

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

Pagination continue.

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

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

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTRÉAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoires.

VOL. V.

MONTRÉAL, MAI 1891.

No 5.

TRAVAUX ORIGINAUX.

QUELQUES NOTES DE MON CARNET

Les incisions chirurgicales du rein.

Par M. le Dr G. B. Faribault (Montréal) Paris.

L'incision du rein dans un but chirurgical n'est pas une opération nouvelle ; aussi n'ai-je pas l'intention de parler ici de la néphrotomie en général, mais seulement dans certains cas particuliers. Cette opération trouve en effet son indication dans des circonstances très variables. Qu'il s'agisse d'abcès rénal, avec tumeur fluctuante faisant saillie à la région lombaire, ou d'hydronéphrose, de lithiase ou de kyste c'est toujours l'incision du rein qui s'impose tout d'abord. Mais la nature du mal doit varier la nature du remède. La même incision et le même traitement consécutif seront-ils employés indifféremment dans toute intervention chirurgicale sur le rein ? Evidemment non. Ici, plus que partout ailleurs, l'opérateur devra approprier cette intervention à l'état de l'organe qu'il aura sous les yeux. L'usage de l'antisepsie nous permet maintenant d'espérer des résultats dont la réalisation eût été, il y a peu d'années, regardée comme impossible. Aussi la conduite du chirurgien et surtout le pronostic de son intervention devront-ils varier sensiblement suivant qu'il pourra ou non opérer sur un rein aseptique et pourvu d'un uretère sain ou tout au moins perméable.

S'il se trouve en présence d'un rein abcédé transformé en une poche purulente, l'intervention chirurgicale elle-même sera désastreuse. La néphrotomie primitive donne en effet, dans ces conditions, une grande mortalité par suite des difficultés que présente l'extirpation.

Mais si nous supposons (et ces cas sont fréquents dans la pratique) que l'on ait affaire à un organe relativement sain, peu augmenté de volume, aseptique ou susceptible de le devenir, alors d'autres devoirs s'imposeront. L'expérimentation d'une part et de l'autre des faits cliniques récents nous ont indiqué la marche à suivre.

Quels seront alors la direction et le siège de l'incision? Comment devra-t-on se comporter vis-à-vis de la plaie rénale, au point de vue de l'hémostase d'abord, de la cicatrisation ensuite.

I. SIÈGE ET DIRECTION DE L'INCISION.

On sait depuis longtemps que les plaies du rein, accidentelles ou chirurgicales, sont susceptibles de guérison complète, au même titre que les plaies de tout autre tissu. Mais le pronostic guérison est subordonné à deux conditions principales : Il faut premièrement que le rein soit aseptique. Il est bien entendu que c'est à ces cas seuls que je m'adresse. Il faut en outre que la partie du rein qui est intéressée présente une certaine tendance à la cicatrisation. Or, le rein se compose essentiellement de deux parties, parenchyme et bassinet, très différentes à ce point de vue. Autant les blessures du parenchyme tissu riche en éléments de toute nature, tendront à guérir naturellement, autant celles du bassinet, formé d'une membrane mince et pauvre en fibres musculaires, nous exposeront à l'absence de réunion et à la fistule consécutive. Cette question de la région à inciser, pour importante qu'elle soit, semble cependant avoir été, du moins jusqu'en ces derniers temps, négligée par la plupart des opérateurs. Je suis en mesure de pouvoir dire que mon cher maître le Dr. Hingston, l'éminent chirurgien de l'Hotel-Dieu de Montréal, est peut être le premier qui ait insisté sur ce détail et l'ait mis en pratique avec les résultats que l'on connaît ; son nom, d'ailleurs même à Paris, est lié à tout ce qui regarde les affections chirurgicales du rein.

Devant inciser un rein, où et comment l'inciserons-nous pour être dans les meilleurs conditions possible? Ici, il est nécessaire de dire quelques mots sur la position des gros vaisseaux dans le tissu rénal.

On sait que les vaisseaux de fort calibre et dont la disposition est toujours constante chez l'homme, cheminent dans les deux faces de l'organe où ils sont situés très superficiellement. Cette disposition nous montre les dangers qu'offrirait une incision du parenchyme rénal sui-

vant l'une des faces de l'organe et qui aurait toutes chances d'intéresser un ou plusieurs de ces vaisseaux.

On sait de même que si l'on pratique une coupe médiane de rein du bord convexe vers le hile, semblable à celle qu'on pratique ordinairement dans une autopsie, on voit que les gros vaisseaux ont à peu près disparu. Premier et précieux avantage offert par ce mode d'incision.

De plus, le chirurgien qui pratique sur un organe quelconque une opération ne doit pas songer seulement à éviter les dangers immédiats de cette opération ; il doit songer aussi aux suites éloignées de celle-ci, sinon sa tâche ne sera accomplie qu'à demi. On a par exemple incisé un rein sur face postérieure suivant son plus grand axe ; l'hémorragie s'est trouvée être faible, la cicatrisation s'est faite, le malade est guéri et l'opérateur satisfait. Il le sera moins, s'il songe aux suites possibles, probables mêmes de son intervention. Il a en effet été démontré qu'une pareille incision est constamment suivie d'une atrophie irrémédiable des glomérules consécutive à la section de leurs canalicules excréteurs.

L'incision du bord convexe, au contraire, au moyen de l'instrument tranchant, réduira à leur minimum les dangers de l'atrophie ultérieure, étant faite suivant une direction parallèle et non perpendiculaire avec les canalicules excréteurs. On pourra donc en suivant cette voie, en cas par exemple de lithiase rénale, restituer au rein, après l'extraction des calculs, son intégrité à peu près absolue.

L'incision sur le bord externe offre encore un autre avantage : elle ouvre une voie large et facile à l'exploration de l'organe ; elle a donc les plus grandes chances de tomber sur les calculs quelque soit leur siège.

II. ACCIDENTS ET MOYENS D'Y RÉMÉDIER

Je viens de montrer comment l'incision du bord convexe nous met à l'abri des grosses hémorragies. Cependant on peut, même en suivant cette voie, se trouver en présence d'un écoulement sanguin considérable, surtout si l'organe est peu ou point sclérosé. Cette hémorragie facilement explicable par l'étendue de la plaie et la grande vascularité de l'organe peut apporter une gêne considérable à la continuation de l'opération. Nous avons heureusement des armes contre cet accident. Ce sont 1^o la compression, 2^o la suture :

1^o *Compression*. M. Luppier recommande de faire pratiquer par un aide la compression du pédicule vasculaire : le sang s'arrête aussitôt et l'on peut continuer en toute sécurité l'opération sans que les doigts de l'assistant y apportent un gêne sérieuse. Il arrive même qu'une compression, prolongée seulement pendant quelques instants

suffit pour assurer l'hémostase ultérieure. Cela tient à ce que ces mêmes artères hypertrophiées qui donnaient du sang au moment de l'incision, sont entourées d'éléments musculaires très développés, circonstance éminemment favorable à leur rétraction rapide.

2^o Suture. La suture a un double but : Assurer l'hémostase et obtenir une réunion immédiate et complète, en évitant la production d'une fistule.

Au moment où l'on cesse de comprimer les vaisseaux du hile, il peut arriver, comme je l'ai dit plus haut, que l'hémostase soit et reste à peu près complète. L'hémorragie au contraire peut reprendre, principalement s'il s'agit d'une incision exploratrice sur un rein normal. C'est alors qu'il faut de nouveau faire la compression et pratiquer la suture. Car, il importe de savoir qu'une fois la suture faite, l'afflux sanguin, loin de nuire à la coaptation des deux lèvres de la plaie, contribuera au contraire à assurer l'hémostase.

On pratique les sutures en passant les fils de catgut en plein parenchyme et en ajoutant ensuite, au besoin, un plan de sutures superficielles. On pourrait croire *a priori* que le séjour des fils de catgut dans le tissu rénal prolongé jusqu'à leur complète résorption, donnera lieu à l'infiltration d'urine ou à des phénomènes d'inflammation. Il n'en est rien ; au niveau des fils pas plus qu'au niveau de la plaie il ne se produit d'inflammation.

Il me reste à parler d'une dernière et importante condition du succès de l'opération. Pour que l'urine ne vienne pas refluer par la plaie rénale, il faut que son écoulement soit librement assuré par les voies naturelles, il faut que l'uretère soit perméable. De là, très grande importance du cathétérisme de ce conduit qui permet seul d'affirmer l'absence de tout obstacle par calcul, rétrécissement, etc.....

Cette opération faite avec prudence et avec toutes les précautions de l'antiseptie, n'offre aucun inconvénient. Elle est d'ailleurs singulièrement facilitée par l'étendue de la plaie du bord convexe. Elle est, je le répète, le complément obligatoire de toute incision sur le rein que l'on voudra faire suivre d'une réunion complète et immédiate.

Paris, 19 Mars 1891.

DR G. B. FARIBAUT.

Des propriétés Thérapeutiques du Pichi

ET DE SON EMPLOI DANS LES AFFECTIONS DE L'APPAREIL
GENITO-URINAIRE ET AUTRES.

Par M. le Dr. MELVILLE E. DE LAVAL.

L'emploi du Pichi (*Fabiana Imbricata*,) est encore très récent, car ce n'est que depuis quelques années que l'on en connaît les propriétés.

Ici en Amérique ce n'est que depuis la publication des travaux de Rusby, *Thérapeutic Gazette* 1885 p. 120, et des observations de Wyman, que l'attention de la profession médicale a été attirée, sur les propriétés thérapeutiques du Pichi.

En France le professeur Lucien Boyer introduisit le Pichi dans le traitement de la cystite et autres affections urinaires, à peu près vers la même époque.

Chacun d'eux ignorait complètement les travaux de son concurrent car le résultat de leurs observations fut publié à peu près au même temps.

Plusieurs autres observateurs ont continué les travaux de Rusby et de Boyer depuis, et aujourd'hui on est à peu près fixé sur les propriétés thérapeutiques du Pichi sur son indication, mode d'action etc.

Avant les travaux de Rusby et de Boyer, au Chili les indigènes connaissaient les propriétés du Pichi et l'employaient d'une manière empirique dans le traitement des affections vésicales, de plus on attribuait au Pichi la propriété de dissoudre les calculs vésicaux.

Cette propriété lithontriptique avait été signalée par Rusby, qui pourtant doutait beaucoup que le Pichi possédât cette précieuse propriété—Rusby, *Thérapeutic Gazette* 1885 p. 120—Limousin en 1886 (mémoire soc. de thérapeutique) dans son rapport sur le Pichi signalait aussi cette propriété, mais sans en assurer l'exactitude.

D'après ce que nous connaissons des propriétés thérapeutiques du Pichi, cette propriété de dissoudre les calculs vésicaux, n'existe pas, du moins il ne la possède pas au même degré que l'on prétend.

Nous voyons par le rapport de Limousin sur le Bulletin de thérapeutique 1886, que l'on employait le Pichi vers la fin du dernier siècle, mais comme on l'a déjà fait remarquer d'une manière empirique, sans aucune méthode rationnelle.

Rusby préconise l'emploi du Pichi dans le traitement de plusieurs affections—notamment :

- 1^o Dans les affections catarrhales de l'appareil genito-urinaire ;
- 2^o Dans le traitement de la congestion chronique du rein, sans complications, comme la dégénérescence organique de cet organe ;
- 3^o Comme stimulant dans le traitement des affections hépatiques, Rusby faisait pressentir que le Pichi avait une action délétère (action reconnue par tous les médecins,) sur le rein, dans les cas où cet organe est affecté de dégénérescence organique, albuminurie.

Le Pichi, *Fabiana Imbricata* est une plante native du Chili appartenant à l'ordre des Solanées, sous ordre *currumbriacées*, famille des *Nicotianées*.

Comme on le voit le Pichi appartient à la même famille de plantes,

que l'Atropa Belladonna, la Duboisia myoporoides, le capsicum plantes dont les propriétés thérapeutiques, sont bien connues—et dont l'emploi, en médecine est très fréquent et les mérites incontestables.

Une description détaillée du Pichi n'est pas nécessaire, nous renverrons nos lecteurs à l'ouvrage Ruiz & Pavous pour plus amples informations.

L'analyse faite par le professeur A. B. Lyons et publiée dans le American Journal of Pharmacy 1886, a permis à ce dernier de se rendre compte quoique, dit-il, d'une manière incomplète de la composition du Pichi, et d'isoler plusieurs de ces produits; l'analyse de Limousin a donné à peu près les mêmes résultats que celle de Lyons.

D'après Lyons le Pichi contient : 1^o une très petite quantité d'une substance que l'on a proposé de nommer Fabianine ;

2^o Quoique l'analyse de Lyons soit, dit on, incomplète ce savant chimiste a pu isoler cet alcaloïde, et en obtenir, en le combinant avec certaines bases, des sels cristallisables, ayant une saveur amère très prononcée.

Limousin a aussi obtenue les mêmes résultats, (voir Bulletin de Thérapeutique 1886.)

Plusieurs chimistes nient l'existence de la Fabianine, mais son existence est très probable, et on peut croire que les propriétés thérapeutiques du Pichi, sont dues jusqu'à un certain point à l'action de ce produit quoique le Pichi ne contienne qu'une quantité très petite de cette substance.

2^o Lyons a aussi reconnu la présence d'une substance neutre cristallisable, insoluble dans l'eau, insipide très riche en carbone, mais probablement inerte.

3^o Une substance fluorescente (Lyons est sous l'impression, que ce produit est composé de plusieurs autres corps différents) ressemblant à l'esculine.

4^o Une huile volatile.

5^o Une résine amère, dont la composition est multiple et qui existe dans le Pichi en quantité très considérables.

Cette résine est soluble dans une solution alcaline elle en est précipitée par les acides.

Elle est aussi soluble dans l'éther, le chloroforme, mais très peu soluble dans l'eau.

Il semblerait que le Pichi doit ses propriétés à ces trois derniers corps, qui, d'après Lyons, sont seuls importants, vu la petite quantité de l'alcaloïde Fabianine, il serait impossible de lui attribuer à elle seule les propriétés thérapeutiques; bien reconnues aujourd'hui du Pichi.

Comme on le voit, il est nécessaire de continuer les recherches ana-

lytiques, afin de compléter l'analyse de Lyons et de Limousin, et se rendre compte d'une manière certaine de la composition chimique du Pichi, et isoler ses constituents.

Si la science n'a pas encore pu définir d'une manière certaine la composition chimique du Pichi, et préciser auquel de ces constituents, le Pichi doit ses propriétés thérapeutiques, celles-ci n'en sont pas moins certaines, et bien reconnues par les observateurs, qui ont employé cet agent dans le traitement de plusieurs affections, notamment celles de la vessie de l'urèthre et des reins.

