

TRAVAUX ORIGINAUX

ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE

ESSAIS DE DÉSINFECTION PAR LES VAPEURS DE FORMALDÉHYDE

par le D^r BOUREAU

On doit reconnaître que les procédés actuels de désinfection des habitations sont loin de répondre aux desiderata de l'hygiène.

Les uns sont insuffisants, les autres peu pratiques.

On a proposé successivement les fumigations d'acide nitrique (décomposition du nitrate de potasse par l'acide sulfurique), les fumigations guytoniennes d'acide chlorhydrique (décomposition du chlorure de sodium et du bioxyde de manganèse par l'acide sulfurique), l'acide sulfureux (combustion de 50 à 60 gr. de soufre par mètre cube).

En face de l'inefficacité de ces procédés, on a fini par adopter presque exclusivement les lavages et les pulvérisations de *sublimé* à 1 pour 1000.

Il est trop facile de refaire le procès de ce mode de désinfection et on doit reconnaître que son succès et son adoption presque générale sont dus plutôt à l'insuffisance notoire des autres procédés qu'à sa valeur réelle.

Il est très difficile sur les parties vernissées, grasses, d'établir un contact suffisant entre la surface à désinfecter et la solution de sublimé.

Pulvérisez sur un lambris verni une solution de sublimé avec une telle abondance que le liquide ruisselle et examinez à la loupe la paroi pulvérisée, vous trouverez le liquide réuni en gouttelettes, espacées les unes des autres et laissant à nu une surface au moins équivalente à celles qu'elles recouvrent.

Et encore, vous avez pulvérisé énergiquement, avec plus de liquide que n'en emploiera le désinfecteur habituel.

Le liquide est en outre incapable de pénétrer dans les interstices remplis de poussières. Ces détritiques légers sont très difficiles à humecter, la première couche seule est imbibée, le sublimé l'entraîne et les couches inférieures n'ont pas été touchées par l'antiseptique.

Employée en lavage à l'éponge ou mieux à la brosse, la solution liquide de sublimé présente des avantages, il y a là une action mécanique qui établit un contact sérieux, mais le moyen est impossible à employer sur des surfaces étendues par suite du temps qu'il exige, il est en outre inapplicable sur les tentures d'étoffes ou de papiers peints.

On peut donc affirmer que la désinfection n'est actuellement pratiquée que d'une façon insuffisante, qu'elle n'est qu'un trompe-l'œil dangereux, dépourvu de toute sécurité.

On a pensé avec raison que pour assurer l'antiseptie de l'atmosphère d'un local, que pour pénétrer dans toutes les fissures d'un parquet, imprégner les poussières des tentures, on ne devait s'adresser qu'à des corps volatiles à l'état de vapeurs.

C'est dans ce sens qu'ont été dirigées toutes les recherches actuelles.

Mais là encore pour réussir, il faut réunir un ensemble de conditions indispensables.

Il est nécessaire en effet :

- 1° Que ces vapeurs soient très diffusibles ;
- 2° Qu'elles aient une puissance antiseptique sérieuse s'adressant à une variété considérable de bactéries ;
- 3° Qu'elles ne soient pas toxiques ;
- 4° Qu'elles ne détériorent pas les divers objets qui constituent nos ameublements.

Dernièrement, M. Trillat a proposé dans ce but les *vapeurs de formaldéhyde*, et en a rendu l'application pratique en construisant un autoclave dans lequel ces vapeurs sont produites en chauffant une solution de formaldéhyde du commerce en présence d'un sel neutre.

Nous avons pensé qu'il était intéressant d'être fixé sur la valeur du procédé, pour en proposer ensuite l'application s'il y avait lieu, à la désinfection de nos services à l'hôpital d'enfants l'asile de Clocheville.

Plus que tous autres hôpitaux ces salles d'enfants malades subissent une contamination permanente. Le fond de ces services est constitué dans les locaux d'isolement par la scarlatine, la rougeole, la diphtérie ; dans la salle commune par les broncho-pneumonies, les coqueluches, les fièvres typhoïdes, la tuberculose sous toutes les formes. La propreté est très difficile à obtenir de l'enfant. Malgré une surveillance continue il salit énormément de linge, macule ses draps, les parquets, ses objets usuels.

C'est bien dans de pareilles conditions qu'on doit chercher à obtenir une désinfection sérieuse.

Le comité d'administration de Clocheville, à qui il faut rendre justice pour son intelligente initiative quand il s'agit d'améliorations hospitalières, qui a déjà fait de ses services, au point de vue de l'hygiène, de la propreté, et des installations pratiques, de véritables modèles, nous a chargé d'étudier le procédé et de lui donner notre avis sur sa valeur.

Nous rendons compte ici du mandat qui nous a été confié.

PREMIER ESSAI

Nous avons choisi pour cette première expérience de désinfection une salle du service de médecine de M. le D^r Bézard.

La pièce donne au carré un cube de 140^{mc} 60.
Hauteur d'étage, 4 mètres.

Elle présente 2 grandes portes, 2 placards, 1 bouche de chaleur, 2 fenêtres et 2 ventilateurs.

Les joints des portes donnant sur les couloirs sont obturés à l'aide de bandes de papier collé, les fenêtres donnant sur le jardin, la bouche de chaleur et les ventilateurs sont simplement fermés.

Nous n'avons pas voulu obturer complètement les fissures que présentaient ces dernières ouvertures afin de mettre le procédé dans les conditions où il serait la plupart du temps employé.

On dispose dans la salle à différentes hauteurs, collés au plafond, dans les coins les plus éloignés, dans la poche de vêtements, sous des piles de draps et de vêtements d'enfants :

1° Des fragments de linge imbibés de cultures de bacilles de Löffler, de bactérium coli, de staphylocoques, de bacilles typhiques, de streptocoques ;

2° Deux plaques de verre enduites de crachats dans lesquels a été constatée la présence de bacilles de Koch ;

3° Des poussières de balayage ;

4° Des linges maculés de matières fécales ;

5° Des matelas éventrés et des matelas intacts ;

6° Des papiers colorés à la fuschine ;

7° Une glace et un fragment de cadre doré.

L'autoclave placé en dehors de la salle est mis en communication par son tube de dégagement avec le local par un orifice étroit de 3 à 4 millimètres de diamètre percé dans une porte.

L'appareil chargé de formochlorol est allumé à 10 h. 1/4 du matin. A 11 heures, la pression atteint 3 atmosphères, on le maintient à ce chiffre jusqu'à midi 1/4.

A ce moment, 2 litres 1/2 de solution ont été employés.

La salle reste fermée jusqu'au lendemain matin.

A 10 heures on pénètre avec précaution dans la pièce.

L'odeur des vapeurs est assez intense encore pour piquer vivement les yeux et prendre à la gorge.

