinger, etc., qui ne laissent aucun doute sur la possibilité de cette éventualité. Tout récemment, M. Gandy a réuni ces faits dans sa thèse inaugurale, en y joignant des observations recueillies par MM. Duguet, Bouchut, Hoffmann, etc., soit un total de 17 cas. Mais l'analyse de ces observations nous révèle des différences si tranchées avec notre fait qu'une assimilation complète nous paraîtrait fort aventurée. En effet :

1^o Dans les 17 observations réunies par M. Gandy, les abcès ont été répartis comme il suit :

9	fois dans les	poumons.
1	—	cœur.
3	—	foie.
5	—	rate.
1	—	gaines musculaires.
1	—	tissu conjonctif.
1	—	articulation du coude.

Et dans ce dernier cas, rapporté par Barth père, il y avait aussi des abcès métastatiques dans le foie et dans la rate.

Chez nos deux malades on ne trouve aucun abcès viscéral ; les localisations purulentes étaient essentiellement articulaires, sauf pour la périostite tibiale, l'abcès sous-hyoïdien, la suppuration péri-chondro-sternale, qui affectaient le tissu cellulaire. Voilà déjà une dissemblance si marquée dans le siège des lésions qu'on a peine à les comparer.

2^o Cette différence se retrouve avec la même netteté si l'on étudie la symptomatologie de notre cas ;

La pyhémie survient, en effet, à l'époque des eschares et paraît se lier à leur existence ; on l'observe rarement pendant la période d'état de la maladie, et elle n'a guère été notée, que je sache, avant le 3^e septenaire ; quelquefois même elle

est apparue vers la fin du deuxième mois : c'est, à proprement parler, un accident de la convalescence. En outre, on a signalé dans les cas bien étudiés des frissons répétés, de grandes oscillations de la courbe thermique, des éruptions diverses du côté de la peau. Or, d'un côté, nous n'avons relaté aucun de ces symptômes, et d'un autre côté, c'est le dixième jour, en pleine période d'état, que les premiers accidents articulaires se sont déclarés. Que l'on jette les yeux sur la courbe thermique du premier malade, et l'on verra combien elle diffère de celle d'une pyohémie, avec laquelle elle n'aurait qu'un seul point de contact, à savoir le type inverse qui est apparu à trois reprises différentes, les 11^e, 13^e et 14^e jours de la maladie.

On pourrait objecter que Billroth décrit sous le nom de septico-pyohémie des modalités de l'infection purulente, dans lesquelles on a trouvé des suppurations exclusivement articulaires et où les frissons ont manqué. La valeur de cette objection est indiscutable ; aussi, quoique dans notre cas, localisations, symptômes, mode d'apparition des accidents, nous éloignent singulièrement de l'idée qu'on se fait généralement d'une infection purulente, n'osons-nous pas rejeter cette interprétation d'une manière absolue.

Mais il est une quatrième opinion que l'on pourrait aussi soutenir, en se fondant sur des faits similaires observés dans d'autres pyrexies, et en particulier dans la scarlatine ; nous voulons parler de ces arthrites secondaires fréquemment notées dans cette dernière maladie, sous le nom de rhumatisme scarlatin. Ne serions-nous pas en présence d'un *rhumatisme typhique* ?

Ce qui tendrait à le faire supposer, c'est d'abord que ces arthrites ont été vues dans la plupart des pyrexies ; on les a décrites non seulement dans la scarlatine, mais aussi dans la dysenterie, la rougeole, le typhus exanthématique ; M. le professeur Brouardel (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1874), les a décrites dans la variole. Dans la plupart de ces maladies, les arthrites ne sont pas seulement des accidents de la conva-

lescence, mais on les voit apparaître aussi dans la période d'état ; enfin l'on sait que, si elles se résolvent fréquemment, la suppuration constitue cependant une terminaison qui est loin d'être exceptionnelle. Mais une objection se présente de suite à l'esprit : ce rhumatisme typhique n'a pas été exclusivement articulaire, puisque l'on a trouvé du pus dans les gaines synoviales des tendons et aussi dans le tissu conjonctif : à l'objection des gaines synoviales on peut répondre par la prédilection des rhumatismes secondaires pour les gaines tendineuses, mais les abcès du tissu cellulaire sont plus difficiles à expliquer.

Aussi ne pouvons-nous nous défendre d'une certaine hésitation lorsqu'il s'agit de conclure : néanmoins les raisons négatives que nous avons données au sujet de l'infection purulente, d'une part ; l'analogie présentée par ces deux cas avec ce que l'on observe dans les autres pyrexies, d'autre part, nous dispose telle à ajouter un *rhumatisme typhique* aux divers rhumatismes secondaires déjà décrits.

Maintenant, celui-ci dépend-il de la dothiéntérie elle-même, ou devons-nous faire intervenir, à titre de rhumatismes antérieurs, les quelques douleurs vagues dont a parlé notre malade ? On comprend que ce serait rentrer dans la longue et obscure discussion de la pathogénie des rhumatismes secondaires, sans apporter d'élément nouveau pour l'éclairer.

Nous nous bornons donc à poser la question du rhumatisme typhique, en l'étayant sur les deux faits rapportés plus haut, mais aussi en attendant, avant de la résoudre définitivement, que des observations plus nombreuses aient consacré son existence.—*Gazette Médicale de Paris*, 8 oct. 1881.

Influence des diathèses sur la syphilis.

Le professeur Verneuil admet que si, dans certains cas, il peut y avoir simple coïncidence, sans réaction de l'une sur

L'autre, entre la syphilis et les états constitutionnels tels que scrofule, tuberculose, arthritisme, etc., il arrive aussi assez souvent qu'il survienne des formes mixtes, très variées, fort importantes à reconnaître en pratique et malheureusement étudiées trop peu jusqu'à ce jour. Il y a ainsi de véritables hybridités syphilitiques. M. Verneuil a surtout observé l'hybridité scrofulo-syphilitique et siphyllo-cancéreuse. La scrofule manifeste diversement son influence : elle attire d'abord la syphilis sur les organes qu'elle attaque elle-même communément, peau, ganglions lymphatiques, périoste, etc., elle y provoque facilement le processus suppuratif, rare dans la syphilis ordinaire ; à l'état dyscrasique simple elle n'aggrave pas notablement la syphilis ; elle en rend peut-être les manifestations locales plus fortes, mais en revanche y abolit le symptôme douleur.

Dans l'hybridité syphilo-cancéreuse, c'est le néoplasme, dernier venu, épithélioma ou carcinôme qui subit l'influence de la vérole. Ces cas sont du reste assez rares.

L'association dans une tumeur, dans une ulcération, de la syphilis et du cancer donne à la lésion une physionomie douteuse qui rend le diagnostic très épineux. D'ordinaire les caractères objectifs sont ceux de la vérole tertiaire ; mais l'engorgement ganglionnaire si exceptionnel dans la syphilis ancienne, plaide pour le néoplasme. L'indolence presque complète, la marche lente, la bénignité relative des symptômes sont du fait de la syphilis ; mais le progrès continu, la généralisation fréquente et en fin de compte la terminaison toujours fatale établit définitivement le diagnostic. Le traitement spécifique doit toujours être tenté dans les cas douteux ; il procure alors des améliorations qu'il ne donne jamais dans les cancers ordinaires. — (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Août 1881.

— M. le docteur Du Castel, médecin du Bureau central, lit une note intitulée : *Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée.*

M. Du Castel a expérimenté la médication éthérée opiacée, dans le service des varioleux de l'hôpital Saint-Antoine, chez des malades pour qui l'intensité des phénomènes généraux et l'abondance de l'éruption faisaient craindre une suppuration grave.

Dans nombre de cas, la suppuration n'a pas eu lieu ; il y a eu arrêt de développement de l'éruption, petitesse remarquable des papules et des vésicules. Les malades sont entrés en convalescence du sixième au neuvième jour après le début de l'éruption.

Dans les cas où la suppuration s'est produite, il y a eu diminution de son abondance, atténuation des phénomènes les plus pénibles. — Le traitement doit être commencé dès qu'il y a imminence de variole grave ; *le plus tôt est le mieux* ; quand le traitement a été commencé après le quatrième jour de l'éruption, il y a toujours eu suppuration. — La mort a été observée dans les formes hémorrhagiques ou dans quelques cas de suppuration à la suite d'accidents d'infection ; mais alors, encore, il y avait eu amendement des phénomènes graves, salivation, dysphagie, etc.

Voici le mode d'administration de ce traitement : 1o. matin et soir, injection d'éther ; une pleine seringue de Pravaz chaque fois ; 2o. extrait thébaïque, 10 à 20 centigrammes par jour dans une potion de 125 grammes : chez la femme, la dose est le plus souvent de 15 centigrammes ; chez les hommes, presque toujours 20 ; 3o. perchlorure de fer, xx gouttes dans une potion de 125 gr. L'extrait thébaïque et le perchlorure de fer sont donnés alternativement d'heure en heure par cuillères à bouche.

La médication éthérée opiacée doit être réservée pour les formes graves, parce que les injections d'éther donnent presque toujours naissance à quelques eschares, quand elles ne sont pas faites profondément dans le tissu cellulaire et poussées lentement.

L'administration de l'éther à l'intérieur n'a donné que des résultats infidèles.

Les malades chez lesquels l'éruption s'est arrêtée étaient tous, un seul excepté, d'anciens vaccinés. C'est la suppuration que combat la médication éthérée opiacée, et son action est incomparablement plus marquée chez les sujets anciennement vaccinés. — (*Gazette Médicale de Paris*, N° 36, 3 septembre 1831.)

CORRESPONDANCE MÉDICALE

Action de la pilocarpine dans le croup après la trachéotomie

Pour faire suite aux observations récentes qui établissent les bons résultats obtenus dans la diphthérie par l'emploi de la pilocarpine, j'ai l'honneur de vous adresser la relation d'un fait qui en est la confirmation sous une forme nouvelle et qui permet, à mon avis, de saisir nettement le mode d'action thérapeutique du médicament.

Le lundi 4 juillet dernier, je fus appelé en consultation à Lorient par mon ami le Dr Duliscouët auprès du jeune L., âgé de 6 ans, atteint de croup bien caractérisé. La situation était si grave que la trachéotomie dut être pratiquée séance tenante. Nous n'avions à notre disposition qu'une canule un peu trop volumineuse, mais il eût fallu trop de temps pour s'en procurer une autre. Son introduction dans la trachée fut longue et difficile ; un instant nous crûmes le petit malade perdu. Enfin, après une grande demi-heure de lutte, nous eûmes le bonheur de le rappeler à la vie,

Mardi 5. — La nuit s'est bien passée ; le nettoyage de la

canule a été fait avec intelligence par les parents : T = 39°, j'avais lu l'avant-veille l'intéressante observation de M. Le Reboullet dans la *Gazette hebdomadaire* (mai 1881) ; j'en fis part à mon collègue.

Le soir même, la respiration étant devenue bruyante et embarrassée, M. Duliscouët injecta sous la peau du cou 5 milligrammes de chlorhydrate de pilocarpine dans un gramme d'eau distillée. Cinq minutes après, salivation abondante ; une quinte de toux expulso par la canule un flot de mucus et de fausses membranes. Un calme parfait succède et se maintient toute la nuit.

Mercredi 6 juillet. — L'enfant paraît bien ; T = 38° 2., la respiration est aisée. Le petit malade avale sans peine du bouillon et du lait alcoolisé ; il s'est assis et a joué dans son lit.

Nous pratiquons néanmoins matin et soir une injection sous-cutanée avec 5 milligrammes de pilocarpine. Chaque fois après quelques minutes, toussillement quinteux avec rejet de mucus et de fausses membranes par la canule.

Jeudi 7. — La nuit a été mauvaise. L'enfant est agité ; T = 38° 5 ; la respiration est plus bruyante, l'expectoration plus difficile. M. Duliscouët ne voyant pourtant rien d'inquietant s'abstient de faire, comme les jours précédents, une injection de pilocarpine. A deux heures de l'après-midi, le père vient nous chercher à la hâte, nous trouvons l'enfant dans un état d'asphyxie avancée : regard terne, facies pâle, violacé, lèvres bleuâtres, extrémités froides, etc.