Sur la valeur des propriétés thérapeutiques du Pichi, les différents observateurs sont tous d'accord, et réclament pour cet agent thérapeutique, des qualités hors ligne dans le traitement des affections, dont je viens de parler.

Rusby (in Medical age. juillet 1890), dans son mémoire dit que Ramirez de Valparaiso, est un des premiers médecins, qui ait étudié les propriétés du Pichi, et l'ait employé dans le traitement des affections urinaires et autres.

Ramirez prétend que le Pichi possède les propriétés suivantes :

- 1^o Que le Pichi a une action stimulante sur les glandes hépatiques.
- 2^o Que l'emploi du Pichi, dans le traitement des affections catarrhales des voies urinaires, a une excellente action, de plus que le Pichi employé dans les affections catarrhales de l'estomac, a donné d'excellents résultats.

Ramirez a observé que si l'on administre le Pichi, dans un cas, où il existe en même temps une dégénérescence du rein, celui-ci cause une sur-irritation symptomatisé par une excrétion anormale d'albumine : moi même j'ai eu l'occasion d'observer les mêmes effets, dans 5 cas de cystite ou l'affection principale, était compliquée d'une néphrite chronique, dégénérescence ou albuminurie.

L'emploi du Pichi est indiqué dans le traitement des affections catarrhales des voies urinaires, et c'est particulièrement, dans le traitement des affections de ce genre que j'en ai étudié les effets.

Ce n'est pas seulement dans la cystite chronique, observée chez les vieillards, accompagnée de suppuration de formation de mucopus, ou causée par la rétention, que le Pichi exerce une action curative très prononcée, mais aussi dans le traitement des cystites causées par la présence des calculs vésicaux, ou bien celles observées, après qu'une opération chirurgicale a été pratiquée sur ce viscère.

Le Pichi comme on le voit est d'un grand secours dans le traitement des cystites, par causes, traumatiques, et aussi dans celles observées chez les personnes souffrant de diathèse urique.

Dans les cas de cystite causée par l'irritation, produite par la pré-

sence des calculs ou graviers, le Pichi diminue beaucoup la sensibilité vésicale, et en même temps en favorise et facilite l'expulsion.

On prétend que le Pichi a une action modifiante sur les sécrétions, vésicales, rénales et uréthrales, et dans les cas où ces sécrétions prennent la forme connue sous le nom de muco purulente, cet agent a pour effet de faire disparaître cet état pathologique, et de ramener ces sécrétions à l'état normal.

A part de son action que l'on peut jusqu'à un certain point nommer altérante, on croit que cette action est aussi aseptique, car chez les patients soumis à la médication du Pichi, on remarque que les urines perdent l'odeur ammoniacale, et acquièrent l'odeur du Pichi, et peuvent être conservées plus longtemps, sans subir aucune transformation ou altération.

Cette propriété du Pichi, est utilisée dans le traitement des affections vésicales, avec rétention et catarrhe vésical chronique chez les vieillards.

Moi-même j'ai employé le Pichi, (depuis au-delà de 4 ans,) dans le traitement de la cystite aiguë et chronique, et toujours avec d'excellents résultats.

A mon point de vue l'emploi du Pichi, dans le traitement de cette affection est supérieur au buchu, à l'uva-ursi, mais dans le traitement des cystites compliquées, dûes à l'affection du rein, il ne doit être employé qu'avec beaucoup de précaution.

Comme on l'a déjà vu, le Pichi semble exercer une action locale bien prononcée sur la muqueuse vésicale et rénale, car si on administre ce remède on voit que les urines deviennent imprégnées de l'odeur caractéristique du Pichi, et que si les sécrétions sont devenues, par suite de l'inflammation de la muqueuse vésicale et du tissu conjonctif sous-jacent, muco purulente, cet état disparaît bientôt sous l'influence de ce remède.

Ce n'est pas seulement dans les affections catarrhales de la vessie, que le Pichi exerce une action curative, mais on l'emploie aussi dans l'ictère. Rodriguez en préconise l'emploi dans le catarrhe de l'estomac et dans l'ictère—et dit en avoir obtenu d'excellents résultats.

Je citerai maintenant quelques opinions d'auteurs, qui ont obtenu les effets du Pichi, dans le traitement de plusieurs affections.

Wyman de Détroit, Mich., préconise l'emploi du Pichi dans le traitement des cystites traumatiques, ou bien celles observées après une opération pratiquée sur l'urèthre, le rectum, l'utérus et dans le traitement de la cystite chronique.

Wyman est le premier médecin qui après Rusby, ait publié les observations concernant l'emploi du Pichi.

Rodriguez de Buenos Ayres, préconise l'emploi du Pichi dans le trai-

tement des cystites causées par la présence des calculs, il a observé que l'usage du Pichi en favorise l'expulsion.

Mooney, Medical age 1886, p. 76, vante beaucoup les effets Pichi dans les cas de cystites, ou celle-ci est causée par l'infection gonorrhéique et particulièrement lorsqu'elle est accompagnée de dyssentéris.

Nash, Medical age 1889, p. 38, vante l'emploi du Pichi dans les cas de cystite, accompagnée de sécrétions muco purulentes.

Dans la gonorrhée à mon point de vue le Pichi comme agent curatif est appelé à rendre de grands services, particulièrement si on l'emploie dans la période inflammatoire de cette affection.

Dans ces cas, l'action sédative du Pichi, diminue l'irritation locale, fait disparaître la sensibilité, et tend à ramener la sécrétion de muco purulente à l'état normal, et fait aussi disparaître la dysurie qui accompagne l'affection.

Comme nous l'avons vu par les observations de Rodriguez et de Ramirez, l'emploi du Pichi est contre indiqué dans les cas de cystite, ou autres affections des voies urinaires, s'il existe en même temps une complication aux reins. C'est dans les cas de dégénérescence organique que ces observateurs, ont observé les effets injurieux du Pichi.

Rusby dans son mémoire avait fait pressentir le danger de l'emploi du Pichi dans les affections vésicales, compliquées d'une affection rénale, comme la maladie de Bright, car dans ces cas on avait observé que l'emploi du Pichi semblait augmenter de beaucoup l'excrétion de l'albumine.

Cependant aujourd'hui que l'on a étudié de plus près les effets du Pichi, les faits cliniques nous portent à croire que le Pichi n'a pas du moins dans un bon nombre de cas, les effets injurieux que l'on prétends.

Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, l'excrétion de l'albumine est augmentée, mais en même temps, il est prouvé qu'un bon nombre de cas de maladie de Bright, bénéficient beaucoup des effets thérapeutiques du Pichi.

Comme dit Rusby, dans le Medical Journal, juillet 1890, il est possible qu'après de nouvelles investigations, on pourra connaître quelle classe de maladie de Bright, bénéficient des effets du Pichi, et celles dont les accidents sont aggravés par celui-ci.

Je disais que les propriétés thérapeutiques du Pichi étaient bien connues, et comprises du public médical, mais dans l'étude des propriétés thérapeutiques du Pichi, comme dans celles d'autres agents thérapeutiques, le champ d'observations est très vaste, et les succès obtenus dans ce genre d'étude devraient encourager la profession médi-

cale, à en faire l'essai et étudier son action dans le traitement de affections du foie et de l'estomac.

L'action du Pichi dans le traitement de ces dernières affections, n'a pas été suffisamment étudiée.

Une affection dans le traitement de laquelle le Pichi a donné d'excellents résultats est l'hématurie.

Nous disions plus haut, que le Pichi était indiqué dans le traitement de la gonorrhée, mais Laurence Johnson prétend que le Pichi augmente la sévérité des accidents dans la gonorrhée aiguë.

Comme antilithique le Pichi donne d'excellents résultats, mais les propriétés tant vantées d'être un lithontriptique puissant, n'existent pas ou du moins elles ont été trop louées pour quelles soient vraies.

Pour éviter tout accident du côté des reins, il est bon, si l'on soupçonne une complication de ce côté, d'examiner les urines des personnes affectées d'une maladie des voies urinaires. Si l'on y remarque la présence de l'albumine, il faut ou interrompre la médication, ou surveiller les effets.

Mais il faut bien se pénétrer, que si dans certains cas le Pichi cause une aggravation des accidents du côté des reins, sur le rein sain où seulement affecté de congestion chronique le Pichi ne cause jamais les accidents observés. Dans un cas de néphrite on a vu que le Pichi est considéré comme diurétique puissant, (voir De Walf. Medical Age, p. 249, 1887) et que son emploi est indiqué dans les cas où l'on désire une action énergique sur le rein.

A l'appui des assertions répétées que j'ai fait dans cet article que les propriétés du Pichi seront appréciées lorsqu'elles seront bien connues et mieux étudiées, je présenterai ici le résultat des observations faites par moi dans le traitement de 19 cas de cystites.

Dans 11 cas traités par le Pichi guérison complète.

Dans 5 cas, amélioration des symptômes.

Dans 3 cas, résultats nuls.

Dans deux de ces cas j'avais reconnu la présence d'une complication du côté des reins et la médication fut suspendue après quelques jours.

Quant au traitement de l'hématurie, je n'ai eu l'occasion d'observer l'effet du Pichi dans le traitement de cette affection qu'une seule fois. Mais j'ai obtenu d'excellents résultats car sous l'influence du Pichi l'hématurie a disparu après quelques jours de traitement. Dans ce cas les attaques d'hématurie se succédaient à des époques très rapprochées les unes des autres ; je n'ai jamais eu l'occasion de me servir du Pichi dans le traitement des affections catarrhales de l'estomac je lui préfère l'hydrastine.

Le meilleur moyen d'employer le Pichi est de se servir de l'extrait

fluide fait avec les sommités de la plante et non comme le font les indigènes du Chili, d'une décoction des parties ligneuses si on se sert de l'extrait fluide bien préparé on en obtiendra sûrement l'effet désiré mais l'infusion des parties ligneuses ne donne pas de résultats dans bien des cas.

Une préparation de Pichi celle qui est employée le plus souvent, est celle de Wyman :

R

Extrait fluide de Pichi.....	32 grammes.
Pot nitrat.....	4 "
Simpl. Elixir.....	90 "

Une cuillerée a thé toutes les trois heures.

En résumant nous pouvons dire que :

1. Le Pichi possède une action diurétique très prononcée et en même temps une action sédative sur la membrane muqueuse vésicale et uréthrale.
2. Que le Pichi a une action modifiant l'état catarrhal des voies urinaires et de l'estomac.
3. Que son emploi est contre indiqué dans les affections compliquées d'une dégénérescence des reins.

M. E. DE LAVAL, M. D. VICTORIA.

MEDECINE

De la chlorose brightique (1)

Sous la dénomination de chlorose brightique, je ne veux étudier ici que la chlorose de la puberté qui, après une période d'état plus ou moins longue avec ses phénomènes propres, entraîne le développement d'une albuminurie chronique avec ses symptômes particuliers et se termine fatalement par la mort. Il ne peut donc y avoir aucune confusion ni avec une albuminurie passagère qui peut toujours survenir dans l'évolution de la chlorose, ni avec la chloro anémie consécutive et à l'albuminurie.

Le cas intéressant qui m'a inspiré cet article me paraît pouvoir être considéré comme le type d'une variété de chlorose assez peu étudiée jusqu'à ce jour, puisque je n'ai trouvé aucun cas semblable signalé dans les auteurs. Le symptôme le plus frappant présenté par ma malade consistait en des métrorrhagies extrêmement rebelles et dont

(1) Communication à la Société clinique des praticiens de France.

la dernière attaque, qui a du reste amené la mort, s'est prolongée plus de six semaines consécutives. Gubler, à l'article ALBUMINURIE, du *Dictionnaire* de Dechambre, dit : " D'après mes observations, l'albuminurie n'est pas très commune dans le groupe des affections dont le trait caractéristique est la multiplicité des hémorrhagies." Mon observation prouve qu'elle existe néanmoins dans ces cas là ; chez ma malade, quand l'hémorrhagie n'était pas utérine, elle était nasale ; ces hémorrhagies alternant, bien entendu, avec des périodes d'absence complète du flux menstruel. Le cas que je signale ici est loin d'être isolé, car M. Dieulafoy, qui a vu la malade avec moi, m'a dit avoir un certain nombre d'observations semblables. Dès lors il m'a paru très intéressant, m'appuyant sur cette observation et sur quelques réflexions de mon éminent confrère, de faire une étude rapide de la chlorose brightique. La partie la plus intéressante de cette étude est sans contredit la pathogénie, le mécanisme de la production de cette complication, car, pour ce qui est de la symptomatologie et du pronostic, ils découlent tout naturellement de la définition même de l'affection. Quant au traitement, il est si connu qu'il est à peine nécessaire d'en parler.

Pathogénie de la chlorose brightique.—Pour établir la théorie de la production de l'albuminurie dans la chlorose de la puberté, il faut me reporter aux trois principales théories de la pathogénie de la chlorose.

1o Les anciens auteurs (Varandal Semert, Rivière), prétendaient que cette affection est le résultat d'une obstruction vasculaire et viscérale produite dans un petit nombre de cas par une surabondance de sang et dans tous les autres par l'épaississement, la viscosité et la frigidité de ce liquide ; phénomènes qui surviennent lorsque à la suite d'un mauvais régime les règles s'arrêtent ou coulent d'une manière insuffisante. Le sang, qui ne peut arriver jusqu'à l'utérus et y trouver une issue, encombre les veines et se jette sur différents viscères, tels que le foie, le mésentère, l'estomac et la rate, dont les fonctions sont profondément troublées.

2o Pour les auteurs français modernes, la chlorose est une variété d'anémie due principalement à des altérations du sang : aglobulie, diminution des globules ; hydrémie, la partie séreuse du sang restant invariable alors que les éléments plastiques ou constitutifs du caillot diminuent ; défibrination, diminution notable de la fibrine dans le liquide hématique. La chlorose de la puberté, caractérisée par la coloration d'un blanc verdâtre de la peau, est une anémie consécutive au développement de l'individu et est due à un manque d'équilibre entre les forces de développement et les moyens réparateurs. La chlorose

de la puberté se distingue de toutes les autres par l'existence de troubles menstruels.

30 Pour M. Virchow, dans la chlorose ce n'est pas seulement le sang qui est altéré, c'est aussi l'appareil circulatoire. D'après ses recherches, et celles de Robitansky et Ramberger, il dit que chez les chlorotiques dont on fait l'autopsie, on trouve très souvent, sinon constamment, des anomalies considérables dans l'appareil vasculaire. Le cœur et l'aorte sont moins développés qu'à l'ordinaire, et cette lésion est primitive, c'est de l'hypoplasie; non seulement la capacité des artères et du cœur est diminuée, mais la structure de leurs parois est modifiée; elles sont amincies et la tunique interne présente des soulèvements ondulés; il peut en résulter une métamorphose graisseuse des vaisseaux et du cœur. Il existe une relation très intéressante entre les organes circulatoires et l'appareil génital: celui-ci est atrophié ou hypertrophié. Notre malade avait un ovaire gauche très volumineux qu'on sentait à travers la paroi abdominale. Virchow explique les métrorrhagies parfois très graves chez les chlorotiques par une augmentation à la périphérie de la pression sanguine, due à la présence d'une quantité considérable de sang dans un appareil de peu de capacité.