On recueille dans des tubes de bouillon un ou deux échantillons de chaque objet contaminé après l'avoir préalablement lavé dans de l'eau stérile ammoniacale (10 gouttes pour 1 litre).

Cette dernière précaution était indispensable pour enlever les vapeurs de formol qui auraient pu adhérer aux échantillons et entraver la culture des bactéries.

L'eau ammoniacale à cette dose n'a pas de pouvoir antiseptique ; du reste, quelques échantillons n'ont pas été lavés afin de les juger comparativement.

Le tableau ci-joint donne le résultat des cultures :

TABLEAU I

NATURE DES OBJETS	LEUR SITUATION	CULTURES			RÉSULTATS
		Ensemencement le 10 mai			
		RÉSULTATS			
		Le 11	Le 19	Le 31	
Staphylocoque sur linge.	Sur le parquet	0	0	0	Rien.
Löffler	Dans poche de pantalon.	0	0	0	Rien.
Coli	Sur le parquet.	0	0	0	Rien.
Typhique	A 1 mètre d'élévation.	0	0	0	Rien.
Streptocoque	Sous une pile de draps.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	Culture abondante.
Poussières de balayage.	Près du plafond.	0	0	0	Rien.
Crachats sur plaque de verre.	Sur le parquet.	0	0	0	Rien.
Draps maculés de matières fécales.	Sur une table.	0	0	0	Rien.
Matelas éventré	Sous une pile de draps.	0	Trouble.	Trouble.	Culture abondante.
Matelas non éventré	Sur un lit.	0	0	0	Rien.
	Sur le parquet.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	Cult. abond. de sulfitis
		0	0	0	Rien.
	Sur un lit.	0	0	0	Rien.
	Sur le parquet.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	Cultures abondantes
	Sur un lit.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	très variées.

En outre, les raclures des lamelles enduites de crachats qui provenaient d'un enfant tuberculeux et qui présentaient de nombreux bacilles ont été inoculés à un cobaye le lendemain.

La plaie d'inoculation a guéri rapidement, aucun engorgement ganglionnaire et le cobaye sacrifié le 10 juillet n'a pas présenté traces de tuberculose.

Les papiers fuschinés placés à air libre, disséminés dans toute la salle, ont tous tourné au violet ; tandis que les échantillons placés les uns sous une pile de draps, les autres sous une pile de pantalons dans un placard ouvert ont gardé leur coloration rouge vif.

La glace et le fragment de cadre sont retrouvés intacts, les objets de cuivre n'ont subi également aucune altération.

2^e ESSAI

Notre deuxième expérience a porté sur une succession de 4 salles de malades communiquant entre elles par des porte à deux battants. Ces salles présentent 7 fenêtres et 5 portes de sorties.

Elles donnent comme dimension un total de 654 m. c.

La désinfection a duré 5 heures. Il a été consommé 4 litres de formaldéhyde.

L'autoclave placé à la porte d'une salle se trouvait d'un côté à 11^m25 de l'extrémité, de l'autre, à 18^m75 de l'autre bout.

La salle est restée fermée 21 heures environ avant la prise des ensemencements.

Les mêmes précautions que dans la première expérience ont été prises.

Résultats des cultures :

TABLEAU II

NATURE DES OBJETS	LEUR SITUATION	CULTURES			RÉSULTATS
		Ensemencement le 11 juillet			
		RÉSULTATS	RÉSULTATS	RÉSULTATS	
		Le 12	Le 21	Le 31	
Typique sur linge.	Sur lit.	0	0	0	Rien.
"	Sur cheminée.	0	0	0	Rien.
Coli dans un tube à essai.	Sur parquet.	0	0	0	Rien.
" sur linge.	A 2 mètres d'élévation.	0	0	0	Rien.
Loffler sur linge.	Sur lit.	0	0	0	Rien.
"	Sur cheminée.	0	0	0	Rien.
Terre de jardin sur table dans un vase.	Sur cheminée.	0	Trouble.	Trouble.	Culture de bactéries
"	Couche superficielle.	0	Trouble.	Trouble.	très variées.
Crachat de pneumonique sur verre.	Couche profonde.	Trouble.	Trouble.	Trouble.	
"	Sur parquet à l'extrémité	0	0	0	Rien.
"	des pièces.	0	0	0	
Streptocoque sur linge, sur parquet.	A 3 mètres environ du	0	0	0	Rien.
"	tube de dégagement.	0	0	0	
"	A 18 mètres environ.	0	0	0	Rien.

Un des premiers résultats qui se dégagent à la lecture de ces deux tableaux est le suivant :

Toutes les bactéries pathogènes qui ont été soumises à l'action directe des vapeurs de formaldéhyde ont été détruites.

Toutes celles qui, placées sous les piles de draps, ou contenues dans les matelas éventrés ou non, n'ont pas été en contact direct avec l'agent antiseptique, n'ont pas été atteintes.

Les vapeurs de formaldéhyde ont limité leur action aux surfaces. Elles ont été incapables de pénétrer en profondeur.

Le staphylocoque détruit dans la poche d'un pantalon (tableau II) n'infirmé pas ce résultat, un vide pouvait exister entre les deux étoffes qui constituaient cette poche.

Mais si leur rôle est limité aux surfaces, il faut avouer qu'elles le remplissent d'une façon très satisfaisante.

Elles ont tué toutes les bactéries contenues dans les crachats étalés sur une plaque de verre, résultat appréciable, étant donnée la grande variété de bactéries autres que le bacille tuberculeux que contiennent les crachats d'un phtisique.

Elles ont détruit le bacille de Koch comme le prouve l'inoculation au cobaye du premier essai.

Et ces bactéries pathogènes ont été détruites pour certaines d'entre elles à une distance de plus de 18 mètres du point d'émission des vapeurs.

Il y a là une puissance de diffusion très appréciable.

Les seuls objets qui après avoir subi l'action des vapeurs aient donné des cultures sont la poussière et la terre de jardin.

Les bactéries constatées dans tous ces milieux n'ont pas varié. Ce sont le *subtilis* et le *mesentericus*, espèces très voisines, faciles à déterminer qui donnent sur bouillon un voile si caractéristique.

Ce résultat n'a rien d'étonnant étant donnée la résistance des spores de ces deux bactéries.

Un procédé de laboratoire pour obtenir des cultures pures de subtilis peut en donner une idée. — Il suffit de faire bouillir pendant quelques minutes quelques brins de foin et d'ensemencer le liquide. On obtient une culture pure de subtilis. Toutes les autres bactéries ont été détruites, seules les spores du subtilis ont résisté à l'ébullition. — Je dois ajouter qu'en fait, la destruction de ces bactéries au point de vue d'une désinfection pratique n'a aucune importance, elles ne sont pas pathogènes.

En résumé les vapeurs formaldéhyde sont un excellent désinfectant de surfaces.