De suite les deux canules sont enlevées. Nous cherchons vainement à extraire avec une pince une large fausse membrane que l'on aperçoit dans la trachée. La situation semble désespérée. Une injection de pilocarpine (0, gr. 01 environ) est pratiquée par M. Duliscouët en avant de la poitrine. Cinq minutes après l'enfant est pris d'une quinte violente et rejette par la plaie trachéale un grand nombre de fausses membranes baignées de mucus. L'une d'elles plus volumineuse présente la forme de l'éperon bronchique. Les efforts de toux

durent ainsi pendant près d'une demi-heure, expulsant chaque fois des débris pseudomembraneux. Peu à peu le visage de l'enfant s'est coloré, exprimant un soulagement extrême. A 3 heures et demie tout est rentré dans l'ordre.

Le soir, nouvelle injection de 5 milligrammes de pilocarpine suivie de l'effet bienfaisant ordinaire.

Vendredi 8. — L'enfant a parfaitement dormi ; il n'y a plus de fièvre : l'expectoration est purement muqueuse, un peu épaisse, mais très facile. Une dernière injection de pilocarpine est pratiquée par précaution. Dans l'après-midi, la canule enlevée provisoirement à titre d'essai est supprimée définitivement le soir. Le lendemain et jours suivants, le larynx s'est dégagé en même temps que se fermait la plaie trachéale.

A partir de ce moment la guérison s'est affirmée sans la moindre interruption.

Nous sommes convaincus, le Dr Duliscouët et moi, que la trachéotomie à elle seule n'eût pas sauvé notre petit malade et que l'honneur en revient aux injections répétées de pilocarpine. Il nous a paru de toute évidence que l'action bienfaisante de la pilocarpine est due à l'hypersécrétion bronchique qu'elle provoque, détachant et entraînant à l'extérieur les fausses membranes qui obstruent les voies respiratoires.

Dr LEMOYNE (Lorient.)

(*Journal de Médecine et de Chirurgie*, octobre 1881.)

Croup ; Angine diphthérique ; Administration de la pilocarpine ; guérison.

Par le docteur CASSIN (d'Avignon)

Après la statistique de Guttman (Wien, Méd. Centralblat, numéro 41) où 81 cas de diphthérie traités par la pilocarpine ont tous guéri, et cela dans un espace de temps très court, de vingt-quatre heures à trois jours ; après l'observation communiquée par M. Lereboullet à la Société médicale des hôpi-

taux (16 mai 1881) où dans un cas désespéré, l'amélioration, puis la guérison ont coïncidé avec l'administration de la pilocarpine en injections sous-cutanées, voici un nouveau triomphe incontestable de cette médication. Dans le cas de M. Cassin, il s'agit d'un enfant de 6 ans, chez lequel la diphthérie, qui avait d'emblée envahi le larynx, s'était révélée le second jour sur les amygdales et dans les fosses nasales. L'état général était grave, les accès de dyspnée fréquents ; en cinq jours, la guérison a été obtenue. Le traitement consiste dans l'administration d'un vomitif le premier jour, et ensuite une potion contenant 1 centigramme de pilocarpine, prise par cuillerées à café d'heure en heure aussi bien la nuit que le jour.

En présence de pareils résultats, on ne peut que demander une expérimentation plus étendue, qui permette d'apprécier en parfaite connaissance de cause qu'elle est la valeur du jaborandi dans le croup et l'angine couenneuse. (*Lyon médical*, 5 juin 1881.)

HOPITAL DE LA SALPÊTRIÈRE

(Conférences cliniques de M. le professeur Charcot)

DE LA PARALYSIE AGITANTE ET DU TREMBLEMENT SÉNILE.

DE L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE DANS L'HYSTÉRIE.

On est habitué à considérer dans la paralysie agitante surtout le phénomène du tremblement qui, bien que très caractéristique peut cependant dans certains cas, manquer complètement, soit qu'il ait disparu après avoir existé quelque temps, soit même qu'il n'ait jamais existé. M. Charcot, dans une de ses leçons, a surtout insisté sur les diverses particularités, qui en dehors du tremblement donnent à la maladie son aspect spécial. C'est tout d'abord la rigidité musculaire qui détermine une attitude particulière, qui fait, que selon une comparaison très juste, le malade semble empalé, le tronc étant légèrement fléchi en avant, le cou fixe, la tête presque

immobile et se tournant difficilement. Cette rigidité est due à la contracture musculaire, laquelle est constante, plus même que le tremblement. Lorsque ce symptôme s'annonce, les malades accusent des crampes suivies de roideurs d'abord passagères, puis plus ou moins durables et s'exagérant par exacerbations. En général, les muscles fléchisseurs sont affectés les premiers et toujours au plus haut degré. L'attitude ainsi produite est assez caractéristique pour qu'on puisse diagnostiquer la paralysie agitante alors même qu'il n'y a pas de tremblement. Mais cette contracture localisée dans certaines régions donne lieu à d'autres phénomènes non moins importants : la face exprime l'étonnement et un certain degré de concentration de l'esprit, expression qui, d'après les recherches de Duchenne (de Boulogne) est due à la contraction du frontal et de la partie supérieure de l'orbiculaire des paupières ; le regard est fixe, ce qui dépend encore de la contraction des muscles de l'œil. La perpétuité impassible de cette expression donne à la physionomie un certain degré d'hébétude ; l'intelligence reste néanmoins absolument intacte jusqu'à la fin. La parole est cependant altérée ; elle est quelquefois un peu saccadée, se produisant comme par une série de petites explosions et même accompagnée de bredouillements, mais ces troubles ne sont nullement en rapport avec les altérations cérébrales et dépendent complètement des troubles de la contraction musculaire.

La rigidité musculaire, au niveau des membres supérieurs, donne encore lieu à des déformations toutes particulières et qui se rapprochent souvent assez de celles qui sont produites par le rhumatisme chronique pour que sa confusion ait pu être faite dans certains cas. La distinction est cependant assez facile à établir, car dans la paralysie agitante, on ne retrouve pas la tuméfaction et la rigidité articulaires ainsi que les bourrelets osseux et les craquements que l'on observe dans le rhumatisme.

A côté de ces phénomènes dus aux troubles musculaires et auxquels il faudrait joindre encore ce défaut d'équilibre qui

donne lieu soit à la propulsion, soit à la rétropulsion, on observe encore certaines sensations spéciales souvent très pénibles pour le malade et qui sont d'une interprétation très difficile. Chez la plupart des malades, en effet, il existe un malaise indéfinissable qui se traduit par un besoin incessant de changer de position. C'est surtout au lit, pendant la nuit, que ce besoin de déplacement se fait remarquer et il est alors souvent d'autant plus pénible pour les malades qu'ils peuvent être incapables de faire par eux-mêmes aucun mouvement; c'est le même besoin qui fait que les malades éprouvent un bien-être particulier et ne se trouvent jamais mieux que lorsqu'ils circulent en voiture ou sont soumis au mouvement et aux cahots des véhicules de toutes sortes.

Enfin une sensation toute spéciale à ces malades est celle qui leur fait ressentir presque constamment une chaleur excessive, à tel point que pendant les froids les plus rigoureux, la nuit surtout, ils ont une grande tendance à se découvrir complètement et dans certains cas contractent ainsi des affections mortelles. Cette sensation de chaleur se fait spécialement sentir à la région épigastrique et sur le dos, et chose remarquable, ainsi que M. Charcot l'a vérifié depuis longtemps, quelle que soit l'intensité de cette sensation, la température centrale n'est nullement modifiée,

L'étude de ces différents phénomènes montre donc qu'on ne doit pas se borner à l'observation du tremblement pour le diagnostic de la paralysie agitante qui se compose ainsi qu'on le voit, d'éléments beaucoup plus complexes.

Le phénomène du tremblement peut se montrer encore dans certains cas à l'état isolé et présenter alors ce caractère commun avec la paralysie agitante qu'il ne s'accompagne d'aucune lésion des centres nerveux; tel est en particulier le tremblement sénile. M. Charcot a fait voir à ce propos, combien était répandue cette idée erronée que le tremblement est fréquent chez les vieillards; il est même dit dans un traité d'hygiène qu'il y a fort peu de vieillards qui ne tremblent pas. Or, c'est le contraire qui est vrai, car la plupart des trem.

blements dit séniles ont commencé à un âge peu avancé, le plus souvent sans cause connue, quelquefois à la suite de quelque émotion morale. Ce tremblement qui diffère de la paralysie agitante par l'absence de contracture et des autres phénomènes concomitants, se localise souvent sur un groupe de muscles donnant lieu quelquefois à des mouvements singuliers ; sur les muscles du cou par exemple il dirige alternativement la tête à droite ou à gauche ou en avant et en arrière. A côté de malades de ce genre, M. Charcot a pu en montrer une chez laquelle le tremblement presque localisé dans les jambes donnait lieu à une sorte de danse bizarre lorsqu'elle voulait marcher. Chez une autre, le tremblement se produisait presque exclusivement dans le grand palmaire, déterminant ainsi une agitation constante de la main droite. Tous ces tremblements présentent encore ceci de commun avec la paralysie agitante que, comme cette dernière, ils ne paraissent influencés par aucune espèce de traitement sauf dans des cas tout à fait exceptionnels.

—Les effets physiques déterminés par l'électricité suivant les appareils qui l'ont produite, présentent tant de différences qu'on peut supposer que les effets physiologiques qu'on peut obtenir avec ces différents appareils sont eux-mêmes très divers. Habituellement ce sont presque exclusivement les courants d'induction ou les courants continus que l'on emploie en thérapeutique et l'on a délaissé à peu près complètement l'électricité statique qui autrefois était fréquemment utilisée. M. Charcot a cherché si ce mode d'électricité ne pouvait pas présenter, dans certains cas, de sérieux avantages et a obtenu ainsi des effets très remarquables. Cette méthode nécessite une installation spéciale qui ne peut être faite que dans certains cas particuliers, ce qui en restreint forcément beaucoup l'usage, mais elle peut, d'un autre côté, être appliquée simultanément à un grand nombre de malades ce qui facilite beaucoup la généralisation de ce traitement dans certaines conditions. A la Salpêtrière, où cette installation a été faite par M. Vigouroux, on soumet ainsi en même temps cinquante mala-

des au traitement électrique. L'appareil employé est une machine électrique très analogue à la machine usitée communément dans les cabinets de physique, bien que modifiée dans certaines parties. En raison de ses dimensions et de la longue durée des séances, le plateau de verre est mis en mouvement au moyen d'un petit moteur à gaz. Les malades sont placées sur des tabourets isolés en communication avec le conducteur et sont ainsi dans le bain électrique. A ce moment et tant que la machine fonctionne, les malades sont soumises au passage incessant de l'électricité, car celle-ci s'échappe continuellement de toute la surface du corps et surtout par les parties saillantes. Pendant ce temps les malades éprouvent certaines sensations particulières ; elles les comparent à un souffle léger, elles ressentent aussi des picotements, les fonctions de la peau sont activées, l'appétit augmenté ; dans cette situation elles sont sous l'influence de décharges continues presque insensibles, mais on peut donner plus d'activité à tous ces phénomènes avec des excitateurs que l'on peut modifier de telle sorte, dans leur forme, qu'ils agissent sur les différents organes, sur ceux des sens en particulier. On obtient aussi des effets remarquables que M. Charcot a pu faire apprécier dans une de ses conférences. Chez plusieurs malades placées sur les tabourets isolés et soumises ainsi au bain électrique, au bout de vingt minutes de nombreuses modifications se produisaient. Chez l'une d'elles atteinte d'une contracture hystérique de l'avant-bras gauche, l'excitateur placé au niveau de l'avant-bras droit amenait la contracture de ce membre par suite d'un phénomène de transfert incomplet, car le membre malade restait encore incomplètement contracturé. Cette malade avait déjà été guérie deux ans auparavant de la même affection par le même procédé et ce n'est que depuis peu de temps qu'elle avait éprouvé une récurrence. Chez d'autres malades une hémianesthésie accompagnée d'achromatopsie disparaissait complètement pendant ce bain électrique. Or, des phénomènes de même ordre se produisent de même chez presque toutes les hystériques, et les effets amenés

par l'électricité statique sont à peu près toujours semblables, présentant une très grande uniformité. Un fait important à noter, parce qu'il est très facile de l'observer et qu'il répond d'une manière péremptoire à cette idée mise si souvent en avant que les résultats obtenus ne sont le résultat que de la supercherie ou de ce que les Anglais ont appelé *l'expectant attention*, c'est que si on interrompt la communication avec la machine électrique, le retour de la sensibilité ne se produit en aucune façon, non plus que la contracture.