Ceci dit, la production de l'albuminurie dans la chlorose devient facile à expliquer; sans admettre complètement la théorie de Virchow, on ne peut nier les troubles circulatoires chez les chlorotiques. L'albuminurie serait alors produite par plusieurs causes: d'une part, l'obstacle à la circulation dû aux lésions cardiaques et artérielles; d'autre part, les altérations nutritives et la dyscrasie sanguine. Les chlorotiques sont hypoglobuliques et cachectiques; ils ont les vaisseaux des reins comme les autres, infiltrés de granulations graisseuses ou amyloïdes, toutes circonstances extrêmement favorables au passage de l'albumine dans l'urine; la fluxion rénale, l'augmentation de pression sanguine générale à la périphérie chez les chlorotiques et la cachexie en sont les causes déterminantes. Le rein, d'abord simplement hypérémié et affecté d'une dégénérescence épithéliale, finit par subir des altérations anatomiques plus graves et arrive à la lésion caractéristique du brightisme.

Diagnostic, symptômes et évolution de la chlorose brightique.—L'importance de bien reconnaître l'apparition du brightisme dans le cours d'une chlorose n'échappe à aucun de nous, ni au point de vue du pronostic, ni surtout au point de vue du traitement. L'évolution, variable sans doute suivant les sujets, est toujours très longue. Chez ma malade, elle mit plus de huit ans à arriver à son terme fatal. On ne

constata la présence de l'albuminurie que pendant les deux dernières années.

Une jeune fille, qui a toujours été faible et malade pendant son enfance, arrive à l'âge de la puberté : alors apparaît la chlorose avec tout son cortège : aménorrhée ou métrorrhagie, coloration verdâtre des tissus, dyspnée, faiblesse, troubles digestifs, manque d'appétit, digestions longues et pénibles, nausées et vomissements, troubles nerveux plus ou moins accentués. Cet état morbide persiste avec des variations de gravité, parfois pendant plusieurs années ; pendant tout ce temps, l'examen des urines ne révèle pas la moindre trace d'albumine. Peu à peu la dyspnée augmente : brightisme cardiaque ; la malade éprouve des céphalalgies intenses et presque continuelles : brightisme cérébral ; elle éprouve des envies fréquentes d'uriner, surtout la nuit, parfois des douleurs dans les reins ; elle remarque des troubles de la vision pouvant aller jusqu'à l'amblyopie et même l'amaurose : brightisme de la rétine : des vomissements incoercibles se déclarent et l'infiltration ne tarde pas à apparaître. Alors on constate la présence de l'albumine en quantité considérable ; enfin les accidents s'aggravent, les forces s'épuisent et l'on arrive au dénouement fatal. Tel est le tableau des symptômes de cette triste affection et telle est sa terminaison.

Traitement.—Quant au traitement, on l'établira facilement en combinant les moyens les plus énergiques que nous ayons pour combattre la chlorose et ceux qui sont particuliers à l'albuminurie. Malheureusement, toutes les ressources de l'art n'empêcheront pas la terminaison fatale à laquelle sont voués les malheureux atteints du brightisme chronique.

Dr. HAYS.

CHIRURGIE.

Etude clinique d'un calcul vésical.

M. le professeur GUYON (1).

Je vais pratiquer devant vous la lithotritie pour un calcul vésical, mais avant d'opérer le malade, je désire vous faire en quelques mots son histoire : cela me permettra, chemin faisant, de discuter avec vous certaines particularités cliniques que vous rencontrerez fréquemment dans ce genre d'affections, et dont la connaissance exacte doit vous permettre d'arriver, le plus souvent, au diagnostic, même avant qu'une exploration physique vous ait donné la certitude de ce diagnostic.

(1) Leçon faite à l'hôpital Necker. In, *Bulletin Médical*.

Il s'agit d'un homme de 67 ans qui, jusqu'à ces dernières années, avant la maladie qui l'amène dans nos salles, a toujours joui d'une excellente santé, ainsi d'ailleurs que cela est de règle chez la plupart de nos calculeux qui, pour cette raison, se rencontrent plus fréquemment en ville qu'à l'hôpital. Une bonne alimentation, et, par conséquent, une bonne santé, sont en effet nécessaires pour que l'organisme puisse produire un calcul. J'ajoute que les calculs développés dans de semblables conditions sont presque toujours des calculs d'acide urique, et que, par suite, comme le voyez, les antécédents du malade constituent déjà un premier élément de diagnostic qui aura sa valeur lorsque, plus tard, il s'agira d'établir la nature d'une pierre que vous aurez reconnue.

Le début des accidents observés chez cet homme remonte environ à deux ans, mais à cette époque ils étaient tellement peu prononcés que le malade ne songea même pas à consulter un médecin. Ses mictions étaient plus fréquentes surtout la nuit ; son jet d'urine était d'un calibre plus petit qu'à l'ordinaire, mais il n'éprouvait que des douleurs vagues, peu intenses, et ses urines étaient très claires.

Il y a huit mois, il rendit quelques petits calculs par l'urèthre et, peu de temps après, il constata des douleurs vésicales plus vives, et parfois il nota que le jet de son urine s'arrêtait brusquement.

Ce symptôme de l'arrêt brusque de l'urine a été considéré à bon droit comme ayant une très grande valeur dans le diagnostic précoce d'un calcul vésical. Bien que je ne veuille en aucune façon méconnaître cette valeur, je désire cependant vous mettre quelque peu en défiance contre ce symptôme, précisément parce que l'on a généralement de la tendance à lui donner une importance, à mon sens, trop considérable.

L'arrêt brusque de l'urine peut, en effet, se rencontrer chez certaines personnes qui n'ont pas de pierre, alors que, par contre, il manquera chez des calculeux avérés. C'est ainsi qu'il manque souvent chez les vieillards, parce que le volume de la prostate s'oppose aux conditions nécessaires à sa production, à savoir que le calcul soit véhiculé jusqu'au col et appliqué contre son orifice. On comprend fort bien, en effet, que chez ces malades l'orifice vésical étant situé au-dessus du bas fond, et le calcul restant dans ce bas fond pendant la durée de la miction, les conditions mécaniques de cette dernière ne sont à aucun moment entravées. Les choses se passent d'autant plus facilement de la sorte, qu'à cet âge la force des contractions vésicales étant fort amoindrie, la véhicularité du calcul a d'autant moins de chance de se produire.

En présence d'un malade chez lequel vous soupçonneriez la pierre,

vous ne devez donc pas vous contenter de rechercher si, oui ou non, l'urine s'est brusquement arrêtée à un moment donné ; vous examinerez toutes les autres particularités qu'a pu présenter la miction de votre malade, et, chose importante, cette recherche devra être faite dans les conditions les plus variées. Vous interrogerez le malade sur la miction debout et couché ; souvent vous apprendrez que l'arrêt brusque de l'urine se produit lorsqu'il urine debout, que cet arrêt ne se produit jamais quand il est couché.

Vous rechercherez si l'envie d'uriner est la même après le repas ou à la suite d'une marche, d'une fatigue, et vous apprendrez presque toujours que, dans ces conditions, la miction est sensiblement plus fréquente. Ceci s'explique fort bien par ce fait que le calcul, mis en mouvement par la marche, vient irriter le col et produire un ténésme plus ou moins intense.

C'est à cette irritation vésicale que l'on doit attribuer les douleurs vésicales qu'accusent ces malades. On doit attacher la plus grande importance aux circonstances dans lesquelles apparaissent les douleurs. D'une façon générale, elles ne se produisent que pendant la locomotion, elles disparaissent avec le repos : c'est à ce point que l'on peut dire de ces malades qu'ils vont très bien le matin, souffrent à midi, sont malades le soir, mais qu'ils sont guéris pendant la nuit. Si l'on veut poursuivre l'analyse du phénomène,—ce qu'on ne doit jamais manquer de faire—on doit interroger le malade sur la manière dont se comportent ces douleurs suivant que la locomotion a lieu à pied, en voiture et en chemin de fer. C'est la voiture, surtout la voiture de place, qui est le mode de véhicule le plus pénible ; l'omnibus et le tramway sont moins offensifs. Par contre, le chemin de fer est le mode de véhicule que les malades supportent le mieux. Cela est si constant, que, bien souvent, j'arrive au diagnostic rien qu'en faisant préciser aux malades les sensations qu'ils éprouvent suivant le mode de locomotion qu'ils emploient.

Lorsqu'un malade arrive de province, je lui demande toujours ce qui l'a le plus fatigué dans son voyage, du chemin de fer ou de la voiture. S'il me répond : la voiture, si surtout j'apprends que ce n'est pas seulement la voiture qui l'a amené du chemin de fer chez moi (dans ce cas, en effet, on pourrait incriminer la fatigue due au voyage en lui-même), mais la voiture qui l'a conduit de chez lui au chemin de fer, je suis à peu près fixé ; il a un calcul dont mes recherches ultérieures me révèlent presque toujours la présence.

Il y a, cependant, même sous ce rapport, quelques différences individuelles, du moins en ce qui concerne la locomotion à pied et la locomotion en voiture. Quelques malades sont plus influencés par la

marche que par la voiture, et c'est dans cette catégorie que rentre notre malade actuel ; d'autres sont dans des conditions tout opposées.

Aux douleurs vésicales perçues par le malade se rattache un autre symptôme, considéré comme très significatif.

Je veux parler d'une sensation douloureuse au bout du gland. Comme cette sensation se produit toutes les fois que la sensibilité de la vessie est mise en jeu d'une façon anormale, elle ne saurait par elle-même avoir une très grande valeur, mais il en est tout autrement si on s'enquiert des circonstances dans lesquelles se montre le phénomène. Or, la plus importante de ces circonstances est, précisément, que cette douleur, nulle au repos, comme la précédente, se manifeste après la marche ou après une secousse quelconque.

Pour en revenir à notre malade, notons qu'il y a quatre ou cinq mois est apparu un autre symptôme, dont la valeur diagnostique ne le cède en rien aux précédents ; je veux parler de l'hématurie. Ce symptôme, tout comme les précédents, n'a de valeur réelle que lorsqu'on l'entoure des circonstances au milieu desquelles il se produit. Nous en avons une preuve chez ce malade dont le calcul est incontestable, et chez lequel cependant je ne crois pas devoir porter le diagnostic d'hématurie vésicale, parce que l'hémorragie, après s'être produite sans mouvement, à la suite d'un repas copieux, a cessé pour ne plus reparaitre. Bien que le malade n'ait pas eu de coliques néphrétiques, je penche plutôt vers l'hypothèse d'une hémorragie provoquée par la migration d'un calcul au travers de l'uretère.

L'hématurie vésicale, en effet, naît quand le malade a été secoué, mais elle cesse dès qu'il se repose ; en d'autres termes, elle a une cause déterminante facilement appréciable, mais elle n'a pas de durée. Méfiez-vous des hématuries qui n'offrent pas ces caractères ; elles indiquent que la vessie a d'autres lésions qu'un simple calcul, bien souvent un néoplasme. Vous m'avez vu tout à l'heure m'arrêter et interroger devant vous un malade atteint d'un cancer vésical ; vous avez pu l'entendre confirmer, avec la plus grande netteté, cette manière de voir ; sa première hématurie a été spontanée et, bien qu'il se soit immédiatement reposé, elle a duré plusieurs jours.

Tels sont les symptômes présentés par le malade. Étudiés, comme je vous l'ai indiqué, avec méthode, et en s'enquérant de toutes les circonstances qui les entourent, ils suffisent, comme vous le voyez, à faire le diagnostic avant toute exploration vésicale. J'ajoute que les malades atteints de cette affection fournissent le plus souvent, avec beaucoup de précision, les renseignements que vous réclamerez d'eux. Presque toujours il vous sera possible de reconnaître par correspondance leur maladie. Il m'arrive parfois d'engager des malades à venir se faire

opérer alors que je n'ai sur leur compte d'autres renseignements que ceux qu'ils me fournissent eux mêmes, et je puis dire que chaque fois l'exploration directe m'a permis de confirmer le diagnostic que j'avais fait à distance d'après les seules indications fournies par le malade.

Mais ces renseignements cliniques ne sont pas toute l'histoire de notre malade ; il s'est produit chez lui un phénomène sur lequel je crois devoir appeler toute votre attention.

Dès que l'on eut constaté l'hématurie dont je vous ai parlé, on lui proposa un cathétérisme explorateur, ce qui était parfaitement légitime, et ce dernier fut pratiqué. A la suite de cette petite opération, il se produisit une modification d'une grande importance sur laquelle je ne saurais trop insister, parce que, à mon sens, elle comporte un enseignement d'une grande valeur.

Jusque là, les urines du malade étaient parfaitement claires et, sauf l'hématurie dont je viens de parler, elles n'avaient présente rien d'anormal. Or, aussitôt après le cathétérisme, elles devinrent troubles, louches, laissant un léger dépôt purulent : les mictions augmentèrent de fréquence, et la douleur fut plus vive qu'elle ne l'avait jamais été ; bref le malade présenta tous les caractères d'un homme atteint de cystite, d'ailleurs légère. Je ne puis voir une simple coïncidence entre cette cystite et le cathétérisme qui l'a précédée ; j'y vois, au contraire, une relation de cause à effet ; autrement dit, à mon avis, c'est le cathétérisme qui a provoqué la cystite.

Il ressort, en effet, de l'observation attentive des nombreux calculeux que j'ai eu l'occasion de soigner, que le calcul vésical par lui-même ne peut pas produire la cystite, et quand celle-ci existe, ou bien elle a précédé le calcul, ainsi que nous l'avons vu chez une femme opérée devant vous il y a quelques jours—dans ce cas la cystite est fort ancienne, le calcul est plus récent—ou bien elle a été provoquée par une véritable inoculation due à l'introduction dans la vessie d'instruments non stérilisés. Comme c'est, certainement, ce qui s'est produit dans le cas particulier, retenez le fait et concluez-en à la nécessité impérieuse de ne sonder vos calculeux—comme, du reste, tous vos autres malades—qu'avec des instruments parfaitement aseptiques.