Au point de vue des applications pratiques, elles présentent également des avantages précieux.

Elles opèrent vite; une succession de 4 salles a pu être vidée de ses malades, désinfectée dans la même journée, et le lendemain matin après une aération de quelques heures, on pouvait y réinstaller les enfants.

Les vapeurs dégagées du formochlorol ont une causticité très vive pour les yeux et le pharynx. Nous avons pu nous en rendre compte. La moindre fuite de l'appareil, la plus petite fissure sous une porte rendait le séjour à proximité insupportable, — mais en s'éloignant, ces cuissons disparaissaient très rapidement. En outre une étude de Bardet (1) sur des cobayes qui ont séjourné plusieurs

(1) Bardet, Journal de thérapeutique, 1895.

heures dans une atmosphère de vapeurs de formaldéhyde a prouvé qu'elles ne sont pas toxiques.

Elles n'ont pas d'action sur les tentures, les dorures et les métaux.

Dans le deuxième essai nous avons essayé l'action des vapeurs sur du *coli* contenu dans un tube à essai débouché.

Ce tube avait reçu 5 ou 6 gouttes de culture qui avaient été, en roulant le tube, répandues sur toute sa surface intérieure. Il avait été ensuite légèrement desséché à 37° et finalement placé débouché dans un coin de la salle à désinfecter sur le parquet.

Après la désinfection, quelques gouttes d'eau ammoniacale l'ont lavé, 2 à 3 c. c. de bouillon ont été introduits dans le tube qui a été placé à l'étuve à côté d'un tube qui avait subi la même préparation, mais qui n'avait pas subi la désinfection.

Le tube désinfecté n'a donné aucune culture, tandis que le tube non désinfecté a fourni un trouble et un dépôt très abondant.

Cette petite expérience nous fournit un procédé de contrôle de désinfection très pratique.

Supposons, et ce sera la réalité, qu'une ville ou un hôpital confie les désinfections à des employés plus ou moins consciencieux, il sera très facile de contrôler la façon dont ils auront opéré.

On leur remet un tube préparé comme nous venons de l'indiquer; ils doivent le déboucher, le placer dans le local à désinfecter et après l'opération le rapporter ensuite au laboratoire. Si le tube additionné de bouillon donne une culture de *coli*, ce qui sera appréciable dans les 24 heures, on pourra affirmer que pour une cause quelconque la désinfection a été mal faite.

Si le tube reste stérile 3 ou 4 jours, on aura constaté que le dégagement des vapeurs a eu lieu dans de bonnes conditions.

Nous pensons donc que la désinfection par les vapeurs de formaldéhyde est un procédé de beaucoup supérieur à tous les procédés connus de désinfection des locaux contaminés.

Si d'un côté une ville ou un hôpital assure le service de désinfection de la literie et des objets mobiliers par l'étuve sous pression, comme ils le pratiquent déjà pour la plupart.

Si d'un autre côté ils pratiquent la désinfection des locaux contaminés par les vapeurs de formaldéhyde en employant le procédé de contrôle que j'ai indiqué plus haut, elles auront mis en œuvre les procédés les plus sûrs que peut actuellement leur fournir l'hygiène moderne.

L'HYSTÉRIE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET LES ENFANTS AU-DESSOUS DE DEUX ANS

par le Dr Edmond CHAUMIER

(Suite)

Dans l'observation précédente, il est question de tremblement dans un côté du corps atteint de paralysie. J'ai observé un autre cas de tremblement qui ne peut guère être rapporté qu'à l'hystérie. Malheureusement je n'ai pas pu suivre l'enfant.

Dans ses leçons sur les maladies des enfants, Hensch rapporte un cas assez semblable, qui a échappé à son observation.

Voici le fait que j'ai vu :

Obs. 30. — Léon P. 1 an. Fait du bruit en dormant et touse depuis six semaines.

Rien à l'auscultation; palais ogival.

Depuis hier 9 heures, il a été pris de tremblement de la jambe et du bras gauches et de la tête.

Il remue continuellement son côté gauche.

En portant sa main à la bouche — chose, que l'on obtient facilement, car il y porte sans cesse ses mains, — il ne dévie pas de la ligne droite; il n'y a pas une plus grande amplitude des mouvements à mesure qu'il avance.

Il semble y avoir peu de sensibilité au côté gauche, moins qu'à droite.

Si je touche le globe oculaire et y laisse mon doigt, au bout d'un instant il ouvre l'œil comme si mon doigt n'y était pas.

En chatouillant le palais et le voile, il tousse et a des haut le cœur.

Ce tremblement dura 15 jours, puis l'enfant gagna la rougeole et mourut.

Je rapporterai maintenant quelques cas curieux en ce sens qu'ils sont assez rares. Des cas semblables existent chez l'adulte.

Le premier malade est pris tout à coup de pâleur, puis il tousse 2 ou 3 fois, il pâlit davantage, les yeux s'emplissent de larmes et il survient des frissons qui terminent l'attaque.

Le second a des secousses convulsives d'un seul côté, sans perte de connaissance.

Le troisième est atteint d'hyperexcitabilité musculaire. Lorsqu'on veut l'asseoir il se raidit le corps; si on lui étend les bras, il les raidit et les porte en arrière.

De plus, il a des pamoisons pendant lesquelles il a des troubles circulatoires assez bizarres: la coloration bleue qui accompagne ordinairement cet état se forme par taches arrondies sur les mains et sur les joues.

Chez le quatrième malade les mêmes troubles circulatoires existaient et ont persisté plusieurs heures après une convulsion.

Le cinquième malade que j'observe encore en ce moment était pris d'une véritable asphyxie des extrémités. Du 12 avril au 15 mai, il a eu onze attaques.

Un pied, les deux pieds, un pied et une main; les

oreilles, les mains et un pied étaient atteints. Cet état qui durait quelques heures a persisté une fois toute la journée. J'ai assisté à une attaque. Il s'agissait du pied droit qui était enflé dans toute sa longueur et présentait une coloration bleuâtre; les ongles étaient noirâtres; la peau froide. L'enfant souffrait et pleurait au moindre attouchement.

Johnston (1) a publié une observation semblable.

Cette observation a trait à un enfant qui de 3 à 6 mois eut de fréquentes et récidivantes atteintes d'enflure et de rougeur des mains et des pieds; et qui en fut repris à l'âge de 6 ans: les mains devinrent soudainement rouges; les doigts, ensuite, devinrent blancs, puis livides et presque noirs, avec sensation douloureuse dans les parties intéressées et une grande sensibilité au toucher. L'enflure dura pendant quelques minutes et disparut graduellement. Ces attaques se renouvelèrent encore pendant trois mois.

L'affection de mon petit malade doit être rapprochée de l'œdème bleu des hystériques décrit par Charcot. Il ne faudrait pas la confondre avec la gangrène symétrique des extrémités.