Comme à la suite de l'emploi des autres moyens esthésiogènes, parmi lesquels l'électricité statique joue un rôle important, le retour de la sensibilité n'est le plus souvent que temporaire, après un jour ou deux l'insensibilité primitive reparaît presque toujours ; cependant, il est des cas où ce retour est permanent et où la guérison peut être considérée comme définitive. Mais ce n'est alors le plus souvent qu'après des séances nombreuses et répétées que ce résultat peut se produire.

L'électricité statique doit donc être placée, au point de vue du traitement de l'hystérie, et il faut ajouter aussi de certaines autres affections du système nerveux, à côté des autres agents physiques qui sont destinés à ramener la sensibilité ; ce procédé semble plus efficace que les autres, car presque toutes les malades de la Salpêtrière y paraissent sensibles.

Le retour de la sensibilité paraît aussi plus durable, et pendant tout ce temps les malades sont moins sujettes aux attaques : c'est donc un moyen thérapeutique dont l'étude n'est encore qu'à son début, mais qui mérite à un haut degré l'attention de tous les médecins.

DR PAUL LUCAS-CHAMPIONNIÈRE,

Ancien interne des hôpitaux.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie*, Octobre 1881.)

Traitement de l'eczéma.

Nous trouvons dans les *Annales de dermatologie* le procédé préconisé par le Dr Lassar (de Berlin) pour le traitement de l'eczéma. Cet auteur attache une grande importance à l'emploi des substances antiseptiques. Il rappelle d'abord que Hébra et ses élèves conseillent très expressément de traiter par l'expectation les exzemas aussi longtemps qu'ils ont le caractère aigu, de les recouvrir de poudres indifférentes et dans les cas seulement où la démangeaison et la tension deviennent tout à fait insupportables, de faire des applications d'eau ou de glace. M. Lassar dit que ces applications sont en général très mal supportées, aussi doit-on dans les eczemas aigus, cesser entièrement les lotions avec l'eau ou avec des solutions aqueuses. Les malades se trouvent au contraire très-bien d'applications faites dès le début sur les parties enflammées avec des huiles antiseptiques. Tandis que l'eau augmente la tension et la tuméfaction de la peau, celle-ci devient rapidement souple sous l'influence de l'huile qu'elle absorbe avidement, et l'on voit alors les croûtes adhérentes, les caillots et les masses épithéliales se détacher. Si l'on mélange avec l'huile 1 à 2 0/0 d'acide phénique, on obtient en même temps une diminution du prurit et la cessation du grattage auquel les malades ne peuvent que difficilement résister et encore lorsqu'ils ont à leur disposition un remède contre la prurit. On doit rapporter cette action spéciale du phénol à ses propriétés anesthésiques. Après avoir nettoyé avec de l'huile les parties enflammées et les avoir fortement arrosées, la peau en absorbe des quantités considérables, on applique un bandage circulaire fait avec de la mousseline trempée dans l'huile et on le recouvre complètement avec de la toile. Le phénol n'est parfois bien supporté que pendant un temps limité, puisqu'il peut aussi provoquer de l'eczéma. Il faut alors le remplacer par l'acide salicylique (1 à 2 0/0) ou par le thymol (1/2 à 1 0/0). L'huile de thymol est surtout efficace dans toutes les affections bulbeuses et pemphigoïdes, ainsi que dans le pemphigus proprement dit et dans l'érysipèle; on l'a employée aussi dans les brûlures.

Le pansement avec une huile antiseptique dans les eczemas aigus constitue un mode de traitement très utile pour combattre l'extension des symptômes inflammatoires. Comme l'huile d'olive est d'un prix assez élevé, on peut également avoir recours à l'huile de navette qui est complètement indifférente, mais il faut éviter d'employer les glycérines de l'acide oléique qui ont une action siccative, entre autres l'huile de lin parce que celles-ci peuvent donner elles-mêmes des causes d'inflammation par leur contact avec l'air.

Le Dr Lassar signale aussi l'action favorable de la pommade salicylique dans l'eczéma chronique, surtout dans l'eczéma des enfants et l'eczéma de la face. Dans le dernier cas, il recommande une pâte composée de :

Acide salicylique	2 grammes.
Oxyde de zinc.....	} ää 25 grammes.
Amidon.....	
Vaseline	50 grammes.

qui adhère intimement et ne peut être essuyée pendant le sommeil. — (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

Introduction des aliments et des médicaments par les narines.

Les *Bulletins de la société de thérapeutique* renferment un travail de M. Fernet relatif à ce procédé dont il ne revendique pas l'invention, mais qu'il croit bon et un peu trop négligé par les médecins. Dans des circonstances assez fréquentes, en effet, il est impossible de faire prendre les aliments par la bouche. Ainsi par exemple, chez des malades plongés dans un état comateux, les boissons alimentaires qu'en cherche à introduire dans la bouche s'écoulent des lèvres parce qu'elles ne sollicitent pas les mouvements nécessaires pour les faire arriver dans le pharynx. Cependant, le plus souvent alors, la déglutition pharyngo-œsophagienne est encore possible, par action réflexe sans l'intervention de la volonté ; il suffirait

donc d'introduire les aliments jusque dans le pharynx ; c'est ce qu'on peut faire par l'intermédiaire des fosses nasales ; on peut, sans le secours d'aucun appareil particulier, faire prendre ainsi des aliments liquides et demi-liquides. Voici en quoi consiste ce procédé : le malade étant couché sur le dos, le haut de la poitrine et la tête légèrement relevés par les oreillers, on introduit dans la partie postérieure de l'une des narines, l'extrémité effilée d'une cuiller ou le bec en biseau d'une cafetière ou du biberon dont on se sert dans les hôpitaux : puis on verse doucement le liquide : celui-ci glisse sur le plan incliné que forment le plancher des fosses nasales et la face supérieure du voile du palais et arrive ainsi directement dans le pharynx où il provoque le mouvement de déglutition. A mesure qu'on verse ainsi la boisson alimentaire d'une façon continue, on entend et on voit le malade avaler à intervalles irréguliers ; si la petite manœuvre est bien conduite et assez lentement, aucun incident n'entrave l'opération et le repas n'offre pas plus de difficultés et n'exige pas plus de temps que si les aliments étaient introduits par la bouche. Quelquefois, lorsque le liquide est versé trop vite, ou quand la sensibilité du pharynx est trop émoussée pour que l'excitation provoque le mouvement réflexe de déglutition, quelques gouttes de liquide s'égarer dans le larynx et amènent quelques secousses de toux ; mais cet inconvénient auquel on remédie d'ordinaire en agissant très doucement, n'apporte pas un obstacle sérieux à l'opération.

M. Fernet a employé ce procédé dans des circonstances très différentes : dans le coma apoplectique, dans la méningite tuberculeuse, dans l'asphyxie par le charbon, etc.. Enfin chez les nouveau-nés trop faibles pour prendre le sein ou pour sucer le lait à la cuiller, il peut rendre encore de grands services. On pourrait même, sans doute, recourir au même mode d'administration pour certains médicaments que leur mauvais goût et une répugnance invincible ne permettent pas de prendre par la bouche. — *Journal de Médecine et de Chirurgie*, octobre 1881.

HOPITAL LAENNEC

(Conférences cliniques de M. le docteur Ferran).

DES DIFFÉRENTES FORMES DE LA FIÈVRE DANS LA TUBERCULOSE.

La fièvre constitue un élément si important et si fréquent dans la tuberculose, qu'on peut dire d'une façon presque absolue qu'il n'y a pas de phthisique sans fièvre, mais celle-ci présente aussi une telle diversité suivant la période de la maladie et suivant la forme même de la phthisie qu'il serait, pour ainsi dire, nécessaire de l'étudier dans chaque cas particulier, tant il y a d'importance à la traiter ; elle joue en effet un rôle si considérable dans la phthisie que le médecin doit s'attacher par tous les moyens possibles à la combattre.

La fièvre de la tuberculose peut se montrer, comme on sait, à trois périodes de son évolution constituant ainsi la fièvre d'invasion, la fièvre de ramollissement et la fièvre de la dernière période qui est en grande partie sous la dépendance de la résorption des produits septiques qui se forment dans les cavernes pulmonaires.

Parmi elles, la fièvre d'invasion a peut être le plus d'importance, tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Elle se montre fréquemment avec des caractères si insidieux que M. Pidoux a pu dire qu'elle échappait souvent absolument au malade, alors que le médecin pouvait cependant la reconnaître par l'observation thermométrique. Dans certains cas, elle se rapproche par sa forme de certaines fièvres typhoïdes légères. Elle peut avoir beaucoup d'analogie avec la fièvre de l'embarras gastrique, avec laquelle elle peut d'autant plus être confondue que cette dernière affection se voit souvent au début de la tuberculose. Elle n'en diffère guère alors que par sa persistance, par l'influence du traitement et aussi par ses irrégularités, qui ne se retrouvent pas dans l'embarras gastrique. Il arrive aussi assez souvent qu'on voit des enfants présentant des accès de fièvre irréguliers, et se reproduisant sans qu'on puisse en trouver la cause ; s'il s'agit d'enfants, suspects par leur antécédants personnels ou

héréditaires, on soupçonne volontiers la tuberculose, alors qu'il s'agit seulement de ces états assez mal déterminés, il est vrai, qu'on désigne sous le nom de fièvre de croissance.

Il y a d'ailleurs des différences assez tranchées dans la fièvre, suivant la forme de la phthisie qu'elle accompagne. M. Ferrand admet en effet quatre formes de phthisie présentant des caractères par lesquels elles diffèrent notablement entre elles ; un de ces caractères est dans certains cas constitué par la fièvre qui peut se comporter ainsi de manières fort différentes. Dans la phthisie acquise par exemple où le poumon présente une remarquable intolérance pour le produit tuberculeux, où les complications sont fréquentes, la fièvre présente assez souvent un aspect spécial. C'est surtout dans les cas de phthisie acquise que l'on voit la fièvre se développer avec intensité, avant même que les lésions locales soient susceptibles d'en rendre compte. La ténacité est alors un de ses principaux caractères, et les rémissions qu'elle présente n'ont pas toujours lieu le matin comme il arrive dans la phthisie commune. M. Ferrand pense que c'est surtout dans ces cas qu'on observe les exacerbations fébriles du matin ou de tout autre heure du jour.

Dans la phthisie aiguë la fièvre est remarquable par son acuité et aussi par la marche persistante qu'elle affecte en général. On a cité, il est vrai, des cas de phthisie aiguë qui se seraient produits avec absence presque complète de fièvre, mais ce sont là des faits tout-à-fait exceptionnels. L'importance et l'intensité de la fièvre caractérisent au contraire les formes pyrétiques de la phthisie aiguë, formes fréquentes à ce point que, pour quelques médecins, la maladie ne serait elle-même qu'une pyrexie. Le fait est que la fièvre est en général vive et tenace, bien que rémittente. Les rémissions suivent à peu près la même marche que dans les formes chroniques ; parfois elles sont plus nettes encore, si bien qu'on a pu les confondre avec une fièvre intermittente. Souvent aussi c'est dans cette forme que les maxima fébriles se rencontrent le matin.

Dans la phthisie arthritique que M. Ferrand considère comme très différente des autres formes à beaucoup d'égards, les phénomènes généraux sont en désaccord flagrant avec les symptômes locaux. Bien que les accidents fébriles ouvrent souvent la marche et que les sujets maigrissent de bonne heure, ils gardent longtemps une animation et une activité dont on peut être surpris en comparant cet état général aux lésions que fait constater l'examen physique des organes. Cette animation à laquelle la fièvre peut d'ailleurs contribuer, cette activité que le système nerveux conserve, malgré la déchéance nutritive a fait appeler cette forme du nom de phthisie floride. La fièvre souvent, au début surtout, ne se montre que par intervalles plus ou moins éloignés. Quand elle devient habituelle, on peut ici encore constater que ses paroxysmes se rencontrent fréquemment le matin. Elle est d'ailleurs assez nettement définie en ses divers stades, jusqu'au point de simuler un accès de fièvre intermittente. Elle peut être biquotidienne. En tous cas, elle n'offre pas ce caractère de persistance continue et régulière que l'on rencontre dans les formes communes ; elle subit des éclipses plus ou moins prolongées, suivies de brusques apparitions lesquelles correspondent aux phases de ramollissement ou aux complications de congestion et de catarrhe bronchique. Fait remarquable, les malades atteints de phthisie arthritique finissent souvent, après des phases aiguës répétées, par tomber dans un véritable collapsus et c'est le plus souvent par syncope, plus encore que par asphyxie, que finissent ces phthisiques quand ils atteignent les dernières limites de la cachexie.