Le nitrate d'argent dans la chirurgie des voies urinaires

(GUYON : *Mercredi Médical*, Mars 1891)

Le nitrate d'argent est l'ami des muqueuses. En 1822, Chas Bell l'appliqua aux inflammations de l'urèthre. Avant lui, on ne s'en était servi que dans le but de détruire, par cautérisation, les rétrécissements. Ch. Bell l'employait à l'état soluble. Lallemand de Montpellier l'em-

ploya contre la catarrhe de la vessie en 1825. Mercier le vulgarisa dans la pratique courante urinaire. Guyon fait les lavages de la vessie à 11500, 1.300 et à 11100. Cet agent ne convient pas dans toutes les cystites. Il détermine des hémorragies dans les cystites tuberculeuses. Cependant il guérit les hématuries des cystites blennorragiques suraiguës. En général, il est bon dans toutes les inflammations hémorragiques de la vessie, excepté chez les calculeux.

Son véritable emploi c'est dans les inflammations suppuratives de la vessie. Il faut l'employer d'une façon répétée. On échouera dans les cas où il y a suppuration des ureteres, des bassinets, des reins : ici il n'y aura qu'une amélioration passagère. Le nitrate d'argent modifie la muqueuse de l'urethre dans les blennorrhées ; mais il agit aussi en détruisant les micro organismes urethraux. Les seringues, qui ne servent qu'aux injections de nitrate d'argent, restent stériles. Le nitrate d'argent ajouté à un bouillon de culture quelconque, empêche tout développement de culture. Il tue la bactérie pyogène et l'urobacillus liquefiants.—*Revue Internationale de Bibliographie.*

Un cas d'extirpation d'un anévrysme poplité

(S. KIMURA: *Sei I. Kwai med. j.*, 27 déc. 1890)

Notre confrère, médecin de la marine japonaise, a opéré avec succès le cas suivant et préfère l'extirpation de ces anévrysmes à leur ligature, à condition d'observer les précautions antiseptiques.

Une incision fut pratiquée au milieu de la région poplitée, on isola les nerfs poplités. On appliqua des ligatures sur l'artère poplitée et sur les artères tibiales antérieure et postérieure, et on disséqua le sac qui était adhérent à la face postérieure de l'articulation du genou. Cette opération demanda une heure. La guérison fut parfaite.—*Revue Internationale de Bibliographie.*

GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE.

La térébentine dans les hémorragies postpartum

Lorsque les moyens ordinaires n'ont pas produit d'effet, il faut saturer une pièce de linge de térébentine, l'introduire avec la main à l'intérieur de l'utérus et l'exprimer contre les parois, la contraction se produit et toute hémorragie cesse instantanément.

(*Revue obstétricale et gynécologique.*)

De l'emploi de la salicine contre les douleurs pelviennes

(JULES CHÉRON,)

La salicine est la substance active de l'écorce du saule ; elle a été préparée par Leroux dès 1830 ; c'est une substance blanche cristalline, fusible à 120°, soluble dans l'eau et ressemblant beaucoup au sulfate de quinine. Proposée au début comme antipyrétique et plus tard comme antiseptique, la salicine se montra infidèle aussi bien comme fébrifuge que comme antiseptique. C'est avant tout un médicament antirhumatismal, ayant les mêmes propriétés thérapeutiques que les salicylates et présentant sur eux l'avantage d'être mieux supporté par l'estomac.

Les douleurs pelviennes, en cas de métrite, de salpingo-ovarite, de cellulite pelvienne de pelvi-péritonite, prennent une acuité d'autant plus grande que la malade est plus nettement rhumatisante. On voit même des femmes qui présentent après la ménopause tous les symptômes douloureux des affections utérines, qui accusent de vives douleurs dans la région lombo-sacrée et dans le ventre et qui ont simplement, à l'occasion d'un refroidissement, une poussée de névralgie lombo-abdominale sans aucune lésion des organes génitaux ; en examinant et en interrogeant ces malades il n'est pas difficile de se rendre compte que ce sont des rhumatissantes plus ou moins franches.

On comprend, par ces considérations, l'utilité de la salicine contre les douleurs pelviennes. J'ai eu souvent l'occasion de vérifier la supériorité de ce médicament sur les analgésiques habituellement employés même dans des cas de cellulite pelvienne aiguë ou chronique.

La dose que je conseil ordinairement est de 1 gramme par jour, en trois fois. Je fais prendre le médicament dès qu'il se produit une recrudescence des douleurs et il est rare qu'en quelques jours elles ne soient pas calmées au point de devenir très tolérables. On cesse alors la salicine pour la reprendre au besoin quelques temps après. Il est inutile d'ajouter que les douleurs erratiques des membres, les douleurs dans le dos, les migraines qui accompagnent si souvent les douleurs pelviennes chez les rhumatissantes cèdent en même temps que ces dernières sous l'influence de la salicine.

Ma formule est la suivante :

Salicine..... 4 grammes
en 12 cachets.

Prendre trois de ces cachets par jour, matin, midi et soir ; après chaque cachet boire quelques gorgées d'eau.

(Revue Méd. Chir. des Mal. des femmes.)

Le curettage après l'accouchement et l'avortement

(J. W. LONG : *Trans. of Medical Society of North Carolina*)

L'emploi de la curette après l'accouchement à terme ou prématuré est indiqué dans trois cas : quand il y a infection, hémorragie, ou rétention des membranes ou du délivre.

I. L'infection puerpérale est due à un ou plusieurs germes qui se développent d'abord au niveau de la muqueuse utérine, pour gagner ensuite l'économie. De là deux formes cliniques.

Une forme purride, dans laquelle des lambeaux de placenta ou de membranes, où des caillots sont décomposés sur place, par des germes qui, vraisemblablement, ne sont pas entraînés dans l'économie, mais affectent cette dernière par une sorte d'intoxication, au moyen des ptomaines qu'ils sécrètent. Il n'y a pas à proprement parler de localisation clinique dans ces cas, pas de péritonite, mais des phénomènes généraux seulement. L'infection, dans la seconde forme, est due à une bactérie, qui, développée quelque temps dans l'endomètre, est charriée dans le courant sanguin ou lymphatique, s'y multiplie pour aller çà et là, créer des foyers secondaires : péritonite, pelvicellulite, etc.

Le traitement local, irrigations ou curette, est très efficace dans la première forme, et seulement au début de la deuxième, quand le foyer septique est encore localisé à la muqueuse utérine. L'auteur rappelle les expériences par lesquelles Auvar d a démontré la supériorité de la curette sur l'irrigation, pour drainer suffisamment la cavité utérine. Il rappelle également les cas de mort qui ont suivi l'injection intra-utérine. En outre, on est toujours dans la nécessité de répéter cette dernière au moins à chaque exacerbation thermique.

La curette a ses contre-indications : la péritonite, et l'anémie grave qui suit les grandes hémorragies. Elles ne sont pas absolues, car tous les microbes ne sont pas également transportés par le courant sanguin, et si l'on a lieu de penser que la cavité utérine est le siège d'un foyer putride important, on peut passer outre un léger degré de péritonite pour en faire le curage.

Il faut faire un diagnostic très précoce de la septicémie. La moindre déviation à la marche normale doit la faire redouter. On débute alors par une injection vaginale antiseptique, la femme placée au bord du lit. Si les symptômes ne s'amendent pas, on a recours à une injection intra-utérine, et enfin à la curette. L'auteur n'a recours à la curette d'emblée que lorsqu'il craint la rétention de membranes ou de placenta ; lorsqu'il s'agit d'un avortement au-dessous de 4 mois ; qu'il y a une hémorragie grave à odeur fétide ; que les symptômes septiques sont très graves, ou que la malade est éloignée et qu'on ne peut pas la visiter souvent.

II. L'hémorragie post-partum est le plus souvent due à la rétention de débris de membranes ou de placenta. Lorsqu'elle a lieu dans les premières heures qui suivent l'accouchement on introduit la main rendue antiseptique et l'on entraîne ces débris ; mais plus tard, l'orifice du col est refermé, l'introduction de la main n'est plus possible, et la curette la remplace avantageusement.

III. Lorsqu'il y a rétention, de produits membraneux ou placentaires, la curette est encore préférable : car à moins qu'il ne s'agisse d'un accouchement à terme, où la rétention soit bornée à quelques petits fragments de membranes, l'intervention s'impose. Cette opération doit être pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques connues. L'usage du chloroforme n'est utile que dans quelques cas assez rares. La malade est placée dans la position obstétricale, le col dilaté extemporanément. On se sert d'une curette mousse ou tranchante, suivant la résistance du tissu utérin. On termine par une injection antiseptique, et on laisse soit un crayon d'iodoforme comme pansement, soit une légère cautérisation de la surface grattée.—A. BENET, de Marseille.
—*Revue Internationale de Bibliographie.*

PÆDIATRIE.

La polyadénite périphérique et sa valeur au point de vue du diagnostic de la tuberculose infantile

(MIRINESCU : *Annal. malad. enfance*, mars 1891)

On sait combien sont difficiles à reconnaître au début les lésions tuberculeuses des jeunes enfants. Le Dr Mirinescu, dans un mémoire très soigné, complète les recherches entreprises par lui dans sa thèse (La polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux. Paris, 1890), en signalant certains indices, relevés depuis plusieurs années par M. Hutinel, dans ses leçons cliniques.—Deux méthodes d'examen s'imposent à cet égard au clinicien : l'examen local et la recherche des symptômes généraux et des signes concomitants. Du premier nous savons combien il est difficile de tirer des conclusions certaines, la broncho-pneumonie n'étant pas spéciale à l'affection bacillaire. La coexistence de lésions similaires (spina ventosa, lupus tuberculeux, arthrite tuberculeuse, mal de Pott, enfin polyadénites) viendra au contraire donner aux broncho-pneumonies suspectes un caractère de gravité non douteux.

D'après l'auteur, la polyadénite périphérique des tuberculeux n'a de valeur que si elle est généralisée (régions inguinale, axillaire et cervi-

cale), ne porterait-elle que sur de petits ganglions variant du volume d'un grain de chènevis à celui d'une noisette (micropolyadenopathie de Legroux) ; que si la polyadénite (dite des enfants lymphatiques) ne s'explique par aucune lésion de voisinage ; enfin qu'après la démonstration du bacille dans les ganglions incriminés. Or le Dr Mirinescu affirme avoir trouvé dans ces adénites, 15 fois sur 16, des lésions tuberculeuses, des bacilles, et avoir par l'inoculation de la pulpe ganglionnaire dans le péritoine de cobaye, reproduit en deux mois et demi à trois mois les mêmes lésions tuberculeuses. L'auteur de cette importante remarque en conclut que l'existence d'adénopathies multiples périphériques est un précieux indice révélateur chez l'enfant porteur de signes vagues de tuberculose ; mais qu'elles s'observent également chez les hérédosyphilitiques et les impétigineux. Dans la syphilis héréditaire, la polyadénite est plus rare, moins généralisée ; de même que chez les lymphatiques, la polyadénite syphilitique est tardive. Enfin dans l'impétigo, l'adénite suit la marche de l'éruption et suppure avec elle, si elle persiste.—*Revue Internationale de Bibliographie.*

L'Angine diphthérique et le croup.

Traitement par les frictions mercurielles.

M. le professeur Rauchfuss, de Saint-Petersbourg, a préconisé depuis longtemps les frictions mercurielles dans le traitement de l'angine diphthérique et dans le croup laryngé. Smakovski vient d'avoir recours à ce moyen dans trois cas absolument désespérés et ce avec un succès complet.

Le premier malade de Smakovski était une fillette de huit ans, atteinte du croup. La gorge était presque entièrement revêtue des fausses membranes diphthériques. Comme la situation était désespérée et que dans des cas analogues aucune espèce de traitement n'avait jamais réussi, Smakovski résolut d'employer les frictions mercurielles, telles qu'elles sont pratiquées dans la syphilis. Il prescrivit donc une friction toutes les heures au moyen de 2 grammes d'onguent napolitain, successivement sur diverses régions du corps. En même temps, il recommanda les gargarismes fréquents au chlorate de potasse.

Le jour suivant, les symptômes du croup avaient disparu et la gorge était presque entièrement débarrassée ; il ne restait que quelques pseudo-membranes diphthériques sur l'un des piliers du voile du palais. La salivation était apparue, de même qu'une légère bronchite avec hypersécrétion catarrhale des voies respiratoires. La guérison fut complète au bout de trois jours.

Les deux autres observations sont très analogues à celle que nous

venons de rapporter. Dans un cas cependant, une récurrence se manifesta après le quatrième jour de guérison ; elle céda encore promptement sous l'influence du même traitement.

On put remarquer dans chacun de ces trois cas, que l'élimination des fausses membranes et la disparition des symptômes du croup, furent accompagnées d'une hypercrinie salivaire et de l'expulsion d'abondantes mucosités provenant du larynx et de la trachée. C'est à ces hypersécrétions que Smakovski attribue en grande partie les effets curatifs obtenus, sans négliger d'invoquer aussi l'action microbicide bien connue des préparations hydrargyriques. Dr BERLO.

Le Scalpel.

Traitement du croup spasmodique par l'opium,

Par MEIGS. (*Med. News*, 23 mars 1889, in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 10, 1889.)

L'auteur désigne sous ce nom toutes les formes de maladie caractérisées par l'absence de fausse membrane, celles que l'on suppose spasmodiques, inflammatoires, catarrhales. Dans tous les cas graves, administrer l'émétique et, pour avoir un résultat rapide, donner une cuillerée à thé d'alun en poudre mélangé à une cuillerée à thé de sirop d'ipéca. Sauf vomissement dans les quinze ou vingt minutes, répéter la dose. L'ipéca seul, le sulfate de zinc n'ont pas la même valeur, et l'antimoine est dangereux. Si l'on ne recherche pas le vomissement, le spasme peut être le mieux combattu par l'administration d'une dose de laudanum et d'ipéca, la première, suffisante pour produire un effet soporifique sensible, mais modéré, la seconde pour calmer le spasme, mais non pour donner des nausées, autrement dit, pour un adulte, vingt gouttes de laudanum, et quinze de sirop d'ipéca. Une seconde dose et moindre peut être donnée plus tard.

A un enfant, il faut toujours donner une minime dose d'opium. Pour un enfant de deux mois, la première fois, pas plus de deux gouttes de laudanum, avec dix de sirop d'ipéca, renouvelée en une heure. De deux à six mois, première dose, une demi-goutte d'opium, avec cinq à six d'ipéca. Ce traitement calme l'attaque imminente, mais il faut tenir l'enfant au lit le lendemain, avec toutes les deux heures des doses légères de parégorique et d'ipéca. Eviter d'endormir avec l'opium, de donner des nausées avec l'ipéca (de deux à cinq ans, donner de cinq à dix gouttes de parégorique, cinq gouttes de sirop d'ipéca). La deuxième nuit, donner le laudanum et l'ipéca ; le lendemain, repos au lit ; renouveler le laudanum et l'ipéca la troisième nuit. La toux diminue, il n'y a plus de spasmes, sauf dans les cas d'intensité exception-

nelle. La dose d'opium doit équivaloir à l'effet de vingt gouttes de laudanum chez l'adulte.