On sait que Maurice Raynaud avait, sous ce nom, englobé l'asphyxie des extrémités, le doigt mort, affections pouvant dépendre de l'hystérie, de l'urémie ou d'autres maladies encore.

Le sixième malade est un enfant de 18 mois qui, à la suite d'une grande contrariété, fut pris d'une attaque de sommeil qui dura deux jours.

Le septième avait de grandes attaques pendant lesquelles ses bras s'allongeaient, sa tête se tournait sur le côté, ses yeux se convulsaient. Pendant quinze jours il fut en véritable état de mal; après chaque convulsion il dormait. Une fois il eut une véritable attaque de sommeil qui dura 24 heures. Ce malade, ayant continué à avoir différentes manifestations hystériques, eut à 4 ans une autre attaque de sommeil qui a failli le faire enterrer vivant. Le cercueil a été apporté pour le mettre.

Le huitième, qui mérite d'être rapproché des deux précédents, est un garçon de huit ans atteint de somnambulisme depuis sa plus tendre enfance; à 1 an ou 1 an 1/2, il se levait déjà debout sur son lit.

Le neuvième est une petite fille qui à 5 mois a été prise de toux hystérique coqueluchoïde qui revenait tous les 15 jours ou toutes les 3 semaines, pendant 4 ou 5 jours de 8 heures à 11 heures du soir.

Le dixième présente très probablement un exemple d'aphonie hystérique.

Le onzième est atteint depuis l'âge de 14 mois de vomissements périodiques; le même enfant est polyurique et polydipsique.

Obs. 31. — Louis J., 9 ans.

Convulsions à 9 mois pendant 8 jours; et quelques mois après moins fort.

La première fois cela le prenait 3 ou 4 fois par jour.

Était énorme en nourrice, son ventre pendait sur ses

cuisse. On l'a retiré à 18 mois, parce qu'on le faisait trop manger.

A maigri ensuite, mangeait moins, lait, peu de soupe; il est devenu excessivement maigre. A ce moment il a été pris d'accès qui consistaient en pâleur; puis il toussait 2 ou 3 fois, alors la pâleur augmentait, ses yeux s'emplissaient d'eau. Il avait ensuite des frissons. Le tout durait 10 minutes ou un quart d'heure. Quelquefois 2 ou 3 fois par jour. Il restait parfois plus de 8 jours sans rien avoir.

Il pisse au lit toutes les nuits, et le jour à chaque instant, peu à la fois (pas de sucre). Souvent sue la nuit; souvent mal de tête.

Obs. 32. — Raoul M., 18 mois. Il y a deux mois convulsions. Il était dans son lit, il a crié, est devenu noir, raide, en tout cinq minutes, a ri en revenant à lui.

Il y a 3 jours aurait eu la fièvre; par moments, il avait des secousses du côté gauche seulement, depuis 10 heures du matin jusqu'à 6 heures du soir, toutes les heures environ et chaque fois pendant quelques minutes.

Huit jours après sa première convulsion il avait eu la même chose du même côté, mais n'a pas perdu connaissance.

Nerveux; quand on ne veut pas lui donner quelque chose, il se raidit les bras, tremble, crie et tape du pied.

A toujours toussé, ronflé, bouche ouverte, tirage stomacal habituel; palais ogival, tumeurs adénoïdes, poitrine bombée sous les clavicules.

Obs. 33. — Albert B. Rhumes fréquents, tumeurs adénoïdes.

La mère dit qu'il louche de temps en temps. — (La mère a du strabisme). On touche facilement les globes.

Nerveux, saute tout le temps, agité la nuit, se met en colère, tremble quand il est contrarié.

La mère est nerveuse, on lui a donné des douches pour ses nerfs; elle a eu les mains de travers (contracture).

Un frère, Raymond, 4 mois. Crie, remue sans cesse, saute, et quand on veut l'asseoir, il se raidit le corps; lorsqu'on lui étend les bras, il les raidit et les porte en arrière; on les plie, mais on éprouve de la résistance.

Quand il est contrarié, il crie et ne peut en prendre le dessus; il s'arrête, devient bleu par taches arrondies sur les mains et les joues.

Obs. 34. — Louis B., 12 mois. Convulsions à 8 ou 9 mois, devenait noir, yeux et figure tournés, raide. Pas de mouvements, 10 minutes à peine.

Il lui est resté des plaques noires pendant 3 ou 4 heures. Il dormait lorsque ça l'a pris. C'est revenu 5 ou 6 fois, une fois en le tenant.

A toujours été nerveux, s'impatiente, tremble quand il est en colère. On touche facilement les yeux.

Obs. 35. — 13 mai 1897. Rachelle G., 11 mois, élevée au biberon. A eu à 4 mois 5 ou 6 petits abcès. Il y a six semaines une bronchite qui a duré 8 jours. Assez belle enfant; pas de diarrhée, 3 dents.

Cette enfant est très nerveuse; elle se fait obéir. Elle n'avait pas 8 jours qu'elle se raidissait les membres lorsqu'elle était contrariée ou à propos de rien. Elle a eu des éclats de rire pendant le sommeil dès la plus tendre enfance. Elle se raidit encore souvent les membres. Elle ne se pâme jamais. La mère est elle-même très nerveuse.

On me l'amène pour une affection qui effraie beaucoup les parents. Il s'agit d'une enflure intermittente qui siège à l'extrémité des membres, qui devient presque noire.

Actuellement le pied droit est pris. Le dos du pied, très

(1) Forme rare de névrose vasomotrice chez un enfant. *Am. Journ. Obstet.*; avril 1885.

enflé, est d'une couleur bleuâtre; tout d'abord on pourrait penser à un phlegmon; mais si l'on examine de plus près, on voit que les orteils sont d'une couleur bien plus foncée et les ongles presque noirs. La peau froide; les atouchements sont douloureux et font crier l'enfant.

La mère m'apprend que deux heures auparavant le pied était normal. Cet état dura une heure encore.

Le première attaque d'enflure avait eu lieu le lundi 12 avril, le pied gauche avait été pris; durée 3 heures.

La 2^e, le jeudi 15 : les 2 pieds; durée 5 heures.

La 3^e, le vendredi 19 : les 2 pieds et la main gauche; durée 4 ou 5 heures.

La 4^e, le samedi 17 : les 2 pieds; moins fort et moins longtemps.

La 5^e, le mercredi 21 : peu de chose aux pieds.

La 6^e, le mercredi 27, pendant un voyage en Bretagne : les 2 pieds pendant 3 ou 4 heures.

La 7^e, le samedi 8 mai : les oreilles et les mains furent prises, il n'y eut presque rien aux pieds.

La 10^e, le dimanche 9 mai : les 2 pieds pendant toute la journée.