Dans la phthisie scrofuleuse enfin, la fièvre est peu intense ; nulle dans la plus grande partie de la journée, elle présente des exacerbations modérées, lesquelles sont à peu près constamment vespérales. On n'observe presque jamais alors de ces températures élevées qui dénotent de forts accès fébriles.

On voit par cette étude rapide que M. Ferrand a approfondie déjà dans ses *Leçons sur la phthisie pulmonaire*, que la fièvre peut, sous différentes formes, revêtir des modalités assez diffé-

rentes. Toutefois, au point de vue thérapeutique, le sulfate de quinine et surtout le bromhydrate de quinine qui est plus soluble, est plus facile à administrer surtout aux enfants, moins franchement amer, et détermine des phénomènes physiologiques un peu différents, peuvent répondre à toutes les indications tirées de la fièvre, avec des résultats assez variables, il est vrai. Ainsi c'est surtout dans la fièvre d'invasion et principalement lorsque la réaction est bien franche, dans la phthisie arthritique par exemple, que ce médicament donne des succès ; à la période de résorption au contraire son action est très atténuée. Il est bon de répéter d'ailleurs que le moment de son administration a une grande importance au point de vue de son action. On sait que c'est en général trois heures environ après son ingestion qu'il commence à agir sur l'économie, on doit donc le proscrire de manière qu'il soit pris trois heures avant l'accès ou la recrudescence de la fièvre et le faire prendre accompagné de quelques aliments pour éviter son action directe sur l'estomac. Au début, de petites doses, 25 à 50 centigrammes suffisent, mais à une période plus avancée la dose doit être plus élevée, 60 centigrammes à un gramme ; il agit alors non seulement comme antipyrétique mais enfin comme décongestionnant le poumon. Dans la fièvre de résorption, bien qu'il agisse encore comme antiseptique, on a sous ce rapport des agents beaucoup plus puissants que lui. On ne doit pas oublier non plus qu'on a aussi dans l'arsenic un moyen antifebrile précieux qui agit surtout dans les formes insidieuses et prolongées du début, mais qui peut être utile aussi dans les périodes plus avancées.

P. L.-C.

(*Journal de médecine et de chirurgie.* Octobre, 1881.)

Atrophie généralisée ; cirrhose de l'estomac avec disparition des glandes à pepsine

Par le DR SCHMITT (de Nancy.)

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme âgée de 40 ans, à habitudes alcooliques, morte dans le service de M. le professeur Parisot (de Nancy), dans un état de cachexie extrême. Pendant les trois mois où on put l'observer, on ne constata chez elle qu'un état dyspeptique des plus prononcés, s'accompagnant de vomissements à la moindre ingestion d'aliments ; la nutrition de la patiente en était compromise, et l'amaigrissement et le marasme étaient arrivés au dernier degré. On n'avait jamais observé chez elle ni tumeur épigastrique, ni vomissements noirs, ni mœléna.

A l'autopsie, on trouva, à côté d'autres lésions moins intéressantes, une atrophie viscérale généralisée ; le foie ne pesait que 640 grammes (moyenne normale, 1,400), et ne présentait cependant aucune altération de structure ; le pancréas 30 grammes (normale, 70) ; la rate 37 grammes au lieu de 195 ; le rein droit 80 gr., et le gauche 30 (normale, 170) ; le cœur ne pèse que 108 gr. pour 200 chez une femme du même âge ; les poumons 400 gr. au lieu de 950 ; enfin le cerveau, bien que recouvert de ses membranes, et malgré un œdème sous-arachnoïdien et ventriculaire notable, ne pèse que 1,020 gr. au lieu de 1,250, poids moyen du cerveau *dépouillé* de ses enveloppes. Ces divers organes présentent d'ailleurs une intégrité de structure à peu près parfaite, et aussi une diminution dans toutes les dimensions en rapport avec leur poids si restreint. L'estomac ratatiné constitue une partie *rétrécie* du tube digestif : sa contenance n'est que de 105 centimètres cubes ; il mesure du cardia au pylore 7 centimètres au lieu de 12, et la grande courbure n'a que 16 centimètres et demi au lieu de 25. Sa muqueuse ne présente ni ulcération d'aucune nature, ni cicatrice récente ou ancienne ; mais les glandes à pepsine ont presque complètement disparu sur tous les points, étouffées et remplacées par une abondante prolifération conjonctive.

Cette atrophie généralisée, qui pour être surtout marquée dans les viscères, n'en atteignait pas moins les masses musculaires et même la peau, dépassait de beaucoup celle que l'on observe d'habitude dans le marasme sénile ou dans l'inanition prolongée. Cependant c'est à cette dernière cause qu'on doit la rattacher, eu égard à la suppression à peu près absolue de la fonction stomacale. — (*Revue Médicale de l'Est*, Nancy, 15 avril 1881).

De l'épilepsie gastrique.

Le Dr. Pommay rapporte dans la *Revue de Médecine* deux cas d'épilepsie produits par des troubles digestifs. D'après l'auteur cette cause serait suffisamment fréquente pour faire placer l'épilepsie gastrique chez l'homme sur le même rang que l'épilepsie utérine chez la femme. Le sujet de la première observation est un jeune homme de vingt-six ans qui fut pris d'une attaque convulsive après une longue course à cheval. Il avait déjà eu une attaque semblable un an auparavant, mais rien chez lui dans ses antécédents personnels ou héréditaires ne se rapportait à l'épilepsie, il n'était pas alcoolique. Il s'agissait donc probablement d'une épilepsie périphérique dont la cause restait à déterminer. Or, ce jeune homme dans la journée précédant l'attaque, avait fait 80 kilomètres à cheval, déjeuné assez copieusement le matin et était rentré tard ayant fort chaud. Il but alors successivement plusieurs verres d'eau à peine rougie par le vin et mangea fort peu. Trois heures après il avait son attaque accompagnée de vomissements alimentaires. M. Pommay considéra, avec réserve toutefois, cette attaque comme emmenée par une indigestion et recommande la modération dans l'alimentation.

Le deuxième cas vient confirmer cette manière de voir. Un militaire habituellement sobre, s'étant légèrement enivré, fut pris le soir d'une attaque d'épilepsie avec vomissements alimentaires. Le lendemain il avait de l'embarras gastrique; cet

état ne persista que deux jours. Chez lui la première crise épileptique était survenue peu de temps après son entrée au service et à la suite d'un écart de régime. Depuis, il avait eu plusieurs autres attaques toujours produites par la même cause. Aussi est-il obligé de s'observer beaucoup, et à chaque oubli il a une attaque. Chez lui, comme chez le premier malade, les antécédents héréditaires sont nuls. On voit par ces exemples que l'épilepsie gastrique diffère des autres épilepsies par la cause (écarts de régime), par les symptômes, vomissements alimentaires ajoutés aux symptômes ordinaires de l'attaque, et par les suites, embarras gastrique.

On peut rapprocher avec avantage ces faits de cas étudiés par M. Mèpine au sujet de l'épilepsie survenant à la suite d'écarts habituels de régime chez des individus très sanguins. Dans ces cas on avait affaire à de gros mangeurs, pléthoriques. Un traitement diététique accompagné d'émissions sanguines a eu pour effet de faire cesser les attaques. M. Pommay pense aussi qu'on pourrait rattacher à cette forme, mais de plus loin, certains cas dont on a fait dernièrement une entité morbide sous le nom de névrose pneumogastrique. D'après les auteurs qui ont décrit cette affection, les symptômes ont consisté en crises de battements de cœur, en oppression et sentiment de faim poussé jusqu'à la douleur. Ces symptômes apparaissent à la suite d'écarts de régime et cessaient facilement après un traitement ayant pour objectif les troubles de la digestion. — (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

Pathologie expérimentale.

Nous publions ci-dessous une observation des plus intéressantes de M. le docteur Deubel (de Monthéliard), communiquée par M. le docteur Féréol, au nom de l'auteur à la Société médicale des hôpitaux de Paris, dans la séance du 28 courant 1881.

ÉRYSIPELE GANGRENEUX.—EMPLOI DES GREFFES ÉPIDERMiques POUR HATER LA
LA CICATRISATION.—INOCULATION DE LA SYPHILIS PAR L'INTERMÉDIAIRE DES
GREFFES, par M. le docteur DEUBEL.

Un homme de 49 ans, n'ayant jamais eu d'affection vénérienne, était atteint au commencement de janvier 1881 d'un érysipèle gangréneux ayant comme point de départ une ulcération superficielle siégeant sur des hémorroïdes. L'érysipèle envahit bientôt le tiers supérieur de la cuisse gauche et détruisit toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, ne respectant que la partie postérieure du membre.

Le 7 mars suivant, la cicatrisation n'apparaissait encore que sur la moitié externe de la plaie, en quelques points isolés. C'est alors que quarante-cinq (45) greffes dermo-épidermiques, prises sur cinq personnes âgées de 25 à 40 ans, furent placées sur la moitié externe de la plaie bourgeonnante. La surface totale de la plaie était alors de trois centimètres carrés. Trente-trois (33) d'entre ces greffes contractèrent adhérence.

Le 18 mars, vingt-huit nouvelles greffes, prises sur la muqueuse buccale d'un lapin, furent placées sur la moitié interne de la plaie. Le pansement fut levé au bout de quarante-huit heures : les greffes avaient disparu par fonte cellulaire.

Cinq jours plus tard, le 23 mars, quarante autres greffes, prises sur sept personnes âgées de 12 à 51 ans, furent posées sur la moitié interne de la plaie ; trente d'entre elles conservèrent leur vitalité.

Au commencement du mois d'avril, la moitié externe de la plaie qui avait reçu les premières greffes était presque entièrement cicatrisée ; ces greffes avaient fourni des surfaces cicatricielles de quinze à dix-huit millimètres de diamètre qui se confondaient ou arrivaient au contact. Sur la moitié interne de la plaie, les greffes et la cicatrice partant des bords se développaient avec rapidité, lorsque le 5 avril, c'est-à-dire un mois après l'application des premières greffes, il apparut sur la moitié externe de la plaie (presque entièrement cicatrisée) une ulcération gris bleuâtre, creusée en forme de godet, de la dimension d'une pièce de 1 franc. Les jours suivants, de

nouvelles ulcérations se produisirent, semblables à la première et, dans l'espace de trois jours, la cicatrice fut complètement détruite par ces ulcérations. Par contre, sur la moitié interne de la plaie, il ne survint aucune ulcération, mais le travail de cicatrisation s'arrêta, les greffes pâlirent et tombèrent au bout d'une dizaine de jours.

Ma première pensée fut que j'avais communiqué la syphilis à mon malade par l'intermédiaire du sang de l'un des sujets qui avaient fourni les greffes. Cependant, le 9 avril, c'est-à-dire quatre jours après le début de ces ulcérations, la femme du malade était, à son tour, atteinte d'un érysipèle qui envahissait tout le corps et auquel elle succombait le quinzième jour. Elle avait soigné jusque-là son mari et habité la même chambre que lui. D'autre part un ouvrier qui passait la moitié de ses journées dans la maison de mon malade (celui-ci est aubergiste), vint me trouver le 12 avril pour une lymphangite du membre supérieur, laquelle avait comme point de départ une piqûre de la main produite par un clou.

Ces trois accidents, survenus dans l'espace d'une semaine chez des personnes vivant dans un milieu où l'encombrement et l'absence de propreté sont très prononcés, me permirent de supposer que l'ulcération de la plaie, l'érysipèle et la lymphangite étaient dus à une même cause infectieuse.

Les jours suivants, les ulcérations, touchées avec le crayon de nitrate d'argent, prenaient un aspect rosé ; cependant il s'en produisait toujours de nouvelles. C'est ainsi qu'il s'en développa pendant plus de trois mois, toujours situées exclusivement sur la moitié externe de la plaie, c'est-à-dire là où les premières greffes avaient été placées.