Après le spasme, traiter comme un coryza ou une bronchite. L'intolérance des enfants pour l'opium lui a donné une mauvaise réputation combattue par Meigs, Pepper, Gustave Smith et Goodhart.—

Achile de Loigny.

R. LEUDET.

NEUROLOGIE.

Parallèle des troubles oculaires dans l'ataxie, la sclérose en plaques et l'hystérie. (1)

M. le professeur CHARCOT.

La sclérose en plaques, comme l'ataxie, n'est pas uniquement une maladie spéciale ; dans chacune de ces affections, le cerveau, le bulbe et les nerfs périphériques peuvent être le siège de lésions et, au point de vue du diagnostic, l'étude des symptômes cérébraux bulbaires peut avoir une très grosse importance.

Je voudrais, aujourd'hui, insister spécialement sur un groupe de ces symptômes, sur les symptômes oculaires. Je vous montrerai, à ce propos, un malade atteint de sclérose en plaques frustes, qui présente peu de tremblement dans les mouvements volontaires ; mais, malgré cela, la constatation de certains troubles du côté des yeux ne laisse aucun doute au point de vue du diagnostic.

Il fut un temps où l'on ne reconnaissait l'ataxie locomotrice qu'à la période d'incoordination motrice, si bien décrite par Duchenne (de Boulogne) aujourd'hui nous savons pertinemment que l'on peut être ataxique dix ans et quinze ans avant que l'incoordination apparaisse ; vous voyez un malade amblyope, vous l'examinez à l'ophthalmoscope et vous lui découvrez une papille naquée ; ce malade n'eût-il ni douleurs fulgurantes, ni diminution des réflexes, vous pouvez affirmer l'ataxie..

Le nystagmus, quand il n'est pas héréditaire, a une valeur presque aussi grande pour le diagnostic de la sclérose en plaques.

Il y a vingt-cinq ans, à la clinique de Behier, je vis un jour un malade atteint de nystagmus et d'un léger embarras de la parole : je portai le diagnostic de sclérose en plaques ; aujourd'hui on ne verrait là rien de bien extraordinaire. A cette époque les enseignements de l'École de la Salpêtrière étaient encore peu répandus ; mon opinion.

(1) *La Semaine Médicale*, 14 février 1891.

fut accueillie avec un certain scepticisme, et cependant, l'année suivante, les événements m'avaient donné raison.

Des notions précises concernant les différents symptômes oculaires susceptibles d'être observés dans les diverses maladies nerveuses peuvent être d'un très grand secours au point de vue du diagnostic ; pour mieux vous les faire comprendre, je vais vous exposer parallèlement et comparativement les divers troubles que l'on peut rencontrer dans l'ataxie, dans la sclérose en plaques et dans une autre affection souvent mêlée à la sclérose en plaques, quoique n'étant pas de nature organique : je veux parler de l'hystérie.

Nous examinerons successivement l'état de l'appareil moteur externe de l'œil, l'état des pupilles et du fond de l'œil, enfin la vision des couleurs et le champ visuel.

Dans le tabes, les paralysies des muscles moteurs du globe oculaire sont très fréquentes, surtout la paralysie des muscles innervés par le moteur oculaire commun ; sans doute, cette paralysie peut reconnaître d'autres causes que l'ataxie mais, en présence de la diplopie propre à la paralysie de la troisième paire, pensez toujours au tabes. La paralysie du moteur externe peut s'observer également, mais elle est beaucoup plus rare.

Dans la sclérose en plaques, les mêmes paralysies peuvent s'observer. Uhtoff s'est attaché particulièrement à étudier les symptômes oculaires de la sclérose en plaques. Il a, à cette intention, réuni cent observations ; trente ou quarante fois, les yeux se sont trouvés affectés chez les cent malades examinés par lui. Il n'a, somme toute, pas ajouté grand'chose à ce que M. Parinaud et moi avions dit depuis longtemps ; il est simplement entré dans plus de détails, surtout en ce qui concerne les troubles des nerfs moteurs, dont nous avons peu parlé.

Dans la sclérose en plaques, c'est le moteur oculaire externe qui est atteint de préférence ; la paralysie du moteur oculaire commun est ici reléguée au second plan. D'autre part, nous trouvons dans cette affection des paralysies d'ensemble qui sont tout à fait inconnues dans l'ataxie ; ce sont les paralysies associées.

Ces paralysies donnent au malade une physionomie toute spéciale ; on dirait qu'il ne vous regarde pas : il en résulte de plus une diplopie particulière. Jamais rien de semblable ne s'observe dans l'ataxie, sinon dans cette variété d'ataxie appelée maladie de Friedreich, affection presque héréditaire et qui débute dès l'enfance.

Sans doute, tous ces phénomènes sont d'observation assez délicate : mais chaque médecin, cependant, est à même de les constater sans appeler à son aide un spécialiste.

L'hystérie peut parfois engendrer du strabisme par paralysie ou par

spasme ; elle peut donner naissance à des paralysies associées. mais jamais au nystagmus. On peut voir également dans cette affection la chute de la paupière et ce ptosis est dû, non à une paralysie du releveur, mais à un spasme de l'orbiculaire ; enfin, il y a quelque chose que l'on ne rencontre nulle part ailleurs que dans l'hystérie : c'est la diplopie monoculaire.

La diplopie en général est binoculaire ; elle est due à la paralysie du moteur oculaire commun ou du moteur oculaire externe. La diplopie monoculaire a été très bien étudiée par M. Parinaud ; abstraction faite de certaines intoxications et de tout trouble des milieux de l'œil, elle est pathognomonique de l'hystérie ; c'est là un phénomène tout particulier et qui contraste avec tout ce que nous avons dit jusqu'ici. Vous pouvez déjà juger, dès maintenant, combien les connaissances ophtalmologiques sont utiles au neuropathologiste ; ce sont des symptômes, moins grossiers peut être que l'incoordination motrice ou le tremblement, mais ils sont plus précis.

Passons à l'étude des pupilles. Lorsqu'on regarde un ataxique, en général on est frappé par l'étroitesse des pupilles ; cela se voit surtout très bien chez les malades qui ont les yeux bleus ; d'autres fois les pupilles sont inégales, l'une est moyennement dilatée, et l'autre très étroite ; cette inégalité pupillaire ne s'observe que dans deux maladies, la paralysie générale et l'ataxie, qui sont deux affections très voisines, d'ailleurs, l'une de l'autre et pouvant très bien se combiner.

Un autre signe est également commun à ces deux affections, c'est ce que l'on désigne sous le nom de signe d'Argyl Robertson, à tort d'ailleurs. Coint et Vincent l'avaient signalé plusieurs années avant cet auteur. Voici en quoi il consiste : si de l'une de ces pupilles moyennement dilatées vous approchez une lumière, la pupille ne se contracte pas ; si vous placez les yeux dans l'obscurité, vous ne voyez pas non plus les pupilles étroites se dilater. Les pupilles ne se contractent pas sous l'influence de la lumière ; sous l'influence, au contraire, des efforts d'accommodation, ces mêmes pupilles réagissent comme à l'état normal.

Rien de semblable ne s'observe dans la sclérose en plaques ; l'existence de ce signe suffirait pour faire mettre en doute un diagnostic pour d'autres raisons assez vraisemblable. Le plus souvent, dans la sclérose en plaques, les pupilles n'offrent rien de spécial ; quelquefois on trouve une sorte de myosis sthénique par contracture du sphincter, mais toujours ces pupilles réagissent à la lumière aussi bien qu'à la suite des efforts d'accommodation.

Avec l'histoire des images ophtalmoscopiques, nous arrivons au point peut-être le plus important de notre étude. Vous avez là une sorte d'au-

topsie sur le vivant, vous voyez avec l'ophtalmoscope les plaques scléreuses du nerf optique, comme vous les voyez sur une moelle ou sur un cerveau que vous tenez entre les mains. A l'état normal, le nerf optique est parcouru par des vaisseaux d'un certain calibre ; il est de couleur rosée, un peu plus pâle du côté temporal ; les moindres modifications qui se produisent à son niveau sont immédiatement apparentes. Les vaisseaux deviennent petits, s'atrophient, le nerf s'anémie en surface et en profondeur, la couleur rosée s'efface et fait place à un aspect nacré ; quand vous observez ces modifications, rappelez-vous qu'elles sont d'un pronostic fâcheux. L'individu qui les présente sera un tabétique, et dans un an, deux ans au plus, il sera complètement aveugle. On a vu parfois la cécité se faire attendre cinq ans, six ans même, mais ces faits sont rares ; en général, la cécité est fatale et à courte échéance ; rien ne peut enrayer sa marche ; ceux-là même qui avaient basé quelque espoir sur le traitement mercuriel sont forcés de reconnaître son inefficacité.

Dans la sclérose en plaques, il peut aussi exister des troubles du côté du fond de l'œil, mais les deux yeux ne sont pas fatalement atteints, encore l'amblyopie ne dure-t-elle que quatre ou cinq mois ; Uthoff, sur cent observations, n'a signalé qu'un seul cas de cécité, et elle ne datait que de six mois. Ici, la thérapeutique peut être utile.

Quels sont les caractères ophtalmoscopiques de l'atrophie de la sclérose en plaques ? Rappelez-vous tout d'abord qu'il faut systématiquement examiner la papille de tous les malades, même lorsqu'ils ne se plaignent pas du trouble visuels. On voit, dans certaines affections, dans les tumeurs cérébrales en particulier, des déformations considérables de la papille avec des troubles fonctionnels à peine accusés ; l'étranglement de la papille, si remarquable à l'ophtalmoscope, peut être très prononcé sans que la vision soit notablement altérée. Dans la sclérose en plaques, les contours de la papille sont moins nets qu'à l'état normal ; il existe au devant d'elle une sorte d'exsudat nuageux, les vaisseaux sont atrophiés, la teinte générale dans les cas extrêmes est d'un blanc mat, jaunâtre ; d'autres fois, au contraire, la pâleur du côté temporal est simplement un peu plus accusée. Pour un médecin qui a la moindre habitude de l'ophtalmoscope, la confusion entre cette papille et la papille tabétique n'est pas possible.

Dans l'hystérie, on peut avoir de l'amblyopie, même une amaurose complète, mais jamais on n'observe de modifications du côté de la papille, pas même de décoloration ; les troubles fonctionnels peuvent être très accusés ; ne vous effrayez pas, ils disparaissent.

Reste maintenant l'examen du champ visuel et de la perception des couleurs dont l'importance, sans être aussi grande que celle de l'examen

du fond de l'œil, est cependant considérable. Pendant que l'atrophie tabétique se développe, le champ visuel se rétrécit, mais il se rétrécit inégalement ; l'image campimétrique présente des encoches et des dentelures, en même temps survient une dyschromatopsie qui a des caractères tout particuliers.

Un individu qui n'est pas atteint de daltonisme congénital vous dit que les pantalons des fantassins lui paraissent noirs ; les arbres, au lieu d'être verts, sont pour lui d'une couleur également gris-noirâtre ; cependant la vision pour le jaune et le bleu est encore très nette ; examinez son champ visuel, vous le trouverez irrégulièrement rétréci ; cherchez le réflexe rotulien, vous verrez qu'il est diminué ou même qu'il n'existe plus ; cet individu est un tabétique.

Ce même trouble dans la perception des couleurs peut se rencontrer, il est vrai, dans des atrophies autres que celles du tabes ; mais quand la dyschromatopsie s'observe dans l'ataxie, c'est de cette façon qu'elle se présente tout d'abord ; plus tard, la vision pour le bleu et le jaune cesse à son tour, le champ visuel se rétrécit de plus en plus jusqu'au jour où le blanc lui-même n'est plus perçu.

Dans la sclérose en plaques nous n'avons rien à noter concernant le champ visuel ou la perception des couleurs. L'hystérie, par contre, amène presque toujours, sinon toujours, un rétrécissement du champ visuel ; ce rétrécissement est concentrique au lieu d'être irrégulier, et en général il est égal pour les deux yeux.

La dyschromatopsie est moins fréquente dans cette affection, surtout chez les hommes ; les couleurs ne disparaissent pas dans le même ordre que précédemment ; c'est d'abord le bleu qui n'est plus perçu, puis le jaune, puis les autres couleurs successivement, à l'exception du rouge qui persiste seul pendant très longtemps.

Vous voyez les renseignements précieux que vous pouvez retirer de l'étude des troubles oculaires en présence d'une affection nerveuse dont le diagnostic est encore incertain. Sans doute, certains détails ophtalmoscopiques ne sont appréciables que pour les spécialistes exercés, mais la recherche de tout ce qui concerne les paralysies musculaires, les modifications du côté de la pupille et de la perception des couleurs, est à la portée de tous les médecins, de même que l'examen campimétrique : la recherche n'est pas difficile, le tout est d'y penser.

Nous allons essayer maintenant d'utiliser les notions que je viens de vous exposer, en les appliquant à un individu que je vais vous montrer, individu qui est atteint d'une sclérose en plaques, assez nette aujourd'hui, mais d'un diagnostic difficile pendant longtemps.

C'est un homme âgé de vingt-cinq ans ; tous les mouvements volontaires chez lui sont possibles ; quand il se lève, tout son corps est

animé d'une sorte de trépidation due à la trépidation des membres inférieurs ; la démarche est titubante, les réflexes sont exagérés et du côté droit on peut provoquer de l'épilepsie spasmodique. Si vous examinez les yeux, vous voyez qu'ils ne se meuvent pas ensemble, le droit externe du côté gauche est paralysé : en regardant de très près vous constatez un léger nystagmus. Cet homme est amblyope depuis longtemps, la papille est décolorée et présente cet aspect nuageux dont je vous ai parlé. Avec ces seuls symptômes, vous pouvez faire votre diagnostic, même en l'absence d'embarras de la parole. La sclérose en plaques est caractérisée par un certain nombre de signes ; dans les cas types, vous les trouvez tous à peu près réunis, mais quelques-uns peuvent manquer, leur absence ne doit pas vous empêcher de faire le diagnostic. Ici, d'ailleurs, nous notons encore un tremblement assez marqué au niveau des membres supérieurs dans les mouvements intentionnels ; il est impossible au malade de prendre sur un plateau un verre plein d'eau sans le renverser.

Quand il s'agit de sclérose en plaques, il ne faut pas tenir compte uniquement des symptômes actuels ; il faut remonter dans le passé et voir s'il n'y a pas eu antérieurement déjà quelque atteinte.