Je voyais la 11^e attaque.

Le lendemain 14, à 8 heures du soir, le pied droit est pris à nouveau : à onze heures l'enfant s'endort; peu avant on avait encore constaté l'existence de l'enflure.

J'avais commencé ce jour-là à électriser cet enfant en lui faisant passer un courant continu descendant sur le trajet de la moelle. Je continue tous les jours, puis tous les 2 ou 3 jours les séances d'électricité. Avec un très faible courant l'enfant ne semble s'apercevoir de rien, mais lorsque le courant atteint 5 milli-ampères, il se remue beaucoup et commence à crier. Je dépasse rarement 5 et jamais je n'atteints 10. La séance ne dure que quelques minutes. De plus la mère donne une douche froide matin et soir; c'est-à-dire qu'on met l'enfant dans un baquet et qu'on lui verse un seau d'eau sur la tête.

Le 15 mai on a commencé la douche le matin; le pied droit devient violet, mais cela ne dure qu'un instant.

Le 17, les accidents ne se sont pas reproduits, l'enfant est plus gaie.

Le 8 juin, les accidents n'ont pas reparu. Hier l'enfant a eu une grande colère, elle est devenue bleue et s'est presque pâmée.

Le 27 juin, l'enfant est toujours très nerveuse. On continue le traitement; les accidents n'ont pas reparu.

Obs. 36. — Fernande X, 18 mois. Cette enfant a toujours été très nerveuse depuis sa plus tendre enfance. Le 10 novembre 1894 ayant trouvé des papiers importants appartenant à ses parents, elle les jeta au feu. Elle fut grondée et punie sévèrement. Au repas suivant elle s'endormit. Le sommeil ne s'interrompit pas jusqu'au soir. La nuit fut agitée, mais l'enfant ne se réveilla pas. Le lendemain le sommeil persista malgré les efforts faits pour éveiller l'enfant; et ce n'est qu'après plus de quarante-huit heures qu'elle se réveilla spontanément.

Cette petite fille a continué à être nerveuse, mais je n'ai pu avoir de renseignements précis sur sa santé actuelle.

Obs. 37. — Albert C., 13 ans. A 18 mois, convulsions tous les jours pendant 15 jours; il allongeait les bras, sa tête tournait sur le côté, ses yeux aussi. Chaque convulsion durait 1/4 d'heure.

Après chaque convulsion il s'assoupissait et ça le représentait (état de mal).

A la suite d'une convulsion il a dormi 24 heures.

Jusqu'à 3 ou 4 ans les convulsions reprenaient de temps en temps (pas de dents à 18 mois).

A 4 ans, a eu de la léthargie 4 jours, on a apporté le cerceuil pour le mettre.

Si on le gronde, il se met en grande colère et devient noir.

Jusqu'à 7 ans, il mordait ses parents et tous les enfants; il a enlevé un morceau de la joue à une petite fille. Il avait des grognements.

Il parle très mal; ses camarades l'appellent *vouin vouin*, ce qui le met en rage.

Palais successivement ogival, ou plutôt à angle très aigu. Dort la bouche ouverte et ronfle. Beaucoup de rhumes et de bronchites, très grosses amygdales; tumeurs adénoïdes.

Sa sœur Alice, 3 ans et 4 mois, se réveille en peur : on la trouve au bout du lit. Rhumes, écoulements d'oreilles, tumeurs adénoïdes.

Georges, 9 mois. Convulsions il y a deux mois, toute une journée; presque deux jours, pendant la rougeole. Il allongeait ses bras et ses jambes (grands mouvements) et les raidissait; il avait de la gêne pour respirer.

Obs. 38. — G., 8 ans, déviation de la cloison du nez. Cornets hypertrophiés. Se lève la nuit et va par la chambre, fait comme s'il voulait se chauffer, etc.; a les yeux hagards; on lui dit de se recoucher, il se recouche, a toujours été comme cela; mais cela va augmentant; étant tout petit, avant de pouvoir se lever, vers 1 an ou 1 an 1/2, il se mettait debout sur son lit. Nerveux, pas de convulsions, ne se pâmait pas; se contrarie facilement, il faut lui céder.

Obs. 39. — Jeanne C., 3 ans et 4 mois. Depuis l'âge de 15 mois, tous les 15 jours ou 3 semaines, toux nocturne de 8 heures à 11 heures pendant 4 ou 5 jours. Toux sèche. Elle rougit, devient noire. Cela ressemble un peu à la coqueluche; reprise; quelquefois la toux est grasse; habituellement sèche. Bouche ouverte la nuit, quelquefois le jour. Toujours la poitrine chargée; courte d'haleine.

Malade depuis 2 jours. Avant-hier soir, à 7 heures, mal de tête, n'a pas dîné, n'a pris qu'un peu de lait depuis.

Hier soir a eu vers 10 heures une sorte d'attaque de nerfs; elle avait des secousses dans les membres, ses yeux s'ouvraient large, et elle les fermait ensuite; n'a pas perdu connaissance. Cela a duré jusqu'à minuit. Elle demandait de temps en temps à boire. Toute la nuit, forte oppression, tousse un peu depuis 15 jours.

Avant-hier, se plaignait dans la journée du côté gauche dans l'aisselle.

Rien à l'auscultation, grosses amygdales, gorge rouge; palais un peu ogival.

Sa sœur Albertine, 4 ans 1/2; rhumes fréquents; souvent cauchemars la nuit, pas de sommeil paisible; se réveille en peur.

Pas d'appétit habituellement.

Il y a 4 jours, mal de tête en se rendant à l'école, a gardé le lit deux jours 1/2; ne se plaint plus; un ganglion derrière chaque mâchoire; gorge rouge; palais ogival.

De temps en temps il lui prend des faiblesses qui durent 5 minutes. Si on n'était pas là, l'enfant tomberait. Elle dit qu'elle entend des coups de fouet; cela la prend dans les deux oreilles.

Cela ne revient pas régulièrement, quelquefois tous les deux mois.

Obs. 40. — 2 août 1890. — C. Abel, 14 mois. Rougeole il y a trois semaines. Lorsqu'elle a été bien levée, extinction du cri et toux rauque. Ne marche plus, marchait avant un an.

4 août: même toux et extinction du cri.

Il y a deux mois a eu une fluxion de poitrine qui a commencé comme une crise de dents. Il était raide comme du bois, mais ne jetait pas les yeux en l'air, cela a duré très peu de temps, quelques secondes, deux ou trois fois.

Deux nuits de suite il ne pouvait crier.

Au commencement de sa rougeole, avec sa toux rauque, il grinçait des dents.

5 août. Tous les jours on badigeonne le pharynx d'iode. La mère dit que la toux est plus grasse, encore rauque.

7 août. Crie un peu plus fort, mais très peu.