Mais dix semaines après l'application de ces premières greffes, le 19 mai, je constatais l'apparition d'une roséole abondante ; puis bientôt il se faisait une éruption croûteuse du cuir chevelu ; enfin, un peu plus tard, au mois de juillet, il se développait des plaques muqueuses dans la bouche de mon malade.

Un des fils de celui-ci, âgé de 25 ans, et qui chaque fois

avait fourni des greffes, vint me trouver dans le courant du mois de mai, peu de jours avant l'apparition de la roséole chez son père. Il ressentait depuis quelques mois, disait-il, des douleurs et des démangeaisons à l'anus. En l'examinant j'y découvris des plaques muqueuses. Ce jeune homme avait eu, dix-huit mois auparavant, un chancre pour lequel, ajoutait-il, il n'avait pas jugé nécessaire de consulter un médecin.

J'avais donc communiqué la syphilis à mon malade par le sang qui adhérait aux greffes prises sur son fils. Le malheureux homme ignore que je lui ai inoculé la syphilis ; il a suivi un traitement mercuriel et ioduré qu'il croit destiner à purifier son sang vicié par une longue suppuration. Depuis quelques semaines seulement (commencement de septembre) sa plaie est entièrement cicatrisée, c'est-à-dire huit mois après le début de son érysipèle.

Gangrène pulmonaire due à un élément contagieux

Par les docteurs Suné et MOLLIOT

Enfant de huit ans, de tempérament lymphatique nerveux ayant eu, à trois ans, une pneumonie catarrhale traitée avec succès par les alcooliques, et, à cinq ans, comme complication de la rougeole, une deuxième pneumonie plus grave traitée aussi par les alcooliques et par les révulsifs.

Le père de cet enfant, atteint depuis cinq ans d'une bronchorrhée fétide et probablement aussi de tuberculose, étant sur le point de mourir et faisant ses adieux à son fils, le couvrit de baisers non seulement sur les joues, mais aussi sur les lèvres.

Dès le cinquième jour, après cette lamentable scène, l'enfant commençait à être pris d'une petite toux sèche et se plaignait de douleurs vagues dans la poitrine, à la hauteur des épaules, et vers le dixième jour une fièvre des plus violentes se déclarait, accompagnée d'une toux brève, avec vives

douleurs à la partie supérieure de la poitrine. Apparition d'une pneumonie caractérisée par une prostration complète portée jusqu'à la stupeur. Température à 40° le matin et à 40°,3 le soir. Au quatrième jour, érythème douloureux des mains et des pieds et en même temps commencement de la fétidité caractéristique de l'haleine, fétidité qui s'accroît rapidement au point de se répandre jusque dans les maisons voisines. Terminaison par la mort.

Les auteurs croient pouvoir attribuer ce cas de gangrène du poumon au contact de bouche à bouche qui avait eu lieu entre le père et l'enfant. (GACÉTA MEDICA DE CATALUNA.)

Vaccination des tumeurs érectiles.

M. Constantin Paul décrit un procédé qui permet de guérir par la vaccination beaucoup de tumeurs érectiles qu'il était impossible de traiter auparavant par la vaccination, alors qu'on ne pouvait avoir une grande quantité de vaccin à sa disposition, ainsi que cela est le cas maintenant avec le vaccin de génisse. Ce nouveau procédé consiste à couvrir d'abord la tumeur d'une couche de vaccin, puis à dessiner sous le liquide, au moyen d'une aiguille tranchante, des incisions superficielles qui seront plus tard les lignes cicatricielles, c'est-à-dire les digues opposées à l'extension de la tumeur et à la rupture des vaisseaux. Ces incisions ont besoin d'être faites avec une extrême légèreté ; elles doivent être aussi superficielles que possible, car si l'on perceait cette membrane toujours très-fine en ce point, on produirait une hémorrhagie gênante pour l'opération et pouvant en compromettre les résultats par une sorte de lavage par le sang. Comme l'incision est faite sans le liquide vaccinal, le contact avec le liquide est fatal et immédiat. C'est là du reste, le procédé employé aussi par M. Chambon pour la vaccination ordinaire : une goutte de vaccin est déposée sur la peau et une incision superficielle

est faite sous le liquide avec une aiguille tranchante. M. C. Paul a eu quatre fois l'occasion de traiter des tumeurs érectiles par ce procédé et a eu chaque fois d'excellents résultats. Dans un cas même, la tumeur couvrait presque toute la nuque, un quart de la surface crânienne environ ; la plaie mit trois mois à se cicatrizer ; des pansements antiseptiques ont permis d'obtenir une cicatrisation complète sans accidents.

M. Blot fait remarquer que ce procédé ne peut s'appliquer qu'aux tumeurs superficielles ou cutanées ; dès qu'elles sont sous-cutanées, il est impossible d'en obtenir ainsi la guérison et le meilleur procédé consiste alors dans l'emploi du fer rouge. Quant à la manière de procéder, M. Blot croit qu'il vaut mieux renverser les temps de l'opération, c'est-à-dire commencer par faire de petites scarifications, une série d'éraillures superficielles comme des hachures et verser ensuite le vaccin alors que ces sillons sont encore humides et à vif.

M. Paul ajoute que si le résultat par sa méthode est incomplet pour les tumeurs sous-cutanées, il n'en est pas moins fort utile, et on peut le compléter plus tard par l'application du fer rouge. — (*Journal de Médecine et de chirurgie*, octobre 1881.)

Des causes de la mort dans le tétanos électrique

Des excitations électriques fortes et répétées peuvent provoquer chez les animaux des phénomènes comparables à ceux du tétanos traumatique. C'est en se basant sur cette analogie que M. Charles Richet a fait un certain nombre d'expériences qui permettent d'étudier les causes de la mort dans le tétanos. De ces recherches il ressort deux faits principaux c'est que chez le lapin chez lequel on provoque le tétanos artificiel, la mort survient par asphyxie, consécutivement à l'état de contracture des muscles thoraciques ; on peut alors retarder la mort par la respiration artificielle. Chez les chiens au contraire, la contracture n'est pas assez puissante pour

empêcher la respiration, et les animaux meurent alors par hyperthermie. On voit en effet la température monter chez eux lentement d'abord, puis de plus en plus vite. Une fois qu'elle a atteint 42°, 5 l'ascension devient très rapide. Au-dessus de 44 degrés, elle est presque immédiatement mortelle. La température de 43°, 5 peut être atteinte sans que la mort survienne, mais elle constitue une limite qu'on ne peut dépasser. Il paraît résulter de ces recherches, que si, dans le tétanos, on pouvait empêcher l'asphyxie ou remédier à l'hyperthermie, on pourrait, dans certains cas empêcher la mort. — (*Journal de Médecine et de chirurgie Pratiques*, octobre 1881.)

Inoculation du tubercule chez le singe

MM. Krishaber et Dieulafoy, voulant éviter une des grandes causes d'erreurs qui ont porté sur la plupart des expérimentations faites au sujet du tubercule, ont fait leurs inoculations sur le singe, c'est-à-dire sur l'animal se rapprochant le plus de l'homme par ses aptitudes morbides. Les expériences ont porté sur 40 singes, dont 16 ont été inoculés et 24 ont été conservés comme témoins. Des résultats obtenus ils concluent que le tubercule de l'homme inoculé aux singes les a fait mourir environ neuf fois sur dix avec des lésions analogues à celles de l'espèce humaine : que le degré de nocuité des inoculations a paru variable selon la matière qui a servi aux inoculations ; c'est la granulation tuberculeuse qui a paru le plus rapidement transmissible, tandis que le parenchyme pulmonaire a été moins infectant : que parmi les individus inoculés, il s'en est trouvé de réfractaires et qu'en tenant compte des proportions et de l'observation prolongée des animaux témoins, le tubercule inoculé a tué quatre fois plus de singes que la tuberculose spontanée. — (*Journal de Médecine et de chirurgie pratiques*, octobre 1881.)

Congrès médical et international de Londres.

OBSTÉTRIQUE.

C'est M. TARNIER qui, dans cette section, a ouvert la série des discussions par un remarquable discours sur le forceps. Après avoir retracé rapidement l'histoire de la courbure périnéale, à laquelle il fait plusieurs objections, l'auteur présente à l'assemblée son propre instrument, en exposant les améliorations les plus récentes dont il a été l'objet. Il explique comment, grâce à lui, les tractions peuvent être faites à coup sûr suivant l'axe même du bassin et amener le dégagement de la tête comme dans l'accouchement normal. Le professeur Lazarewitch (de Cracovie), qui a pris ensuite la parole sur la même question, a insisté sur l'utilité des courbures pelvienne et périnéale. La courbure périnéale est superflue à cause du degré de distension dont le périnée est susceptible sans le concours d'aucun instrument ; quant à la courbure pelvienne, elle augmente la résistance au passage de la tête, expose aux lacérations des parties génitales externes de la mère, et rend les tractions dans l'axe du bassin très difficiles, sinon absolument impossibles. La majorité des membres de la section ne s'est pas, paraît-il, ralliée à cette opinion. Beaucoup ont reproché au forceps Tarnier d'être trop compliqué (*sic*), et d'exercer une pression trop continue sur la tête fœtale.

—Après la lecture du travail de M. BRAXTON HICKS sur les *Contractions intermittentes de l'utérus gravide considérées comme un moyen de diagnostic*, le professeur SIMPSON (d'Edimbourg) a insisté sur les avantages qu'il y aurait à établir en obstétrique une nomenclature commune à tous les pays. Sur sa proposition, une commission spéciale a été nommée à cet effet parmi les délégués des différentes nationalités. M. Budin a donné ensuite lecture d'un mémoire sur une *disposition spéciale des membranes dans la grossesse gémellaire*.

—Le travail de M. BATTEY sur l'*oophorectomie* a donné lieu à une intéressante discussion. L'auteur a successivement étudié les indications de cette opération, les moyens de l'exé-

cution, enfin ses résultats immédiats et éloignés. M. Knowsley Thornton a appelé l'attention de ses collègues sur le nombre relativement fréquent des cas dans lesquels l'opération n'a pu être achevée. M. Martin (de Berlin) pense que ses indications sont des plus rares, et estime qu'on s'est généralement trop hâté de publier les observations, ce qui rend impossible tout jugement sur les résultats définitifs. De son côté, M. Mathews Duncan se prononce formellement contre l'oophorectomie, et ne la croit justifiée dans aucun cas.

—Dans un mémoire intitulé : *Des causes déterminantes de l'hystérie et de l'hystéro-épilepsie*, M. Graily Hewitt a insisté longuement sur le rôle pathogénique de l'irritation réflexe qui résulte de la compression du tissu utérin dans les cas de flexion. M. Paul Mundé (de New-York) a discuté ensuite la curabilité des déviations de la matrice. Puis est venu M. Edis, qui a passé en revue les troubles réflexes multiples qui compliquent si souvent les affections utérines. Signalons encore les communications de MM. Verrier et Beverley Cole sur le *traitement mécanique des déviations*.

—Le mémoire du professeur Freund (de Strasbourg) sur l'*Extirpation totale de l'utérus*, a été fort remarqué. Mais on a reproché à l'auteur de ne pas donner de statistique. Il s'est, en effet, borné à des considérations générales sur les deux procédés mis en usage, à savoir le procédé abdominal et le procédé vaginal. La seconde méthode serait préférable, selon lui, dans les cas où le vagin est large et l'utérus petit. Il conclut que l'opération peut être entreprise sans grand danger au début du carcinome et du sarcome, et qu'elle peut conduire à une guérison définitive. Dans un travail sur le même sujet, M. le professeur Corradi recommande un procédé mixte, qui n'est autre chose qu'une combinaison des méthodes vaginale et abdominale. M. Martin (de Berlin) n'admet cette opération qu'avec la plus grande réserve ; il la rejette dans tous les cas où les ganglions ou les ligaments larges sont intéressés. Le professeur Gervy (de Heidelberg) dit avoir eu des résultats déplorables avec la méthode abdominale ; avec la

méthode vaginale, il a eu quatre succès sur sept opérations. Le professeur Hennig (de Leipsick) conclut en faveur de l'opération, tout en reconnaissant que les cures définitives sont excessivement rares. Par contre, M. Spencer Wells déclare n'avoir jamais observé de cas dans lequel une opération de cette gravité lui ait paru justifiable. En effet, ou bien le mal a fait de tels progrès que toute intervention est inutile, ou bien il est assez peu étendu pour être suffisamment attaquant par les voies naturelles.