A ce point de vue, l'histoire de notre malade est particulièrement intéressante. Il est né dans des conditions assez favorables ; cependant son père a eu deux fois une paralysie totale du faciès : il faut se méfier de ces paralysies qui ne sont pas toujours dues au froid. Du côté maternel, nous notons des attaques d'hystérie et, de plus, un cousin germain mort fou. On a dit souvent que la sclérose en plaques se développait volontiers à la suite des maladies infectieuses : sans doute, il peut y avoir là provocation, mais ce n'est pas une cause spécifique ; il faut un terrain préparé, sans quoi la provocation resterait inactive. Il faut des sujets appartenant à la famille des nerveux.

Pendant toute sa jeunesse, cet homme a, d'ailleurs, présenté une série d'accidents nerveux qui ne démentait point son origine. De sept à treize ans, il avait des vomissements de jour ; il vomissait, dit-il, à peu près tout ce qu'il mangeait et, cependant, il continuait à se développer. Il est difficile de voir là autre chose que des vomissements hystériques. A seize ans et demi, pour la première fois, il voit double : cette diplopie n'a cessé depuis ; elle est due, comme vous le savez, à la paralysie du droit externe. A ce moment, si l'on avait examiné le fond de l'œil peut-être aurait-on déjà pu faire le diagnostic. A dix-huit ans, l'amblyopie et la diplopie s'accroissent davantage, puis un jour il est paralysé des quatre membres. Il est obligé de garder le lit pendant quinze jours, et ce n'est qu'au bout de quatre mois qu'il peut recommencer à marcher, encore titube-t-il fortement. A partir de cette

époque, pendant cinq ans, il eut une période de répit ; il put même faire le métier de facteur rural, métier qui l'obligeait à parcourir chaque jour 24 kilomètres. Reconnu apte au service militaire à l'âge de vingt ans, il fut quelque temps considéré comme simulateur, parce qu'il continuait à se plaindre de sa diplopie ; enfin, il fut réformé et put encore pendant quel que temps reprendre ses occupations de facteur. C'est alors que la maladie, après un entr'acte de cinq ans, a repris son cours et, progressivement, elle a atteint le degré que nous observons actuellement. Aujourd'hui, le diagnostic de la sclérose en plaques n'est plus douteux, mais en tenant compte des troubles oculaires qui ont apparus à l'âge de seize ans, je pense que dès ce moment déjà ce diagnostic aurait pu être établi.— *Nice-Medical*.

Réflexe tendineux

Par M. le Professeur MARIÉ.

Vous savez tous ce que c'est que le réflexe rotulien ; mais, pour un certain nombre d'entre vous, il convient d'étudier les conditions de sa production.

Voici trois hommes assis devant vous. Celui qui se trouve au milieu est sain quant au système nerveux : eh bien, si je lui fait croiser une de ses jambes sur l'autre et que je percute légèrement son tendon rotulien, il se produit un mouvement d'extension de la jambe sur la cuisse. Un certain nombre de conditions doivent être réalisées pour la production du phénomène. La percussion doit être faite sur la partie moyenne du tendon, et le coup sec bref, sera frappé avec le bord cubital de la main, l'extrémité des doigts, ou, mieux, avec le marteau de Skoda ou un stéthoscope dont le bord du pavillon aura été garni d'un tube de caoutchouc. D'autre part, il faut que le muscle triceps soit dans le relâchement complet ; pour cela, le plus simple est de faire croiser les jambes, mais cette position ne permet pas toujours de constater le phénomène. On peut alors soit prendre la jambe du malade dans une main et lui dire d'appuyer sur la main, ce qui relâche le triceps, soit le faire asseoir sur le bord d'une table, le mollet touchant à ce bord. Il est facile de constater quand le réflexe se produit à cause du mouvement de la jambe, de la saillie visible du corps du triceps et enfin de la palpation de ce muscle pendant sa contraction.

Sur les deux autres malades que nous avons ici, nous pouvons constater facilement que, chez l'un, une percussion, qui n'est pas plus forte que celle que j'ai pratiquée sur l'homme sain, provoque une secousse considérable de la jambe, et que, chez l'autre, cette même percussion ne fait rien : c'est que, dans ce dernier cas, il s'agit d'un tabétique.

L'étude du réflexe rotulien n'est pas toujours aussi simple, et elle

comporte un certain nombre de causes d'erreur. C'est ainsi que l'on peut croire à un réflexe quand il ne s'agit que d'une secousse transmise à la jambe et au pied par suite de la commotion du choc : cela tient à ce que le triceps n'était pas assez relâché. D'autres fois on observe ce que Westpal a appelé le pseudo-réflexe tendineux. On percute, le mouvement de la jambe se produit, et cependant il ne s'agit pas du réflexe rotulien, mais d'un réflexe cutané provenant de la percussion au niveau du tendon. Pour reconnaître ce pseudo-réflexe, il suffit d'essayer de le provoquer en agissant sur un pli de la peau fait au niveau de la rotule.

Mais, Messieurs, voilà bien longtemps que je vous parle des mouvements réflexes et je ne vous ai pas dit encore la signification de cette expression. Un mouvement réflexe, c'est un mouvement dû à l'excitation des parties motrices de l'axe encéphalo-médullaire par une irritation appliquée sur un point des organes sensitifs et propagée par les voies centripètes.

Il est donc besoin d'un certain nombre d'éléments pour réaliser un mouvement réflexe, et il faut étudier les différents points de l'axe réflexe, le point de départ se trouvant, dans le cas spécial que nous étudions, dans une excitation spéciale faite au niveau d'un tendon.

Quelles sont donc les ramifications nerveuses qui vont être au départ de l'excitation centripète? Y a-t-il des nerfs au niveau des tendons? Oui, et avec des terminaisons spéciales. Dès 1871, Sachs avait montré qu'il y avait des terminaisons nerveuses dans les tendons, mais il avait admis que ces terminaisons se faisaient librement. Plus tard, Tschirjew découvrit des renflements spéciaux, puis enfin vint Golgi, qui découvrit les corpuscules spéciaux qui portent son nom. Ces corpuscules sont relativement assez volumineux et peuvent être vus à l'œil nu, puisque, dans leur grand sens, ils ont 8/20 de millimètre de long. Ils ne sont pas d'une égale abondance dans tous les points des tendons; dans les endroits où ils sont les plus serrés, au niveau des insertions musculaires et à la face profonde, on en trouve de vingt à vingt-cinq sur une surface de 2 centimètres carrés. Par une de leurs extrémités, les corpuscules sont en contact direct avec une fibre musculaire et, par l'autre extrémité, ils se divisent en deux branches qui vont se perdre dans les tendons. La fibre nerveuse pénètre dans le petit organe après un trajet récurrent plus ou moins long, elle abandonne sa gaine de Schwann, puis des ramifications apparaissent, perdent leur enveloppe de myolemme et se dispersent dans tout le corpuscule. Il s'agit ici évidemment d'un organe sensitif qui est, du reste, très souvent en connexion avec un corpuscule de Pacini, une

fibre envoyant une branche à un de ces derniers et l'autre à un corpuscule de Golgi.

Dans le cas du réflexe rotulien, les corpuscules de Golgi excités transmettent la sensation par l'intermédiaire d'une branche sensitive du nerf crural à une région spéciale de la moelle qui répond à l'union de la moelle lombaire et de la moelle dorsale. A ce niveau, l'arc passe par la substance grise des cornes postérieures, par celle des cornes antérieures et, enfin, revient au triceps par les racines antérieures et la branche motrice du crural.

Un certain nombre de conditions locales influencent la production du phénomène et il convient de les étudier.

La voie centripète peut être atteinte ; il en est ainsi dans certaines névrites, la névrite alcoolique, par exemple ; le réflexe disparaît alors, bien que le malade puisse mouvoir volontairement son triceps.

Au niveau des cordons postérieurs, l'axe passe par ce que les Allemands appellent la "Wurzeleintrittszone." On peut délimiter la zone dont les lésions abolissent le réflexe en traçant une ligne idéale qui, partant du coude de la substance grise et marchant parallèlement au sillon postérieur, va jusqu'à la surface du myéla. Cette ligne, le bord de la corne postérieure et la surface de la moelle forment les côtes d'un triangle dont l'aire a reçu le nom de zone d'entrée radiculaire. Toutes les fois que cette zone est détruite, le réflexe tendineux disparaît ; telle est la cause de l'absence du réflexe dès le début de l'ataxie locomotrice.

Les états de la substance grise modifiant le réflexe sont d'origines très diverses. Il disparaît dans l'anémie de la moelle par compression de l'aorte : dans certaines intoxications, telles que celles par le chloroforme ; dans des lésions organiques, comme la paralysie infantile, dans certaines formes de compression médullaire. Mais il faut alors, comme l'a montré Bastian, que, cliniquement, la lésion se traduise par la perte absolue de la sensibilité et de la motilité, par la paraplégie flasque : on a supposé que, dans ces cas, il y avait disparition complète de l'action qu'exercent sur la moelle les cordons qui l'unissent au cervelet.

Certaines altérations de la moelle entraînent l'exagération du réflexe rotulien ; il en est ainsi de la myélite ordinaire, de la perte de l'influence inhibitrice tenant à la lésion du faisceau pyramidal et de l'intoxication par la strychnine.

Enfin, la disparition du phénomène peut tenir à la lésion traumatique ou par névrite périphérique du nerf moteur ou à l'altération du muscle, comme la myopathie primitive progressive.

Les conditions générales influençant le réflexe rotulien sont assez nombreuses. Sur 50 personnes âgées de plus de 80 ans, Möbius l'a

trouvé aboli neuf fois et très affaibli huit fois ; il faut bien nous souvenir de ce fait, afin de ne pas croire de suite à une lésion médullaire chez les vieillards qui ne présenteront pas le phénomène du genou ! La fatigue a une grande influence et Orchanski a montré qu'au début d'un travail les réflexes augmentent, tandis qu'ils diminuent lorsque la fatigue arrive et disparaissent lorsque cette fatigue est portée au point d'amener le tremblement du membre. Le sommeil diminue aussi l'intensité du phénomène.

Le réflexe s'exagère à la suite de vives excitations sensorielles, telles qu'une musique bruyante ; et c'est après le petit déjeuner du matin, qu'il est le plus fort. Nous avons vu qu'il pouvait disparaître, chez le vieillard, sans lésion de la moelle ; par contre, chez 2,403 enfants, Pelizæus ne l'a pas vu manquer une seule fois. L'effort, comme l'a remarqué Jendrassik, agit pour favoriser le phénomène en mettant toute la moelle en activité : il est facile de constater cette exagération en conseillant au sujet examiné d'entrelacer ses mains et de chercher ensuite à les séparer tout en serrant les doigts.

Je veux, en terminant, traiter en quelques mots l'histoire de la question. Les deux premiers travaux sur les réflexes tendineux parurent, en 1875, dans le numéro des *Arch. fr. Psych.* Dans le premier mémoire, Erb montre qu'il y a des réflexes tendineux, réflexes jusqu'alors inconnus des physiologistes, et il étudie particulièrement le réflexe patellaire. Dans le second, Westphal donne au réflexe le nom de *phénomène de la jambe*. Mais, pour lui, la contraction du triceps est consécutive à l'excitation produite sur le muscle par l'ébranlement du tendon qui, étant l'aboutissant de toutes les fibres musculaires, est aussi l'organe dans lequel tout ébranlement doit avoir le maximum d'action sur le muscle. Pour que ce phénomène se produise, il faut que ce muscle soit dans un *tonus* spécial sur lequel insiste beaucoup Westphal, quoiqu'il ne l'explique pas ; c'est la perte de ce tonus qui produirait l'abandon du réflexe.

Jackson, Bastian pensent que l'action du cervelet est indispensable pour maintenir le tonus, grâce auquel les réflexes tendineux se produisent.

Gowers, Walter, et un certain nombre d'auteurs anglais, prétendent qu'il s'agit d'un phénomène de contraction idiomusculaire, et se basent surtout sur ce fait que, le temps perdu du phénomène n'étant que de 30 à 35 millièmes de seconde, il n'est pas possible que le réflexe ait le temps de se produire, la vitesse de propagation de l'influence nerveuse n'étant que de 30 mètres par seconde. Ils finissent cependant par admettre que, tout en n'étant pas un réflexe, cette contraction musculaire exige, pour se produire, l'intégrité de l'axe diastaltique.

A ces arguments, Brissaud, qui a étudié la question chez nous en 1879, répond que d'abord on ne connaît pas exactement la vitesse de l'influence nerveuse, qu'ensuite le temps perdu du réflexe rotulien est de de 48 à 52 millièmes de seconde. Si Tschirjew l'a trouvé si court (32 à 34 millièmes), c'est que, pour ses expériences, il s'était servi de sujets atteints de paralysie spasmodique.

On peut encore, Messieurs, invoquer en faveur de la théorie de réflexe :

10 La production de la contraction par percussion des os qui ne provoque pas de tiraillement du muscle ;

20 La disparition du phénomène du genou, quand on a anémie la moelle ;

30 La disparition dans des cas où l'excitation directe des muscles n'est nullement modifiée, dans les tabés, par exemple ;

40 Enfin, la sommation des excitations découverte par Jarisch et Schiff, la fréquence des excitations devant, du reste, atteindre au moins le chiffre de une par seconde.—*Union Médicale.*

Pommes dans le traitement de la dipsomanie.

Ayant remarqué que les dipsomanes mangent très peu de pommes, R. B. L. Triplett (*Med. Bul.*), s'avisait d'essayer ces dernières pour le traitement de la dipsomanie : il ordonna aux malades d'en manger le plus possible aux repas aussi bien que dans leurs intervalles. Les résultats obtenus furent supérieurs à ceux que donnent les médicaments si vantés contre la dipsomanie (strychnine, etc.) ; l'envie de boire s'affaiblit rapidement et même disparaît complètement. Aussi l'auteur conseille-t-il vivement d'essayer cette diète dans tous les cas de dipsomanie.

Les Nouveaux Remèdes.

OTOLOGIE, RHINOLOGIE ET LARYNGOLOGIE.

Atropine dans les douleurs nocturnes d'oreilles chez les enfants.

Par le Dr WILLIAMS.

Dans le cas de douleurs nocturnes d'oreilles chez les enfants, M. Williams fait mettre dans le conduit quelques gouttes d'une solution de sulfate d'atropine (Ogr,065 dans 30 grammes d'eau). On laisse en place un quart d'heure. Depuis vingt-cinq ans qu'il emploie ce procédé, il l'a toujours vu réussir non seulement en arrêtant la douleur

et en permettant le sommeil, mais en exerçant un véritable effet curatif. L'atropine ne donne aucun résultat dans les abcès de l'oreille moyenne, la furonculose et l'otite externe.—*Archives d'Atologie.* M. Ls.

Névroses réflexes d'origine intra-nasale et pharyngée,

Par ABRAMSON. (*Proced. of the Kansas med. Soc.*, 1889,
in *Journ. of Laryng. and Rhin.*, n° 5).