13. Il ne crie pas haut encore.

16. Crie tout haut depuis avant-hier.

18. Crie bien, dit *maman*, très peu enrôlé.

20. N'a pas encore la voix aussi forte ni aussi claire.

23. Crie assez fort. On continue l'iode.

1^{er} septembre : Crie aussi fort qu'avant d'être malade.

Obs. 41. F. Emile, 8 ans 1/2. — Sein. A été sevré à 14 mois. Depuis ce moment il vomit. D'abord il vomissait environ tous les 15 jours jusqu'à vers 3 ans. Ensuite tous les mois, puis tous les deux mois. Actuellement tous les mois 1/2 ou tous les deux mois. Cela dure une semaine. Il vomit des glaires et de la bile verte. Fait beaucoup de haut le cœur jour et nuit — une dizaine de fois par jour — ne prend rien, même pas de l'eau. En même temps se plaint beaucoup de la tête. Il a quelquefois le mal de tête en dehors de ces accès.

Polyurie, polydipsie, pas de sucre, un peu d'acétone.

J'ai déjà rapporté trois observations ayant trait à des enfants qui ont conservé du strabisme à la suite d'attaques. Voici deux autres enfants dont l'un est atteint de strabisme et l'autre de nystagmus.

Obs. 42. — Eugène G. a eu des convulsions à 18 mois. Il a depuis ce temps un peu de strabisme de l'œil droit. Sa mère est très nerveuse.

Obs. 43. — Eugénie A., 10 ans. A deux ans, convulsions dans la tête, dit la mère ; ça lui remuait dans le haut du nez. Les yeux sont sortis (exophtalmie). Elle est restée ensuite 15 jours sans aller à la selle, puis 15 jours avec une grande diarrhée.

Elle n'a jamais perdu connaissance. C'est une enfant très sensible, qui pleure facilement.

Chaque été, elle est prise de mal de tête et de mal de cœur ; le tout dure une huitaine.

Peu de rhumes, palais très ogival avec saillie de la cloison ; dents mal plantées en haut et en bas.

Les globes oculaires sont agités de mouvements irréguliers ; nystagmus.

L'enfant voit dans l'obscurité ou en tournant le dos à la lumière, encore voit-elle très mal ; elle ne voit que très peu ou pas du tout en regardant la lumière ; elle voit assez bien avec des lunettes très foncées. L'examen ophthalmoscopique n'a pu être fait.

On trouve dans les auteurs quelques observations d'éclats de rire chez des nouveaux-nés ou chez de très jeunes enfants. J'ai trouvé dans mes notes deux cas de ce genre.

Ces faits, je pense, doivent être mis sur le compte de l'hystérie. Il en est peut-être de même quelquefois du tic de Salaam ; mais je n'ai pas observé de cas bien net de cette affection.

Je dois mentionner une lésion assez fréquente

chez les enfants nerveux et que j'ai maintes fois observées. Je veux parler de l'usure des incisives (1). Cette usure résulte du grincement de dents soit pendant, soit en dehors des attaques. Cette usure des dents est fréquente aussi chez les adultes hystériques.

J'ai omis de parler jusqu'ici des terreurs nocturnes qui se rencontrent aussi bien chez les très jeunes enfants que chez ceux qui sont plus grands. J'en possède un bon nombre d'observations, et on en trouvera quelques-unes de citées ici.

Dans un mémoire que j'ai lu à l'Académie en mars 1890 (2), sur les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants, j'attribuais ces terreurs à l'hypertrophie de l'amygdale de Luschka. Dans un rapport trop élogieux, du reste, pour mon modeste travail, M. Ollivier critique cette manière de voir et pense que les frayeurs nocturnes relèvent de l'hystérie.

Tous les médecins qui ont étudié les tumeurs adénoïdes ; tous ceux qui s'occupent spécialement des maladies de la gorge ont noté la fréquence de ce trouble nerveux dans cette affection du pharynx nasal.

Est-ce une raison pour ne pas se rendre à la manière de voir de M. Ollivier, j'en ne crois pas.

Les terreurs nocturnes sont très fréquentes chez les enfants hystériques de tous les âges ; tous ceux qui présentent ces terreurs sont hystériques ; mais tous aussi présentent des troubles respiratoires nasopharyngiens ; chez tous la respiration nasale est insuffisante.

Doit-on conclure à une sorte de parenté entre les tumeurs adénoïdes et l'hystérie ?

On a cité des guérisons radicales d'asthme, de migraine, d'attaques d'hystérie, d'incontinence d'urine, par l'ablation de tumeurs adénoïdes ou par des cautérisations des cornets du nez.

J'ai soigné un petit garçon qui vit disparaître l'incontinence d'urine et des attaques nerveuses lorsque j'eus rétabli la perméabilité du canal nasopharyngien.

La parenté existe, je ne saurais trop le proclamer. Tous ou presque tous les enfants hystériques que j'ai pu examiner avaient soit des tumeurs adénoïdes, soit de la pharyngite chronique, soit du coryza chronique gênant la respiration nasale. On notait chez eux des rhumes fréquents, des bronchites à répétition, de l'asthme, des coryzas répétés, des otites, de la surdité, etc.

Mais si la gêne de la respiration nasale doit être regardée comme une cause d'hystérie, ce n'est pas à dire que ce soit la seule, et cela n'enlève en rien leur valeur aux autres causes qui ont été assignées à cette névrose.

(1) Au Congrès français de médecine de Nancy en 1896, j'ai présenté plusieurs dents usées provenant de jeunes enfants hystériques.

(2) Voir également, E. Chaumier : *La Bronchite chronique chez l'enfant : Son traitement chirurgical* ; *Gazette médicale du Centre*, mars 1897. — Bartoli ; *Les végétations adénoïdes du pharynx nasal*. Th. Paris, 1893.

La gêne de la respiration nasale trouble profondément la nutrition ; certains enfants ne se développent bien qu'après avoir été opérés ; pourquoi le système nerveux ne souffrirait-il pas aussi du trouble nutritif. Pourquoi ne subirait-il pas l'effet de l'empoisonnement par l'acide carbonique, empoisonnement auquel on attribue généralement les terreurs nocturnes.

L'empoisonnement direct par l'acide carbonique ne produit-il pas l'hystérie, de même que l'empoisonnement par le plomb ; de même que l'empoisonnement par les maladies infectieuses.

Pourquoi, d'un autre côté, refuserait-on aux maladies chroniques du nasopharynx de produire des effets analogues à ceux qui, de l'avis de tous, sont produits par les maladies chroniques de l'estomac ou de l'utérus ?

Aussi devra-t-on toujours, chez les hystériques, au moins chez les enfants, rechercher les troubles respiratoires d'origine nasopharyngienne.

Obs. 44. — Léontine J. Luxation congénitale double de la hanche. Grosses amygdales, tumeurs adénoïdes. Convulsions à 6 mois. Onze en 8 heures.