—Le professeur SLAWJANSKI (de Saint-Petersbourg) a donné lecture d'un intéressant travail sur un *nouvel élément de diagnostic des tumeurs ovariennes*. Dans ce travail, l'auteur appelle l'attention sur un signe qui permet de reconnaître de quel côté la tumeur s'est primitivement développée. Ce signe consiste dans une augmentation de la sensibilité au niveau du triangle inguinal du côté de l'ovaire malade. Dans cinq cas où ce symptôme a été noté par lui, l'exactitude du diagnostic a été vérifiée par l'opération.

—Le docteur MARTIN (de Berlin) a consacré un mémoire à l'étude d'une *nouvelle méthode de traitement de la grossesse extra-utérine*. Il propose de lier la base du placenta et d'enlever la plus grande partie de la poche, en isolant de la cavité abdominale les portions qu'on ne peut extraire. C'est la meilleure manière, selon lui, de se mettre à l'abri de l'hémorragie d'une part, de la septicémie d'autre part.

—La question du *traitement chirurgical des affections du col et du vagin* a été abordée par MM. PALLÉN et BENNETT, le premier dans un travail ayant pour titre : *De la chirurgie réparatrice du col et du vagin*, le second dans un mémoire intitulé : *Des déchirures du col de l'utérus ; de leurs causes et de leur traitement*.

—Après une communication de M. Barnes sur le traitement de l'hémorragie puerpérale, M. MORE MADDEN a lu un travail relatif au *Traitement préventif et curatif de l'hémorragie post partum*. Ces deux mémoires ont été le point de départ d'une discussion sur les injections intra-utérines de perchlo-

rure de fer. Les uns, comme MM. Matthews, Duncan et Cole, les rejettent absolument ; les autres les admettent comme dernière ressource, quand tous les autres moyens ont échoué.

—Le professeur SPIEGELBERG avait eu le projet d'ouvrir une discussion sur l'emploi de la méthode antiseptique en obstétrique. En son absence, un extrait de son mémoire a été lu par l'un des secrétaires M. Galabien. Ce travail n'est d'ailleurs qu'un exposé succinct des soins de propreté et des moyens de désinfection généralement adoptés aujourd'hui.

—La séance a été déclarée close après la lecture du travail de M. HALBERTSMA (d'Utrecht) sur l'*Eclampsie puerpérale*, et du mémoire de M. Eustache (de Lille) sur le *Parallèle de l'embryotomie et de l'opération césarienne*.

DR GASTON DECAISNE.

—*Gazette Médicale de Paris*, 29 octobre 1881.

SÉCRÉTION LACTÉE

M. Fiselbrand rapporte l'observation d'un enfant chez lequel il a constaté une sécrétion lactée abondante, trois jours après la naissance. Il s'agissait d'une fille chez laquelle les deux seins avaient atteint le volume d'une petite pomme. Pendant trois jours, il tira, par la pression, environ un verre à liqueur de chacun des seins de l'enfant ; ce liquide qui en sortait était absolument semblable au lait ; il en avait l'apparence, la consistance et la saveur. Ce qui rend cette observation intéressante, c'est la quantité relativement considérable de lait extrait, et cette considération que la même femme avait eu quelques années auparavant, une fille qui avait, elle aussi, présenté une sécrétion de lait assez abondante. — *Union-Médicale et scientifique du Nord-Est.*)

ACADEMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Septembre 1881.—Présidence de M. Wurtz.

PHYSIOLOGIE.—SUR LE PERMANGANATE DE POTASSE EMPLOYÉ COMME ANTIDOTE DU VENIN DE SERPENT. Note de M. DE LACERDA, présentée par M. de Quatrefages.

Pour étudier l'action de certaines substances, chimiques et botaniques, sur les effets produits par l'inoculation du venin du serpent, nous avons commencé, il y a deux mois, une série d'expériences, qui nous ont conduit à la conclusion des faits de la plus haute importance scientifique et pratique.

Après avoir reconnu l'inefficacité plus ou moins absolue du perchlorure de fer, du borax, du nitrate acide de mercure, du tannin et d'autres substances chimiques diverses sur les effets soit locaux, soit généraux, du venin de serpent, nous avons été amené à essayer une substance qui nous a fourni des résultats vraiment étonnants : nous voulons parler du permanganate de potasse. Les résultats obtenus dans la première série d'expériences, en injectant le venin actif du bothrops, dilué dans l'eau distillée, dans le tissu cellulaire des chiens, nous ont fait voir que cette substance était capable d'empêcher complètement la manifestation des lésions locales du venin. Dans ces expériences, nous avons procédé de la façon suivante : le venin recueilli dans du coton, et correspondant à de nombreuses morsures de serpent, était d'abord dilué dans une petite quantité d'eau distillée, soit 8 à dix gr. d'eau ; ensuite nous remplissions une seringue de Pravaz de cette solution et nous en injections la moitié dans le tissu cellulaire de la cuisse ou de l'aîne des chiens. Une ou deux minutes après, quelquefois plus tard, nous injections à la même place une quantité égale d'une solution filtrée de permanganate de potasse à 1/100. Les chiens examinés le lendemain ne montraient aucun signe de lésion locale : tout au plus il y avait une très petite tuméfaction localisée, aux environs de la piqûre de la seringue, sans irritation ni infiltration d'aucune espèce. Cependant, ce même venin, qui avait

servi à ces expériences, étant injecté sans contre poison sur d'autres chiens, a produit toujours de grandes tuméfactions locales, des abcès plus ou moins volumineux avec perte de substance et destruction des tissus.

Les résultats de cette première série d'expériences, faites avec l'injection sous cutanée du venin et du permanganate de potasse, nous ont encouragé à essayer la même substance dans les cas d'introduction du venin dans les veines.

Ici encore le permanganate de potasse a réussi parfaitement. Nous avons fait déjà plus de trente expériences dans ces conditions et nous avons eu à peine deux insuccès. Ces insuccès, du reste, doivent être attribués à des raisons diverses : d'abord on essayait sur des animaux mal nourris, très faibles et très jeunes ; de plus les injections du permanganate de potasse ont été faites très en retard, au moment où le cœur était déjà en train de s'arrêter.

Dans un certain nombre de cas, nous avons injecté dans la veine une demi-seringue de Pravaz de la solution dans 10 gr. d'eau du produit venimeux fourni par douze ou quinze morsures de serpent et une demi-minute après 2 cc. de la solution du permanganate de potasse à 1/100. En dehors d'une agitation très passagère et quelquefois d'une accélération cardiaque, qui n'a duré que quelques minutes à peine, l'animal n'a pas accusé d'autres troubles. Ces animaux, gardés et observés pendant plusieurs jours, se sont toujours bien portés.

Dans une autre série de cas, nous avons injecté le venin dans la veine et nous avons attendu la manifestation des troubles caractéristiques. Au moment où l'animal avait déjà une grande dilatation pupillaire, des troubles respiratoires et cardiaques, contractures, miction et défécation, nous avons injecté coup sur coup dans la veine de 2 cc. à 3 cc. de la même solution du permanganate de potasse à 1/100. Au bout de deux ou trois minutes, quelquefois de cinq minutes, nous avons vu ces troubles disparaître ; il restait à peine une prostration générale, dont la durée n'a jamais dépassé de quinze

à vingt-cinq minutes. Alors, en mettant l'animal par terre, il marchait très bien, il était même capable de courir ; il gardait enfin tout l'aspect d'un chien normal. Et cependant d'autres chiens, qui avaient reçu dans la veine la même quantité de venin pur, c'est-à-dire sans l'antidote, sont morts plus ou moins rapidement.

Ces résultats vraiment remarquables, qui ont frappé tout le monde, ont été constatés en diverses occasions, non seulement par S. M. Don Pedro, qui a bien voulu nous faire l'honneur d'assister à nos premières expériences, mais aussi par des personnes instruites, des médecins professeurs des Facultés, membre du corps diplomatique étranger, etc.

Je crois donc pouvoir affirmer que le permanganate de potasse agit comme un véritable antidote du venin de serpent. — (*Gazette Médicale de Paris*, 24 septembre 1881.)

Des blessures des ongles au point de vue des données qu'elles peuvent fournir en médecine légale

Par le docteur COUTAGNE.

Le moindre indice a sa valeur dans les questions médico-légales, et aucune particularité ne doit être négligée quand il s'agit de l'examen médical d'une victime ou d'un accusé. Dans l'observation rapportée par M. Coutagne, un détail, sur lequel tous les auteurs sont muets, a pu permettre à l'expert de détruire complètement le système de défense de l'inculpé. Il s'agissait d'un vol avec effraction : des traces de sang sur le montant d'une porte permettaient d'affirmer que le coupable s'était fait une blessure légère. Un des individus arrêtés, sur lequel pesaient les charges les plus graves, portait à l'ongle du doigt médius de la main droite une cicatrice transversale qui attira l'attention du juge d'instruction. L'accusé prétendit que cette blessure datait de plus de six mois : le vol datait de deux mois au moment de l'examen. En surveillant minu-

tieusement, et le compas à la main, la marche de la cicatrice depuis la lunule jusqu'au bord libre de l'ongle, le médecin expert put établir que la blessure ne datait pas de plus de deux mois, et fournir ainsi à la justice un renseignement précieux. Depuis le mémoire de Beau en 1846, on connaissait bien la loi de l'accroissement des ongles, mais il s'agissait ici de la vérifier sur cet individu et c'est ce que M. Coutagne est parvenu à faire par de minutieuses mensurations. Cette ingénieuse idée ne peut manquer d'attirer l'attention des médecins légistes, qui n'auront que trop souvent occasion de la mettre à profit. (LYON MÉDICAL, 17 juillet 1881.) —

MALADIE DU NEZ.

EPISTAXIS; INJECTION DE PERCHLORURE DE FER PUR DANS LES FOSSES NASALES; PHARYNGITE ET LARYNGO-BRONCHITE CONSÉCUTIVES; MORT PAR GANGRÈNE PULMONAIRE, par M. MALHERBE (de Nantes.)

Un homme de 66 ans, raffineur, atteint d'une affection cardiaque ancienne, est pris le 8 mai 1880 d'une épistaxis abondante. Amené à l'Hôtel Dieu, il guérit très-rapidement de cet accident, sous l'influence du tamponnement antérieur et de quelques gouttes de perchlorure de fer en polion. Repris quelques jours après du même accident, il s'adresse à une sage-femme qui lui injecte dans les fosses nasales du perchlorure de fer pur. Bientôt il rentre à l'hôpital avec une pharyngo-laryngite intense et un état général très grave. Il succombe rapidement avec des symptômes d'asphyxie.

L'autopsie permet de constater une inflammation intense du pharynx et des voies aériennes; la muqueuse est comme brûlée, raccourcie, recouverte d'un exsudat pseudo-membraneux. En certains points, des eschares ont attaqué les parties sousjacentes; l'aspect rappelle les lésions produites par un acide minéral concentré. Dans le poumon droit, un

foyer de gangrène pulmonaire du volume d'une orange avait amené la terminaison fatale.

Des faits de ce genre ne sont pas absolument rares malheureusement; il n'est pas de substance active qui, entre des mains ignorantes, ne puisse amener des accidents de la dernière gravité, et on se prend à déplorer devant de pareils faits la coupable facilité avec laquelle médecins et pharmaciens laissent de semblables médicaments entre les mains de personnes incompetentes.

—*Journal de Médecine de l'Ouest*, 1881.

LE PROFESSEUR BOUILLAUD.

L'une des plus grandes illustrations médicales de ce siècle vient de s'éteindre doucement et sans souffrances. Le professeur Bouillaud est mort à Paris, le 29 octobre dernier, à l'âge de 85 ans.