1° *Epilepsie.* Fille de 13 ans, mère hystérique ; attaques épileptiques nocturnes depuis l'âge de 6 ans, trois ou quatre fois la semaine, malgré traitement habituel. Respire la bouche ouverte. Rhinite hypertrophique chronique ; très considérable augmentation des deux cornets inférieurs gauche et du moyen droit. Huit cautérisations en trois semaines avec l'acide chromique amenèrent après quatre mois la cessation des attaques ; à ce moment, coryza aigu violent, une attaque. Guérison complète après encore trois cautérisations (depuis il s'est passé environ un an et demi sans attaques).

2° *Catalepsie.* Fille de 13 ans, famille hystérique. Graves attaques de catalepsie se suivant pendant deux jours. A l'examen, rien qu'une rhinite chronique avec hypertrophie des cornets inférieurs. Traitement : badigeonnage avec une solution de cocaïne à 50/0 ; lavage des fosses nasales avec l'acide borique et la sonde deux fois par jours. Cessation immédiate et complète des attaques. Durée de la cure : un an.

3° *Asthme bronchique.* Femme de 46 ans ; accès d'asthme très tenaces presque chaque nuit et chaque jour pendant quatre ans en dépit de tout traitement. A l'examen attentif, rien d'anormal, excepté une rhinite hypertrophique chronique. Cautérisations à l'acide chromique. Amélioration frappante après trois séances, guérison après six. (Depuis un an et demi, pas de récurrence).

4° *Migraine.* Fille de 19 ans, hémicrânie fréquente tantôt à droite, tantôt à gauche, depuis douze mois. Rien qu'une hypertrophie des cornets inférieurs. Guérison complète après 8 applications d'acide chromique.

5° *Hoquet.* Garçon de 8 ans ; hoquet toute la journée, cessant la nuit, pendant quatre semaines. Pharyngite granuleuse. Disparition après deux badigeonnages de cocaïne à 30/0. Pas de rechute.

6° *Hoquet.* Garçon de 10 ans ; hoquet violent de cause comme ci-dessus, cessant par une seule application de cocaïne.—*Archives de Loigny.* R. L.

L'allongement de la luette,

Par LENNOX BROWNE. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890).

L'allongement de la luette, lorsque les amygdales ne sont pas très développées chez les jeunes enfants, est due à la parésie du voile du palais, laquelle se produit fréquemment à la suite de l'hypertrophie de l'amygdale pharyngé, ou plutôt des tumeurs adénoïdes du pharynx. La plupart des sujets atteints de laryngite striduleuse sont des enfants qui respirent par la bouche, et qui sont atteints de tumeurs adénoïdes.

L'ablation de ces tumeurs amène le retour de la contractilité du voile du palais, et il est exceptionnel qu'il faille pratiquer la section de la luette pour obtenir la guérison.—*Archives de Laring.*

C. HIRSCHMANN.

Essence de menthe poivrée dans le traitement des otites moyennes chroniques suppurées.

B. Pentkowsky s'est trouvé bien du traitement des otites moyennes chroniques suppurées par des lavages avec la solution suivante :

Alcool absolu.....	Ogr, 25
Essence de menthe poivrée.....	4gr, 75
Eau distillée.....	500 grammes.

Pour un lavage.

Il s'en est servi en tout dans 26 cas de 1-12 ans de durée. La sup-puration diminue toujours notablement après 10-15 lavages et parfois même disparaît complètement : dans le dernier cas l'auteur fait usage d'un pansement sec (acide borique avec 10/10 d'essence de menthe poivrée).

L'essence de menthe poivrée est à recommander comme un antiseptique non irritant, sûr et rapide ; de plus même en solution concentrée, elle n'est pas toxique, les malades la supportent très bien, enfin elle diffuse facilement, ce qui en augmente encore l'efficacité.

Surdité permanente causée très probablement par la quinine,

Par M. G. DABNEY. (*Arch. of Otology*, n° 1 ; 1890).

Il s'agit d'une malade qui, pour un "refroidissement", prit douze pilules de quinine (quantité inconnue). Pendant quelques jours après avoir pris le médicament, elle fut très sourde et eut des bourdonnements internes. Ceux-ci disparurent peu à peu, mais la surdité resta très marquée : elle n'entend que la voix très forte, ne perçoit pas sur l'oreille une montre qu'on entend à quarante pouces, entend mieux la diapason C2 par l'air que par les os, etc.

Dabney passe en revue l'opinion des auteurs américains et contrairement à la plupart d'entre eux, conclut que c'est la quinine qui a dû produire la surdité chez sa malade.—*Archives de Loigny.* M. Ls.

DERMATOLOGIE

Pathogénie et traitement de la maladie de la peau dite maladie de Paget.

Sir James Paget a appelé pour la première fois, en 1874, l'attention des cliniciens sur des faits particuliers dans lesquels on voit une affection chronique la peau du mamelon et de l'aréole être suivie de la formation d'un cancer du sein. Depuis lors, un certain nombre de travaux sont venus contribuer à élucider en partie les obscurités qui régnaient à ce sujet. L'honneur d'avoir établi la nature de cette maladie revient à M. le docteur J. Darier (de Paris), qui a démontré, l'année dernière (Voir *Semaine Médicale*, 1889, p. 125 et 331), que la maladie de Paget est une affection parasitaire, du groupe des psoroses cutanées, caractérisée par l'inflammation chronique de la peau, des glandes et de leurs conduits, suivie de prolifération épithéliale.

C'est à l'ensemble des travaux et à des recherches personnelles sur cette question que M. Louis Wickham vient de consacrer sa thèse inaugurale. Ses conclusions l'ont amené à considérer la maladie de Paget comme une maladie de la peau en général, et non plus comme une affection essentiellement propre au sein et la glande mammaire.

Voici, d'après notre confrère, le tableau général de la maladie.

« Rare avant quarante ans, elle évolue avec lenteur en s'étendant superficiellement de proche en proche, et ne devient épithéliomateuse qu'après une durée moyenne de deux à six ans, qui peut varier de quelques mois à vingt ans et plus. Au sein, les lésions presque toujours unilatérales, plus fréquentes du côté droit, débutent à l'extrémité du mamelon par de petites concrétions cornées, de petites croûtes tenaces, au-dessous desquelles surviennent d'abord une rougeur érythémateuse avec démangeaisons, puis une ulcération et des fissures.

Dès ce moment, le mamelon tend à se rétracter.

Quand la maladie apparaît ailleurs qu'au mamelon, le début se manifeste par une petite surface rosée; érythémato-squameuse.

Progressivement, les régions voisines, l'aréole, sont envahies et la lésion se caractérise. C'est une surface rouge vif, suintante, desquamante ou croûteuse par places, finement mamelonnée, saignant avec facilité et tranchant nettement sur les parties voisines. Quand on la

regarde de près avec attention, on lui reconnaît des parties distinctes. Les unes (*premier degré de la maladie*), à peine suintantes, rouge vif, très finement grenues, correspondant à une excoriation superficielle, sont nombreuses et forment le fond même de la lésion ; d'autres (*deuxième degré de la maladie*), mal délimitées, d'un rouge plus sombre, suintant abondamment, sont le siège d'hémorragies faciles et représentent des points d'ulcération franche. On peut voir aussi, dans quelques cas, des ulcérations bourgeonnantes qui appartiennent au *troisième degré de la maladie* (période épithéliomateuse). Il existe enfin des surfaces disséminées en îlots, lisses, unies, brillantes, sèches et roses : ce sont des *plaques épidermisées* ou *pseudo-cicatricielles*.

Souvent on constate, ça et là, de petits points de télangiectasie. Quelquefois il se produit, comme par auto-inoculation, autour de la surface malade, de nouveaux foyers d'infection.

Ces diverses lésions sont superficielles, et offrent à la pression une légère induration papyracée.

Les sensations de brûlures et les démangeaisons qui s'y ajoutent contribuent à donner à cette affection un aspect d'eczéma chronique rouge. Mais, dans les cas où l'analogie de surface serait frappante, l'étude de la zone périphérique lèverait immédiatement tous les doutes.

Le bord est en effet caractéristique ; ce n'est jamais celui de l'eczéma. Il offre toujours une netteté parfaite ; souvent il prend la forme d'un léger bourrelet rose pâle, de telle sorte qu'il se détache nettement de la peau saine. A son niveau même, sur une étendue variable, on constate parfois de fines arborisations de capillaires dilatés, et à deux millimètres au delà il existe quelquefois une légère collerette de squames minuscules. Ce bord affecte souvent une disposition polycyclique et la surface malade est, dans son ensemble, de forme à peu près arrondie ou ovale, souvent irrégulière.

Après l'envahissement successif du mamelon et de l'aréole, la lésion gagne peu à peu ; par une progression excentrique, lente et continue, elle arrive à couvrir une surface du sein plus ou moins étendue.

Au centre le mamelon, complètement rétracté, devient parfois le siège d'une ulcération bourgeonnante. Souvent, c'est dans la profondeur, à des hauteurs variables, que la néoplasie débute et se présente sous forme d'un noyau dur. Une fois le cancer établi, la maladie évolue avec plus de rapidité ; sauf de rares exceptions, il n'y a d'infection ganglionnaire que dans les périodes avancées.

Dans toutes contestations de diagnostic, les doutes seront levés par la recherche des parasites dans les squames ou dans les produits de raclage superficiel.

Le processus morbide se résume à l'infiltration par les psorospermies des cellules épithéliales qui se transforment, se désorganisent et prolifèrent. L'épiderme s'épaissit, les conduits et les glandes sont remplis et gorgés par la prolifération de leur revêtement épithélial. Ces diverses lésions s'accompagnent d'inflammation intense. La prolifération excessive, constamment entretenue par la présence des parasites aboutit, après rupture de la base du corps muqueux et des parois des glandes et de leurs conduits, à l'envahissement du tissu conjonctif par les cellules épithéliales, toujours accompagnées des psorospermies.

La néoplasie offre peu de caractères spéciaux et, abandonnée à elle-même, mènerait sûrement à l'infection générale et à la mort.

Un fait qui découle très nettement de la notion pathogénique nouvelle, c'est que la maladie de Paget est curable dans ses deux premiers degrés, c'est à-dire avant qu'elle n'ait donné lieu à une lésion plus grave, à l'hélium.

La constatation de l'existence et de l'envahissement du parasite entraîne fatalement, non plus l'extirpation radicale au début, mais l'emploi de substances antiparasitaires. Une première expérience a été faite dans ce sens par M. Darier, sur une malade qu'il a traitée pendant quelque temps; notre confrère est parvenu, à l'aide de divers agents parasitocides, à obtenir des résultats tels qu'on ne peut plus guère douter de la guérison possible des lésions superficielles de la maladie de Paget, guérison qui aurait été obtenue dans le cas de Darier avec un peu plus de docilité et de persévérance de la part de la malade.

En présence d'un cas de cette affection, le médecin doit essayer de tous les moyens parasitocides avec une extrême persévérance et ne recourir à l'amputation qu'en cas d'apparition néoplasique. Voici comment M. le docteur Wickham formule les indications thérapeutiques.

1^o Tant que la lésion reste superficielle, au premier et au deuxième degré de la maladie, sans être accompagné d'épithélioma, il faut l'attaquer (à défaut de quelque substance spécifique non encore connue) par tout un ensemble d'agents parasitocides appropriés, comme, par exemple, le chlorure de zinc au 1/3, suivi de l'application d'emplâtre de Vigo, alternant avec une pommade à l'iodoforme au 1/10, etc.

2^o Rechercher avec grand soin les complications néoplasiques, si elles se sont produites à la surface, en un point assez restreint, racler énergiquement la zone épithéliomatisée ou mieux l'enlever largement au bistouri, et employer pour la surface totale le traitement antiparasiticide;

3^o En ce cas de noyau développé dans la profondeur ou d'ulcération bourgeonnante très étendue ou profondément indurée, recourir d'urgence à l'amputation totale, très largement faite.

(Semaine Médicale.)

Procédés simplifiés du traitement de la gale.

Dans les cas assez fréquents dans la clientèle de ville et surtout à la campagne, où le traitement classique de la gale ne peut être appliqué dans son intégrité et dans toute sa rigueur, le médecin pourra se servir avec avantage de certains traitements simplifiés, mais encore efficaces, dont nous indiquons ici les trois principaux :

Après savonnage énergique dans un bain chaud, additionné de 500 gr. de carbonate de soude, le malade, s'étant essuyé à sec se frottera avec une pommade composée de :

Baume du Pérou.....	} ââ 4 grammes.
Soufre précipité.....	
Vaseline.....	30 —

Mêlez.—Usage externe.

Ou bien il frictionnera les parties affectées avec de la fleur de soufre dont il saupoudrera aussi son linge de corps et sa literie.

Ou enfin il fera simplement des onctions avec de l'huile phéniquée à 6 o/o.

(*Formulaire mensuel.*)

FORMULAIRE THERAPEUTIQUE**Potion contre les coliques menstruelles**

Acétate d'ammoniaque.....	6 grammes
Infusion de fleur de sureau et coque-	
licots.....	120 —
Eau de fleur d'oranger.....	14 —
Sirop de morphine.....	20 —

Mêlez. Deux à quatre cuillerées par heure contre les coliques qui précèdent ou accompagnent l'écoulement des règles.

(*L'Union Médicale.*)

Le menthol pour les mains gercés.

Menthol.....	0 gr. 75
Salol.....	1 50
Huile d'olive.....	1 50
Lanoline... ..	45 00

M. s. a.

La douleur est atténuée après une première application, la peau est

adoucie et les crevasses disparaissent après un emploi régulier de la pommade appliquée une ou deux fois par jour.

(*Le Courrier Médical.*)

Emplâtre de menthol.

Le supplément au Code de pharmacopée anglaise donne la préparation suivante : Fondre 7 parties de colophane avec une partie de cire jaune ; puis au moment où le mélange se refroidit, y dissoudre 2 parties de menthol.

Revue de Bibliographie.

Naissance

Vendredi, le 17 avril, l'épouse du Docteur Jules Dandurand de St-Prospér comté de Champlain, une fille. Parrain et marraine M. et Madame L. Dupuis.

BULLETIN

Assemblée des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

L'assemblée semi-annuelle des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a eu lieu, à Montréal, dans les salles de L'Université Laval, le 13 mai dernier, sous la présidence de l'honorable Dr Ross.

Entr'autres questions qui se sont partagées l'attention du Bureau, nous remarquons les suivantes :

- 1^o Rapports des agents du Collège ;
- 2^o Plaintes du Régistrateur quant à ce qui regarde la collection des arrérages dûs au collège par les médecins de la Province ;
- 3^o Irrégularité dans les formalités chez plusieurs aspirants à la licence ;
- 4^o Réciprocité avec la province d'Ontario ;
- 5^o Lecture d'un nouveau projet d'acte médical ;
- 6^o Rapports des examinateurs.