Ça l'a pris tout d'un coup, lorsqu'on la changeait. Elle se raidissait les membres. Elle était comme morte. Chaque convulsion durait environ 10 minutes.

Après les huit heures, elle était comme si elle n'avait jamais été malade.

Quelques mois après, une fois, à 10 heures du soir elle suffoquait, on lui a fait prendre de l'éther ; ce n'est jamais revenu.

On touche facilement les yeux et la gorge.

Souvent mal à l'estomac, quelque chose lui roule de l'estomac à la gorge et l'étouffe. Toujours froid aux pieds et aux mains. Toujours mal de tête.

Elle a les mains engourdis, puis cela descend dans les pieds.

Elle s'est souvent piquée à gauche sans le sentir ; je pince les mains ; il y a une grande différence. Se plaint du ventre à droite le long du nombril ; se plaint du dos à droite et de la tête à droite.

Obs. 45. — Octave E., 15 mois. L'été précédent il se trouvait mal (au vent, à l'air) comme une grande personne. Il est très nerveux.

Il y a 2 ou 3 mois, à minuit, deux ou trois nuits de suite se tortillait et criait ; on le prenait, il se trouvait mal, était mou, puis sueur et il revenait ; ne faisait pas de mouvements convulsifs : deux ou trois minutes de durée.

Le père a eu des convulsions étant petit. Il est nerveux.

Obs. 46. — Georges C., 5 ans 1/2. Pâle et maigre, ouvre la bouche jour et nuit, rhumes, poitrine bombée.

Par moment on croirait qu'il ne voit pas clair.

Convulsions. — La première à 15 mois, pendant qu'il tétait, il est tombé. Il était souple, et ne remuait pas ; durée une demi-heure.

Puis il est revenu peu à peu avec une grande aspiration, un soupir.

Après cette convulsion, il paraissait comme idiot ; ses yeux semblaient un peu tournés, il regardait fixement.

La deuxième convulsion toute semblable un mois après.

La troisième au bout d'un mois, au milieu d'une colère, en criant, et pareille aux autres.

Pas d'autres convulsions.

Enfant nerveux. Quand ses nerfs le prennent, il bat sa sœur et les autres personnes ; il se roule ; ensuite il demande pardon.

On touche facilement les yeux et le pharynx.

Une sœur, 13 ans. Beaucoup de bronchites. Palais peu ogival. Granulations. Bouche ouverte, mal de tête depuis 3 ans, nuit et jour, au sommet de la tête ; elle souffre davantage certains jours.

Quand elle se baisse, ça lui bourdonne et elle sent comme une lance qui lui piquerait la tête. Elle a souvent des coliques.

Obs. 47. — Raoul C., 8 ans 1/2. Plusieurs bronchites, souvent de maux de gorge. Douleurs de tête, bouche ouverte, palais ogival.

Sa sœur, Adrienne, 7 ans. A eu la coqueluche (l'âge n'est pas indiqué) ; devenait noire, se raidissait, a été une fois de midi à 4 heures 1/2 sans revenir, était molle, d'abord se tortillait les membres au moins pendant une heure.

De 6 à 7 heures, second accès moins fort.

D'autres fois, elle se pâmail, mais peu longtemps.

On touche facilement les yeux et le pharynx.

Obs. 48. — Adrien T., 14 ans. Diarrhée presque depuis sa naissance, reste 8, 15 jours, un mois, sans l'avoir, puis l'a pendant quinze jours. Quelques rhumes, quelques maux de gorge, amygdales énormes, palais ogival.

Étant petit, il se trouvait mal, perdait connaissance ; la première fois vers un an.

Étant plus grand il disait : « Je suis fatigué, je vais me trouver mal. » Il pâlit. Cela le prend encore quelquefois.

Un peu nerveux, vil, rit facilement, cause la nuit ; il se réveille en peur ; est peureux, le jour, et tremble lorsqu'il a peur le jour ou la nuit.

Ventre douloureux, surtout au milieu et dans la région stomacale.

Obs. 49. — Armand R., 4 ans 1/2. Convulsions à deux ans. Il a perdu connaissance étant sur sa mère, il ne remuait pas, avait la figure naturelle, serrait les dents ; yeux hagards — durée quelques secondes.

La deuxième fois, six mois après. En le débarbouillant, debout sur une chaise, il est tombé par terre.

Comme l'autre fois, petite plainte ; un peu d'écume à la bouche durée environ une minute.

La troisième fois, six mois après, il est tombé étant assis, même chose que la seconde fois, n'avait pas fait sous lui, pas de sang dans l'écume.

La quatrième fois, six mois après. En perdant connaissance il a jeté un cri et s'est un peu débattu avant de perdre connaissance. Se plaint durant sa convulsion ; environ une minute.

La cinquième fois, idem, après 3 mois ; a jeté un cri.

La sixième, deux mois après.

La septième, un mois après (il y a 4 mois). Après chaque crise il est très abattu, il dort 2 ou 3 heures d'un sommeil agité. Ses bras se raidissent en dormant.

La dernière fois à 5 heures du matin, la fois précédente en se couchant.

Les autres à 6 heures du soir, à midi, à 3 heures, à 4 et à 6 heures du soir.

La dernière fois il a causé haut la nuit ; quand on le contraire il se raidit.

Il a marché à 14 mois ; a été propre de bonne heure.

On touche les yeux et le pharynx facilement.

Peut-être sensibilité cutanée diminuée.

Obs. 50. — Marcelle B., 5 mois. Convulsions à deux mois. Devenue noire pendant trois heures, était raide, pas de mouvements.

Grandes colères.

Otite; tumeurs adénoïdes.

Obs. 51. — Augustin C., 7 ans 1/2. Convulsions à 10 mois, pendant trois semaines, surtout le matin; deux ou trois fois par jour, était raide, on ne pouvait le plier; il devenait pâle on le croyait mort, il n'avait pas de mouvements.

Yeux et pharynx insensibles. Enfant très nerveux, ne reste jamais tranquille. Il rêve et se plaint la nuit, s'est toujours plaint ainsi. Il se met beaucoup en colère, pleure facilement; quelquefois est difficile à faire pleurer; rit beaucoup par moment; se jette par terre quand il est en colère, mais se relève vite. A toujours été enchiffrené, bouche ouverte, ronfle, palais ogival.

Obs. 52. — Michel B., 26 mois. A eu des attaques l'an dernier. Trois attaques, une à 4 heures du soir, une à 10 heures, une à deux heures du matin.

En mangeant sa soupe il a tourné les yeux et a crié, il serrait la bouche, était presque complètement raide; pas de secousses; durée 1/4 d'heure; puis 1/4 d'heure moins malade. Il fermait les mains — perte de connaissance — a crié à la fin.