Jean Bouillaud est né le 14 septembre 1796 à la Bragette, près de Garat, dans le département de la Charente. Son père était un simple tuilier, mais il avait un oncle, chirurgien militaire, qui fut son premier maître, et à qui il dut d'embrasser la carrière médicale. C'est à Paris qu'il termina ses études, assez tard d'ailleurs, et c'est en 1818 qu'il fut nommé interne des hôpitaux. De sa promotion, qui ne comptait que dix-sept élus, l'on peut retenir les noms de Texier, de Pariset et de Leudet. Bouillaud, qui avait obtenu tous les succès possibles dans les sciences accessoires, se livra bientôt à l'étude de la physiologie, que Magendie avait remise en grand honneur, et c'est en 1823, deux ou trois mois avant son doctorat, qu'il publia dans les ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE un mémoire dont les conclusions furent adoptées sans opposition sérieuse. Il s'agissait de l'influence de l'oblitération des veines sur la formation des hydropisies passives. Bouillaud publia ensuite diverses observations de rétrécissements de

L'orifice auriculo ventriculaire reconnues par l'auscultation, puis de perte de la parole correspondant à une lésion des lobules antérieurs du cerveau, mémoire lu à l'Académie de médecine en 1825, dont il fut nommé membre la même année. Cette question de la localisation du langage articulé pressentie et soulevée par lui et qui, grâce aux travaux et aux découvertes de Broca, constitue l'un des grands faits de la physiologie de nos jours, incita Bouillaud à s'occuper de la pluralité des organes cérébraux. Il venait d'être nommé agrégé de la Faculté en 1826 et communiqua à l'Institut, en 1827, ses recherches expérimentales sur les *fonctions du cerveau en général et sur celles de sa portion antérieure* en particulier, il publia d'autres *Recherches cliniques et expérimentales* tendant à prouver que le cervelet préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Ce furent ces diverses études qui l'engagèrent à concourir en mai 1831 pour la chaire de physiologie, et ce fut pour démontrer que ses conclusions étaient réelles qu'il mit sous les yeux de ses juges un certain nombre d'animaux chez lesquels l'ablation du cerveau et du cervelet était suivie des résultats annoncés ; mais Bérard fut nommé, et Bouillaud, renonçant à son grand regret à la chaire convoitée, se présenta le mois suivant au concours ouvert pour la chaire de clinique interne de la Charité, et il sortit vainqueur de la lutte, ayant pour adversaires Louis, Rostan, Gendrin et Piorry. L'on peut dire que ses succès de professeur de clinique n'ont pas été dépassés. Pendant ses trente-cinq ans d'exercice, plusieurs milliers d'élèves et de médecins ont suivi ses visites, et tous peuvent témoigner du soin, du zèle et du savoir qui firent de lui un professeur de clinique complet.

Cependant Bouillaud n'avait pas abandonné ses études de localisations. C'est ainsi qu'en 1831 il est l'un des fondateurs de la Société phrénologique de Paris, et l'on peut lire, dans le premier numéro du journal de cette Société, un prospectus signé de lui, en qualité de rédacteur principal, et dans les *Comptes rendus des séances annuelles* de cette Société, qu'il

aima longtemps à présider, des discours sur les localisations, dans lesquels il rend justice aux travaux de Gall, sans accepter cependant toutes les conséquences que les partisans de cette doctrine voulaient en tirer. Le jeune médecin, qui s'était fait le disciple de Broussais au moment où le remuant professeur du Val-de-Grâce attirait sur lui l'attention du monde médical, le défendit plusieurs fois avec vigueur dans la chaire de clinique de la Charité, et c'est sous l'impression des idées de Broussais qu'il préconisa plus tard et défendit avec énergie la méthode des saignées coup sur coup. Mais la réputation du rédacteur du *Traité pratique des maladies du cœur* du professeur Bertin, publié en 1824, était trop bien établie pour que l'insuccès de la méthode des saignées fréquentes dût la compromettre. Son *Traité pratique du choléra*, publié en 1832, ses *Recherches sur le rhumatisme* articulaire aigu et la loi de coïncidence avec une péricardite ou une endocardite, en 1835, puis sa *Clinique de la Charité*, en 1837, et son *Traité du rhumatisme*, publié en 1840, le placèrent au premier rang des cliniciens. Cependant Bouillaud n'abandonna jamais ses études philosophiques. Leur empreinte, visible dans son *Traité des fièvres* qui date de 1826, de même que dans son *Traité de l'encéphale*, publié l'année précédente, l'incitèrent à donner, en 1836, un *Essai sur la philosophie médicale*. Dans ses publications, dans ses discours académiques, il n'a jamais varié. " Il n'admet pas de maladie sans lésion d'organes," et, " la vie étant donnée..., les faits, les actes et les phénomènes de l'organisme relèvent des sciences mécaniques et physico-chimiques." Entre 1835 et 1842, le savant professeur publie son remarquable *Traité clinique des maladies du cœur*, dont les parties essentielles font toujours autorité. Outre la découverte de l'endocardite, le diagnostic est poussé à ses dernières limites pour tout ce qui concerne les modifications du rythme et du bruit, le rétrécissement des orifices, l'action des valvules, la distension des cavités, les altérations des parois. Les rapports de ces divers phénomènes avec les maladies sont soigneusement décrits et les découvertes de l'auteur ont été le point de départ de travaux considérables.

Il commence encore, en 1846, un *Traité de nosographie médicale* en cinq volumes, qu'il termine promptement, sa puissance de travail étant considérable. Depuis lors jusqu'à ses derniers jours, il n'est pas de grande discussion à l'Académie de médecine à laquelle il ne prenne part. Orateur éloquent et élégant, sa parole est toujours écoutée et l'on peut dire que la cause qu'il défend est presque toujours gagnée. En 1868, le professeur Bouillaud avait été nommé membre de l'Académie des sciences, où il fut aussi assidu et aussi laborieux. De sa carrière administrative et un instant politique, nous rappellerons qu'il fut envoyé deux fois à la Chambre des députés par les électeurs de la Charente, et qu'il accepta un instant le décanat de la Faculté en 1848, mais il n'était point l'homme de cette fonction si difficile en des temps troublés. En 1840, nous le trouvons président du Congrès médical, qui avait été réuni pour étudier les bases d'une nouvelle loi relative à l'exercice de la médecine, de même qu'en 1867, lors du grand Congrès international médical qui se réunit à Paris pendant l'Exposition, ce fut lui que tous ses confrères de la France et de l'étranger acclamèrent président.

Le professeur Bouillaud était l'homme du devoir. Il était passionné pour la science, mais non envers les hommes, et pendant cinquante années, s'il a eu des adversaires, il n'a point connu d'ennemis. Il représentait bien l'ancienne génération, pour laquelle l'exactitude, le travail, l'intégrité du caractère, plus que les honneurs et la fortune, étaient le but et les moyens. Il était universellement estimé et demeurera l'une des grands figures de la médecine.

D'autres, plus compétents que celui qui signe ces lignes, diront avec détails les grands travaux du professeur Bouillaud. Je n'ai voulu que m'incliner devant sa tombe.

DR A. DUBEAU.

Obsèques de M. le Professeur Bouillaud.

Mort samedi dernier à l'âge de 85 ans, après quarante-huit heures seulement de maladie, ses obsèques ont eu lieu lundi à midi en l'église de Saint-Thomas-d'Aquin, trop petite pour contenir l'affluence considérable de ses anciens élèves et de ses collègues de l'Institut, de l'Académie de médecine, des hôpitaux de Paris. Le deuil était conduit par son gendre, M. le docteur Auburtin, et son fils, derrière lesquels venaient les professeurs et les agrégés de la Faculté, les membres de l'Institut et de l'Académie de médecine, un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux, etc.

Les cordons du poêle étaient tenus par M. Vulpian comme doyen de la Faculté, par MM. les professeurs Germain Sée et Béclard, par M. Wurtz comme président de l'Académie des sciences, par M. Legouest comme président de l'Académie de médecine et par M. Henri Roger, représentant l'Association générale des médecins de France. L'inhumation a eu lieu au cimetière Montparnasse. La volonté du défunt a été de tous points respectée, aucun discours n'a été prononcé et aucun détachement de troupes n'avait été commandé pour lui rendre les honneurs funèbres auxquels il avait droit comme commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur.

Une heure plus tard avait lieu la séance hebdomadaire de l'Académie des sciences. Aussitôt après le dépouillement de la correspondance, le président de la docte compagnie s'est levé et, au milieu du recueillement général, a prononcé les paroles suivantes :

Messieurs,

Nous venons de rendre les derniers devoirs à M. Bouillaud. La Compagnie perd en lui une illustration médicale, un esprit élevé, et, ce qui est plus rare, un grand caractère. Ses travaux, dont les premiers datent de plus d'un demi-siècle, conservent encore aujourd'hui leur valeur et leur actualité.

La science lui doit de véritables découvertes en pathologie.

Il me suffira de rappeler la détermination des rapports entre les maladies du cœur et les affections rhumatismales, la localisation dans les circonvolutions frontales de l'hémisphère gauche du siège de l'aphasie.

J'ai la confiance que ces travaux et beaucoup d'autres du même ordre trouveront un jour un interprète autorisé. Pour le moment, il nous reste à honorer la mémoire de notre illustre collègue en levant la séance en signe de deuil.

La séance a été levée aussitôt.

Règlement nouveau pour l'admission à la pratique de la Médecine.

A l'assemblée semi-annuelle du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, tenue à Québec le 28 septembre 1881, il a été résolu :

Qu'à l'avenir la licence du Collège des Médecins et Chirurgiens de Québec ne sera accordée aux porteurs de diplômes Universitaires qu'en autant que ceux-ci auront passé leur examen final, à l'expiration de leur quatrième année d'études médicales depuis leur admission à l'étude, et qu'ils auront suivi au moins trois sessions de cours Universitaires, dont une durant leur première année et une durant leur quatrième année d'études.

Notre concitoyen, confrère et ami, M. le Dr Leprohon vice-consul d'Espagne à Montréal, vient de recevoir du gouvernement Espagnol le titre de Chevalier de l'ordre de Charles III. C'est un témoignage bien flatteur pour M. le Dr Leprohon et nous l'en félicitons bien cordialement.

Au concours pour la chaire d'Anatomie, devenue vacante par la mort du Dr J. G. Bibaud, le Dr. J. A. S. Brunel a été nommé professeur pour ce cours.

A l'assemblée mensuelle de l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal, tenue le 3 décembre courant, avec l'assentiment des Révérendes Dames de l'Hôtel-Dieu, les MM. dont les noms suivent ont été admis à y faire le service : Dr F. X. Girard, Dr J. A. Roy, Dr Fréd. J. Demers, Dr E. J. Bourque, Dr L. D. Mignault. L'Honorable A. H. Paquet a été nommé médecin consultant. A la même séance ont été agrégés à l'École M. le Dr J. A. Roy et M. le Dr L. D. Mignault qui doit suppléer M. le Dr Brunel dans la chair d'Anatomie, ce dernier suppléant lui-même M. le Dr Munro dans celle de Chirurgie.

Revue d'Ontologie.

L'art du dentiste semble vouloir se relever. Depuis déjà longtemps, nous avons vu des hommes très distingués, en France, en Angleterre, en Allemagne et ailleurs, s'adonner spécialement et d'une manière toute scientifique à la pratique de cette branche de l'art de guérir, pour tenter de rattacher plus étroitement cette branche au tronc des sciences médico-chirurgicales. Le nom des Delestre, des Andrieu, des Magitot, des Cruet, etc., pour ne parler que des Français, suffirait amplement à démontrer que tous les dentistes ne sont pas de simples arracheurs de dents. Or, voici qu'aujourd'hui nous arrive de Genève la nouvelle de la création, dans cette ville, d'une école scientifique et professionnelle d'art dentaire, dont la direction est confiée à une commission de cinq membres présidée par M. Laskowski, professeur à la Faculté de médecine de l'Université genevoise.

D'autre part, un projet de réglementation de l'art dentaire, sur lequel nous aurons peut-être à revenir bientôt, est actuellement en voie d'élaboration en France.

Le moment est donc bien choisi pour inaugurer dans la *Gazette Médicale* une revue périodique des progrès de l'odontologie, et nous commençons sans plus ample préambule.

I.—Un élève de M. le docteur Magitot, le docteur Anthelme Combe, a cherché à déterminer les indications et le mode d'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement de la carie dentaire (1).

On sait que l'acide arsénieux est de tous les agents thérapeutiques appliqués à la cure de la carie dentaire l'un des plus efficaces, à titre d'agent astringent et surtout de caustique.

Suivant M. Combe, l'emploi de l'acide arsénieux n'est pas indiqué dans la première période de la carie.

Dans la deuxième période, en cas d'insuccès des astringents, l'acide arsénieux employé à dose irritante (1 milligramme environ) peut donner déjà de bons résultats en provoquant la réparation éburnée du fond de la carie.

Mais dans la troisième période, l'acide arsénieux, employé sous l'état opaque ou porcelainé, en poudre impalpable et à sec, est le destructeur par excellence de la pulpe dentaire.