1^o Rapports des agents du Collège. Sur quatre agents qu'emploie le Collège pour la poursuite de ceux qui pratiquent la médecine illégalement, deux seulement ont fait rapport, M. Couture, de Rimouski, et M. Mackay, de Montréal.

M. Couture a poursuivi un charlatan et a perdu : le Collège a dû payer les frais de la cause.

M. Mackay a intenté onze poursuites ; cinq inculpés ont payé l'amende volontairement ; cinq ont été condamnés et un a été acquitté.

Une femme a été poursuivie dans St Liboire pour pratique illégale des accouchements ; mais l'action a été renvoyée, le juge ayant décidé que le fait de pratiquer un accouchement de temps à autre sans en faire une profession, ne constitue pas la *pratique* des accouchements.

M. Mackay se plaint que la loi actuelle ne pourvoit pas à tous les cas.

Sur la proposition de M. le Dr Beausoleil, il est décidé d'accorder à M. Mackay un bonus de \$150 pour services rendus l'an dernier. Il est de plus résolu que dorénavant, outre le montant de l'amende, l'on accordera la somme de \$20 aux agents dans tous les cas où ils réussiront.

2^o M. le Régistrateur s'étant plaint qu'il n'avait pas les pouvoirs nécessaires pour recouvrer devant les tribunaux les arrivages dûs par les médecins de la province, il est proposé par M. le docteur Rinfret, appuyé par M. le docteur Waters :

Que le Régistrateur soit autorisé à poursuivre les médecins retardataires quand il le jugera à propos.

3^o Plusieurs jeunes médecins n'ayant pas rempli les formalités requises pour obtenir leur licence et créant des ennuis à eux mêmes et au bureau, il est proposé par M. le Dr Desjardins, secondé par M. le Dr Paquet :

Qu'une circulaire contenant les formalités requises pour l'admission à l'étude et à la pratique de la médecine, soit adressée aux Ecoles, aux Collèges et aux Facultés de médecine, avec prière de les insérer dans leurs annuaires, vu que le Collège a dorénavant l'intention d'y adhérer strictement.

4^o Réciprocité avec la Province d'Ontario :

Trois médecins licenciés dans la Province d'Ontario demandent à obtenir une licence pour pratiquer dans la province de Québec.

Par courtoisie pour la Province de d'Ontario, on leur accorde la licence demandée.

Mais M. le Dr Hingston propose qu'un comité composé de trois des Gouverneurs soient envoyés à Toronto pour demander au Conseil Médical de cette Province, de nous accorder la même justice. Ces délégués reçoivent aussi l'instruction d'insister d'une manière toute spéciale sur la générosité que le Bureau des Médecins de la Province de Québec a toujours manifesté envers les gradués d'Ontario.

Il est résolu de continuer la courtoisie jusqu'au règlement de la question de réciprocité.

5^o M. le Dr Beausoleil donne alors lecture de ce qui a été fait par le comité de législation.

Ce rapport n'est pas encore terminé, mais il insiste sur les points suivants :

A. La commission ne recommande pas au bureau de prendre le contrôle des examens d'admission à l'étude ; mais elle suggère de changer les examinateurs chaque année ;

B. Les honoraires pour l'admission à l'étude seront de \$25.00 ; pour l'admission à la pratique, ils seront de \$50.00, et il n'y aura pas de contribution annuelle ;

C. Il n'y aura plus d'assesseurs ; leur rapport sera remplacé par le rapport assermenté des secrétaires des différentes Facultés.

D. La commission ne s'oppose pas à la loi des pharmaciens.

6° Le rapport des examinateurs pour l'admission à l'étude n'est pas arrivé à temps pour être soumis au conseil ; voici toutefois la liste de ceux qui sont considérés comme ayant passé leurs examens

"MM. J. Piché, J. B. Archambault, P. A. Proulx, Paul Denis, Ernest Brunelle, J. B. Martin, Albert DesGroseillers, Wilfrid Chicoine, Chas. Bishop, Alb. Lemay, Alp. Labrecque, Jos. Beauchamp, J. Roudeau, A. Sarrasin, Elphège Moquin, J. Rouleau, Henri Lasnier, A. Moffatt, C. I. Tétrault, David Hébert, Aldéric Plante, M. Bélanger, J. P. Sirois, R. de Lotbinière Harwood, L. A. Gagnier, J. E. C. Tomkins, Jos. Irenette, Ernest Birtz, W. Lewis, A. Rodrigue, F. X. A. Ouellette, H. P. F. Duchêne, A. Magnan, Salm. d'Argy, R. A. Kerry, Alf. Roy, Vitor Bourdeau, Arthur Lacroix. H. Archambault, Simon McNally. et Wm. J. McNally.

MM. J. E. Bolduc, B. L., et O. T. H. Paré, B. A., ont été inscrits aux registres du Collège sur présentation du diplôme de leurs degrés académiques respectifs."

Collège des Pharmaciens

Les élections annuelles du collège des pharmaciens ont eu lieu avec le résultat suivant :

MM. David Watson, président ; J. T. Lyons, vice-président ; Alex. Manson, trésorier ; A. D. Mann, W. H. Chapman, C. J. Covernton, Wm. S. Kerry, L. R. Baridon, C. Scarf, Jules Hirtz, A. E. Duberger et A. Maillet, membres du comité.

Les Dentistes

La réunion annuelle des examinateurs de l'association des dentistes a eu lieu, ces jours derniers.

Ont obtenu le degré de L. D. S. : Arthur H. Beers, M. D., C. M. (McGill) D. D. S. (Université de Pensylvanie) : J. G. Globlensky, W.

H. Sutton, en anatomie, R. L. Watson, C. Hepburn ; en physiologie, J. G. Lamarche ; en physiologie et chimie, O. Pichette, A. W. Gélinas, examen dans toutes les branches primaires, E. T. Cleveland, D. D. S, J. H. Symons, L. Franchère, J. G. Lamarche. Les étudiants ont eu le privilège de subir l'examen sur une des branches primaires ou sur toutes les branches.

VARIÉTÉS.

Action analgésique de la lumière électrique.

Quelques heures après une expérience faite sur lui-même avec l'éclairage par transparence des cavités buccale et nasale, au moyen d'une petite lampe électrique à incandescence, M. le Dr. von Stein (de Moscou) fut pris de malaise, d'insomnie, d'une sensation de pesanteur au front et d'une envie irrésistible d'incliner la tête en faisant en même temps des mouvements d'élévation avec les jambes.

Il ne sut tout d'abord à quoi attribuer cet état qui, du reste, se dissipa bientôt ; mais, ayant appris que sa femme avait éprouvé des troubles analogues à la suite de ces expériences, force lui fut d'admettre que les symptômes ressentis étaient bien l'effet de la lumière électrique.

Un cas se présenta bientôt qui suggéra à notre confrère russe l'idée que la lumière électrique était un agent analgésique pouvant être appliqué au traitement de certaines maladies.

Il s'agissait d'une femme, atteinte de catarrhe pharyngo-nasal, qui se plaignait de serrement à la gorge, de dysphagie et de douleurs violentes aux tempes, ainsi que dans les os de la face, douleurs qui augmentaient par la pression et chaque fois que la malade se baissait. En outre, les mouvements de la tête étaient gênés par suite d'une sensibilité douloureuse des sterno-mastoïdiens. Un traitement local de la rhino-pharyngite, un vésicatoire à la nuque et l'administration de salicylate de soude, rendirent les douleurs moins aiguës, mais ne les supprimèrent point. Supposant alors un empyème de l'antra d'Hyghmore, M. von Stein procéda, dans un but purement diagnostique, à l'éclairage par transparence du maxillaire supérieur. A cet effet, il introduisit dans la bouche de la malade, et pour quelques secondes seulement, une petite lampe électrique à incandescence, et put se convaincre de l'absence de l'empyème. Mais cet examen, bien que rapide, fut pourtant suivi d'un résultat thérapeutique pour la malade ; cette

dernière déclara tout à coup que toutes ses douleurs avaient considérablement diminué, et elle put avaler de l'eau sans faire sa grimace habituelle. Après quelques séances, pendant lesquelles les parties douloureuses (pharynx, os de la face, muscles sterno-mastoïdiens) furent soumises, tour à tour, à l'action de la lumière électrique, la malade guérit complètement.

Depuis lors, notre confrère russe eut l'occasion d'utiliser l'action analgésique de la lumière électrique chez différents malades, et réussit à guérir ou à améliorer par ce procédé, des sciaticques, des douleurs nerveuses, des lumbagos, des reliquats douloureux de rhumatisme, etc. Il calma chez un malade atteint de laryngite tuberculeuse, des accès violents de toux devant lesquels même la morphine s'était montrée impuissante.

Pour ces applications thérapeutiques, M. von Stein se sert d'un manche en caoutchouc auquel aboutissent latéralement les deux électrodes. Un bouton à ressort situé à l'une des deux extrémités du manche sert à fermer et à ouvrir le circuit. A l'autre bout du manche est vissée la lampe électrique à incandescence, située au fond d'un réflecteur en forme d'entonnoir, de dimensions variables. Cet entonnoir est appliqué et promené sur la partie douloureuse. La lumière électrique pénètre ainsi profondément dans la peau qui, tout autour de l'entonnoir, prend un reflet rouge-feu. Les petites lampes de 3 à 4 volts doivent être préférées à celles de 10 à 12 volts, qui développent une trop grande chaleur et, au bout de quelques secondes, provoquent de la douleur. On peut toutefois remédier à cet inconvénient en augmentant la longueur des réflecteurs.

La durée des séances d'éclairage est, en moyenne, de 10 à 15 secondes pour la tête et de 1 à 5 minutes pour les autres régions du corps. La cessation des douleurs s'obtient parfois à la suite d'une seule séance de quelques secondes. On interrompt la séance dès que le malade accuse une forte sensation de chaleur.

Notons que les observations de M. von Stein se rapportent toutes à la lampe électrique à incandescence, et non pas à la lumière de l'arc voltaïque, dont l'effet n'a pas encore été étudié.

A quoi est due l'action analgésique de la lumière électrique? Doit-on la mettre aussi sur le compte de cette suggestion dont, soit dit en passant, on abuse un peu aujourd'hui dans l'explication de certains phénomènes? Tout n'est certainement pas suggestion dans les faits observés par M. von Stein, comme on le prouve, entre autres, sa première observation que nous avons relatée avec quelques détails, ainsi que les effets que M. von Stein et sa femme ont ressentis de la lumière électrique alors qu'ils étaient loin de s'y attendre. Du reste, l'action

sui generis de la lumière électrique sur les êtres organisés (végétaux) a déjà été constatée dans plusieurs travaux scientifiques. En outre, aux Etats-Unis d'Amérique, pays où l'électricité a trouvé une très vaste application industrielle, il a été remarqué maintes fois que l'action prolongée de la lumière électrique intense produit chez l'homme une teinte cuivrée particulière de la peau. Donc, pour expliquer les effets analgésiques de la lumière électrique, il faut plutôt admettre une action moléculaire particulière de cette lumière sur les nerfs, siège de la douleur.

Quoi qu'il en soit de ces hypothèses, il est certain que les observations de notre confrère russe ouvrent aux recherches scientifiques un champ nouveau intéressant également le biologiste et le médecin.

(*Sem. Méd.*)

Deuxième Congrès pour l'Étude de la Tuberculose

Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès qui aura lieu à Paris, le 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. le professeur Villemin, sont les suivantes :

1. De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux.
2. Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose.
3. De l'hospitalisation des tuberculeux.
4. Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale.
5. Des agents capables de détruire la bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

La population sans jambe aux Etats-Unis.

(*Med. rec., New York, 27 dec. 1890 p. 732.*)

On estime qu'il y a environ trois cent cinquante mille personnes aux Etats-Unis, avec une seule jambe ou sans aucun membre inférieur. Plusieurs ont perdu leurs membres dans la guerre, mais depuis ce temps le grand amputateur est le chemin de fer. 90 % des amputations sont attribuées au chemin de fer, d'après un correspondant du Times, qui affirme aussi que de 4 056 cas de perte de membres mentionnés dans les journaux quotidiens, en six mois, 3 500 étaient dus au chemin de fer.—*Revue de Bibliographie.*

**Publications de la maison Marcel Nierstrasz, Liège,
Belgique.**

Traité de médecine opératoire (opérations générales et spéciales) à l'usage des étudiants et des praticiens, par le DR KARL LÖBKER, privat-docent de chirurgie à l'université de Greifswald.—Traduit de l'allemand, d'après la deuxième édition, par le DR HERMAN HANQUET, médecin de bataillon.—Préface par M. ALEX. VON WINIWAR-TER, professeur de clinique chirurgicale à l'université de Liège.

Un vol. gr. in-8 de XII-534 pp., avec 271 fig. dans le texte.—1890.—16 francs.

Ce dont se plaignent les étudiants et les praticiens, lorsqu'ils veulent étudier la partie de la chirurgie qui a trait au manuel opératoire, c'est l'absence d'un ouvrage précis, qui tout en ne leur offrant pas de détails inutiles, les mettrait néanmoins au courant de la technique des opérations chirurgicales, telles qu'elles se pratiquent de nos jours.

Le livre de M. Löbker, traduit par M. Hanquet, nous semble être appelé à combler cette lacune. L'auteur met de côté toutes les vaines dissertations, toutes les méthodes qui ne sont plus en usage, pour ne s'occuper que des procédés modernes.

Lorsqu'une opération peut être pratiquée selon différentes méthodes, l'auteur décrit d'abord celle qui est généralement regardée comme classique ; puis ensuite, celles qui sont le plus usitées : " Dans le choix des méthodes opératoires, dit-il, j'ai pris pour règle de toujours exposer en premier lieu celles qui sont actuellement reconnues comme les plus pratiques ; puis j'ai choisi celles qui servent en quelque sorte de type à tout un groupe ; enfin, j'ai tenu à décrire quelques opérations d'un usage moins courant, mais qui me paraissent constituer de très bons exercices au point de vue de la technique opératoire."

L'ouvrage de M. Löbker est essentiellement moderne ; toutes les opérations les plus récentes y sont décrites, la résection de l'estomac, les opérations sur les voies biliaires, les nouveaux procédés d'extirpation du rectum, etc. ; et sous ce rapport, M. Löbker comble une véritable lacune dans la littérature médicale.

Le livre comprend dix parties ou chapitres qui traitent successivement de la division et de la réunion des tissus ; de la ligature des vaisseaux sanguins dans la continuité des tissus ; des amputations et des désarticulations des membres ; des résections des os et des articulations ; des opérations sur les muscles et les tendons ; des opérations sur les nerfs ; des opérations plastiques ; des opérations sur les voies respiratoires et le thorax ; des opérations sur les organes digestifs ; et enfin, des opérations sur les organes génito-urinaires de l'homme.