L'association de la morphine et de la créosote est sans influence sur l'action caustique non plus que sur la douleur produite.

Les pansements devront varier de volume et de disposition suivant l'étendue des dénudations de la pulpe et la forme de la carie, sans dépasser, en aucun cas, 2 à 3 milligrammes. On appliquera ensuite un pansement protecteur solide et résistant, destiné à empêcher le déplacement.

La douleur produite par la cautérisation de la pulpe varie influent ; nulle sur la pulpe saine, très vive sur l'organ enflammé. L'intensité et la durée de la douleur sont propor

(1) *De l'acide arsénieux dans ses applications à la thérapeutique de la carie dentaire.*

tionnelles à l'état inflammatoire de l'organe et à la surface touchée par le caustique,

“ Toute application arsénicale sur une pulpe malade devra être précédée de pansements calmants destinés à ramener cet organe le plus près possible de l'état physiologique.

“ Dans la poursuite des prolongements radiculaires de la pulpe par le caustique, on devra éviter d'atteindre le sommet des racines, où l'on rencontrerait le périoste ” ; puis on débarrassera la cavité pulpaire de tous les débris de l'organe.

“ Il faudra être très circonspect dans l'application de l'arsenic aux caries des *dents temporaires*, dont les racines sont en voie de résorption, et aux *dents permanentes jeunes*, dont le développement des racines n'est pas encore achevé.

“ Les accidents locaux sont dus soit à l'excès de la dose employée, soit au déplacement du pansement arsénical, qui porte son action sur les parties voisines : muqueuse, périoste, tissu osseux. Ces dernières complications peuvent être de la plus haute gravité.”

Les accidents d'intoxication résultent du passage dans l'estomac de pansements appliqués à dose excessive et sans protection suffisante.

II.—M. Charles Tomes, fils de John Tomes et son collaborateur pour le traité presque classique de chirurgie dentaire, a condensé, sous le titre de *Traité d'anatomie dentaire* (1), les leçons qu'il a faites en qualité de professeur d'anatomie, à l'hôpital dentaire de Londres.

M. le docteur L. Cruet a donné une excellente traduction de cet ouvrage très scientifique. On y trouvera décrite non seulement l'anatomie des dents et des maxillaires de l'homme, mais aussi l'anatomie des organes dentaires de toute la série des animaux vertébrés, depuis les mammifères jusqu'aux poissons, batraciens, reptiles et marsupiaux. De plus, la question du développement des dents est exposée dans tous ses détails.

(1) *Traité d'anatomie dentaire humaine et comparée*, par Chs Tomes ; traduit et annoté par le docteur L. Cruet. Paris, Octave Doin, 1880.— Avec 180 figures dans le texte.

Ce volume forme donc le complément obligé du *Traité de chirurgie dentaire*, qui avait été déjà traduit en français par le docteur G. Darin, dès l'année 1873.

III. — Dans une très bonne monographie, M. le docteur Georges Gaillard (1) s'est occupé des diverses formes de déviation des arcades dentaires du traitement que l'on doit employer, tant dans les cas d'antéversion que dans ceux de rétroversion ou dans ceux de latéversion.

Le redressement d'une dent s'accompagne toujours d'un processus complexe, portant sur la dent et sur l'alvéole, et tendant toujours au processus de l'ostéite ou de la périostite aiguë qu'il faut chercher à éviter. Mais les procédés de douceur, bien plus que les procédés de redressement brusque, réunissent des conditions satisfaisantes pour provoquer une ostéite plastique simple, avec ostéogenèse durable. On obtient l'immobilisation absolue (condition *sine quâ non* de l'absence de douleur dans le traitement et de la non-suppuration de l'ostéite) par l'usage permanent d'un appareil qui doit être très léger, tolérable et facile à modifier. Ces conditions semblent être parfaites et faciles à modifier. Ces conditions semblent être parfaitement remplies par les appareils que propose M. G. Gaillard.

IV. — Dans le PROGRÈS DENTAIRE (n° de mai), nous trouvons sous la signature du docteur Hartlevan, l'observation suivante :

“ Un fait de trajet fistuleux s'ouvrant à l'épaule qui a été publié dans le DENTAL COSMOS (décembre 1880) me rappelle un cas de ma propre clientèle. Une dame vint un jour me consulter, accompagnée d'une de ses amies. Ayant remarqué chez cette dernière une fistule débouchant à la joue droite, je lui dis qu'elle devait avoir une dent malade. Elle me répondit qu'elle n'avait jamais souffert de ses dents, et que la fistule provenait d'une ulcération de la gorge, pour laquelle elle était en traitement depuis trois ans ; l'écoulement durait depuis ce temps. Je lui demandai alors la permission d'examiner

(1) *Des déviations des arcades dentaires*. Paris, Octave Doin, 1881.

sa bouche et je trouvai que la seconde molaire inférieure du côté droit, quoique saine en apparence, était complètement morte. Cette dame, fort étonnée de ce fait, consentit immédiatement à l'extraction de l'organe. Peu après, sa gorge était complètement guérie."

V.—On serait trop heureux de connaître la véritable cause de la carie dentaire. M. H. Spencer (*THE DENTAL NEWS*) croit l'avoir découverte. "Beaucoup de praticiens distingués, dit-il, ont décrit des procédés propres à prévenir la carie dentaire, et naturellement, bien des personnes suivent leurs conseils et les font suivre à leurs enfants, ce qui n'empêche pas leurs dents de se gâter.

"Ce n'est pas tout; parmi les meilleurs auteurs qui se sont occupés de cette question et chez certains dentistes, on trouve la bouche remplie de dents cariées et quelquefois pourvue d'organes artificiels. Cela étonne le public; certaines personnes déclarent même, en termes des plus positifs, que ces auteurs ont parlé de choses qu'ils ignoraient, ou, en d'autres mots, que ce sont des farceurs.

"Peut-on répondre catégoriquement à la question qui fait le sujet de cet article?

"Un vieillard de quatre-vingts ans vint me trouver, il y a quelque temps, pour me faire examiner ses dents; à ma grande surprise, je constatai qu'il n'en manquait aucune et que toutes étaient saines. J'examinai aussi les dents de trois de ses enfants, âgés respectivement de 58, 54 et 51 ans, et vis qu'elles étaient aussi parfaites que celles de leur père. Ce fait m'engagea à les interroger sur leur manière de vivre, et le vieillard répondit qu'il n'avait jamais fait usage de thé, de café ni de sucre, et qu'il s'était toujours abstenu de manger et de boire rien de chaud ou même tiède. Je visitai ensuite la bouche de quatre de ses petits-enfants; toutes leurs dents étaient parfaites. Le grand-père me dit qu'il avait enseigné sa manière de vivre à ses enfants et petits-enfants. Si l'on constatait que cette pratique réussit toujours, il serait bon de l'adopter."

Voici ce que répond à ces lignes M. Préterre (dans L'ART DENTAIRE, n° de mars :))

“ En ce qui concerne le café et le sucre, il n'y a qu'à répondre qu'il existe des campagnes où l'usage du sucre et du café est inconnu, et dont tous les habitants perdent de bonne heure leurs dents. Ce serait une tâche très longue que d'exposer ici toutes les causes qui peuvent faire perdre les dents ; mais il en est dont l'action est aujourd'hui fort connue. Je mentionnerai surtout l'hérédité, l'usage de certaines eaux, le défaut de soin et certains aliments ou boissons, comme le sucre, le cidre, les acides, etc.

“ L'hérédité notamment possède une influence très grande ; les bonnes dents sont héréditaires comme une bonne constitution, et il en est de même pour les mauvaises dents.

“ Toutes ces causes échappent évidemment à l'action du dentiste ; ce n'est pas lui qui peut les modifier. Ce qu'il peut faire et ce qu'il fait toujours avec succès, quand il est prévenu à temps, c'est d'arrêter le progrès des lésions auxquelles les sujets se trouvent plus ou moins prédisposés par leur naissance ou par l'influence des milieux où ils vivent.”

Nous ne pouvons que donner la plus complète adhésion à ces dernières lignes.

TRAVAUX A CONSULTER.

DOCTEUR E. MAGITOT, article *gencives* du DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES.

DOCTEUR QUINET (de Bruxelles), *A propos de dents syphilitiques*. Brochure in-8°.

DOCTEUR J. N. FARRAR, *Traitement des abcès alvéolaires*. (*The Missouri dental Journal*).

SAUVAL, *Observations de greffe dentaire* (*Gazette Médicale de Strasbourg*.)

D'ALBERTUS.

INSTITUT MEDICAL.

A une assemblée des membres actifs de l'Institut Médical, tenue le 23 octobre dernier, les MM. suivants ont été élus officiers :

Vannier, président ; Manseau, vice-président ; Berthiaume, 2^{ème} vice-président, Baril, secrétaire ; Geoffrion, assistant-secrétaire ; Paquette, secrét.-correspondant ; Dubeau, assist.-secrét.-correspondant ; Panneton, sect.-trésorier ; Provost, bibliothécaire. MM. Chartrand, Gagnon, Poitevin, Duckett et Thériault membres du Comité de Régie.

E. F. Panneton, sec. pro tempore.

PIGEONS MESSAGERS POUR LES MÉDECINS.

On lit dans un des derniers numéros du New York Times :—

Un médecin d'Erié, Pensylvanie, s'occupe en ce moment à dresser des pigeons pour en tirer parti dans sa pratique.

Quelques uns de ses jeunes oiseaux lancés sur la route, pour apporter des nouvelles de fort longues distances, ont pu parcourir cinquante miles en quatre vingt-dix minutes, quelques uns même soixante-six miles en quatre-vingt-deux minutes. Ici comme à l'étranger on se sert beaucoup de pigeons comme courriers.

Un médecin du comté d'Hamilton, N. Y., en fait un usage continuel dans l'exercice de sa profession, qui s'étend sur deux communes, et il s'en trouve extrêmement bien. Après avoir visité un malade, il envoie par un pigeon la prescription nécessaire à sa pharmacie, ou n'importe quel message suivant les circonstances.

Fréquemment encore il laisse au domicile de ses clients, quelques uns de ses pigeons pour qu'on les lui renvoie à heure fixe avec un bulletin de l'état de son malade et ce surtout aux moments critiques.

Il avoue que par ce procédé il lui est permis d'économiser beaucoup son temps, tout en faisant plus d'ouvrage même. C'est ainsi que dans les cas graves, du lever au coucher du soleil, il peut se procurer toutes les heures, des renseignements précieux sur l'effet des remèdes administrés: et plusieurs de ses clients, dit-il, ne doivent la vie qu'à cet ingénieux moyen, car abandonnés aux seules ressources ordinaires, ils l'auraient certainement perdue, par la longueur du temps nécessité pour faire parvenir de leurs nouvelles à leur médecin. — *The Canada Medical Record*.

—Traduit de l'anglais.

Dispensaire de l'Asile de la Providence.

COMPTE RENDU DU SERVICE MÉDICAL, DU 1^{er} SEPTEMBRE AU 1^{er} DÉCEMBRE 1881 :

1881, SEPTEMBRE — *Service de M. le Dr Mignault.*

Ordonnances au Dispensaire ..	1815
Visites à domicile.....	153

“ OCTOBRE — *Service de M. le Dr Gadbois.*

Ordonnances au Dispensaire.....	1768
Visites à domicile.....	160

“ NOVEMBRE — *Service de M. le Dr Girard.*

Ordonnances au Dispensaire.....	1948
Visites à domicile.....	152

Les visites à domicile ont été faites par MM. les Docteurs Piché, Leblanc, Champagne, Archambault, Girard, Demers, Gadbois, Mathieu, Mignault et Fournier.

MARIAGE.

Judi, le 13 Octobre 1881, à l'Evêché de Montréal, par Sa Grandeur Mgr Chs. Ed. Fabre, Evêque de Montréal, P. Elie, F. Pager, Ecr., M. D. de New Bedford, E.-U., à Delle. Virginie Prévost, fille unique d'Isidore Prévost, Ecr., comptable au Palais de Justice de Montréal.

Le 24 courant, à l'église St. Jacques, Montréal, par le Révd. J. A. Legris, M. J. E. Legris, M.D., de Centreville, R. I., Etat-Unis, à Louise Hermine Léopoldine, deuxième fille de Ls. A. DesRasasiers, N. P., de Montréal.