Les autres fois, dix minutes; moins fort.

Quand il dort il saute et écarte les bras comme s'il avait peur, quelquefois il se réveille en peur. Parfois on ne peut pas le consoler.

A eu quelques rhumes, est en retard pour parler; palais très ogival avec saillie de la cloison, granulations pharyngées; tumeurs adénoïdes; dort la bouche ouverte.

Obs. 53. — Héloïse C., 14 ans 1/2. Vingt-huit convulsions jusqu'à 4 ans 1/2, qui la prenaient par de la fièvre, puis elle s'évanouissait, était une heure raide, comme morte, sans mouvements. Pour s'évanouir ouvrait de grands yeux qu'elle renversait; on ne voyait que le blanc, faisait ha! ha! remuait un peu et c'était fini.

Commencement des convulsions à 14 mois. En a eu jusqu'à 3 dans la même journée; est restée un mois sans en avoir.

Cela la prenait à propos de rien. Elle se plaignait un jour avant, avait la fièvre. Lorsqu'elle était revenue, elle était faible.

Est nerveuse, pleure facilement, ne rit guère, a été longtemps à avoir peur, voyait des araignées.

Père vif, s'emportant facilement; pas d'attaques de nerfs dans la famille.

Obs. 54. — Henri J., 4 ans. Première convulsion à 6 mois, poussait des cris, devenait raide, comme mort, pas de mouvements. Bouche serrée, yeux renversés; durée de 10 minutes à un 1/4 d'heure.

Quand il était revenu, il n'y paraissait pas. Il a eu beaucoup de convulsions jusqu'à trois ans.

Nerveux, se met en colère, tape des pieds, veut tout briser.

4 enfants sur 7 en ont eu. Une sœur de la mère a eu des convulsions à 7 mois; idiote.

L'aîné est colère, se roulait par terre jusqu'à 18 ou 19 mois; n'a pas eu de convulsions.

On touche globe oculaire et pharynx sans reflexes.

Palais ogival; fait répéter.

Obs. 55. — Gabrielle, 5 ans. Convulsions à 22 mois.

A 11 heures du soir n'était pas malade. Était rouge, est tombée par terre sans crier, était raide, les yeux ouverts, renversés en haut. Pas de mouvements; à la fin écume à la bouche; quand elle est revenue, a crié, pleuré et s'est endormie.

Huit jours après, autre convulsion à 8 heures du soir; n'ouvrait pas les yeux, on lui avait mis du vinaigre pour la faire revenir, est restée trois jours sans ouvrir les yeux. La mère n'est pas bien sûre s'ils étaient rouges. Elle a été raide pendant 10 minutes environ. Elle était au lit quand elle a été prise; elle a sauté (un seul mouvement).

La troisième fois une heure après midi, un an après, a été prise comme la première fois, jetée à terre; durée un 1/4 d'heure; un peu d'écume; a vomi ensuite de l'humour.

N'a pas eu d'autres convulsions, mais a des faiblesses, des malaises, des battements de cœur. Elle s'endort dans la journée.

Il y a six semaines est tombée dans la chambre, est revenue aussitôt, n'a pas fait de mouvements.

Très nerveuse; ses mains tremblent si elle veut faire quelque chose, si elle veut coudre par exemple. A la moindre impression elle tremble, ça lui secoue la tête, pleure facilement; on touche les yeux facilement.

Un frère âgé de 3 ans a eu 20 convulsions en 11 jours, pendant la coqueluche à 14 mois. La première convulsion a eu lieu à 10 mois.

Obs. 56. — Julien M., 6 mois. Convulsions pendant la coqueluche, il y a 3 semaines; 3 ou 4 par jour; une fois cinq. Il raidit ses bras, le corps n'est pas raide; les yeux renversés en haut; on ne voit que le blanc; 4 à 5 minutes de durée. On lui a fait respirer de l'eau sédative; a éternué, et cela s'est passé. Quand c'est fini, il regarde avec des yeux hagards. Très nerveux. Il tourne toujours la tête, même en dormant, dit la grand-mère, remue sans cesse, même en dormant.

Si on ne le prend pas quand il se réveille, grande colère; on dirait un enfant de deux ans.

Palais très ogival, poitrine un peu bombée, bouche ouverte.

Obs. 57. — Irma L., 31 mois (vue le 30 juillet 1890). En octobre jusqu'à janvier a eu des attaques de méningite avec des convulsions.

Elle a souvent des crises nerveuses, ne connaît personne, bat tout le monde, se raidit, se tortille sur son lit, se donne des coups de poings.

Lors de ses attaques de méningite, elle avait des convulsions, ne connaissait personne, criait parfois deux heures; se raidissait tout le corps, dents serrées (5 à 10 minutes). Elle en était prise surtout la nuit. Elle faisait avec ses mains le geste de repousser quelque chose. Sautait dans son lit, allait de la tête aux pieds. Grande ressemblance avec les crises actuelles.

Souvent de petits rhumes; très grosses amygdales; palais ogival.

Obs. 58. — Suzanne G., 3 ans 1/2. Sept ou huit convulsions à 7 mois *par les germes des dents*. Elle tournait les yeux, se raidissait les bras et les jambes, pas de grands mouvements.

Nerveuse, s'impatiente, se met en grosses colères. Des cousins âgés de 5 et 6 ans se pâment et s'évanouissent complètement.

(A suivre.)

**DES SPASMES RYTHMIQUES RESPIRATOIRES :
UNE OBSERVATION D'ABOIEMENT ET DE
HOQUET HYSTÉRIQUES (1).**

Par le D^r HOUSSAY (de Pont-Levoy).

M. Pitres, jugeant insuffisante la dénomination qu'avait donnée Briquet des manifestations produites par l'hystérie sur les appareils phonateur et respiratoire, la modifia en ajoutant celle de rythmique et établit dans ses Leçons cliniques de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, une classification jusque-là inédite de ces phénomènes. D'après lui : « Le « spasme rythmique respiratoire est une convulsion « brusque, consciente, provoquée par des secousses « musculaires, qui, se répétant à des intervalles sen- « siblement égaux, donnent lieu à des mouvements « involontaires se reproduisant eux-mêmes, pendant « un temps fort long, et avec une cadence uniforme. »

Charcot attribuant aux spasmes des muscles respiratoires, une large part dans le mécanisme de ces bruits, d'ordre neuropathologique qui déterminaient la toux, le hoquet, l'éternuement hystérique et certains autres bruits plus ou moins semblables à des cris d'animaux, leur avait donné, en 1886, le nom de bruits laryngés.

Ces bruits furent ramenés sous deux chefs, les uns inspiratoires comme le hoquet (singultus), les autres expiratoires comme la toux (tussis).

M. Pitres, dans sa classification des manifestations viscérales de l'hystérie, dont nous reproduisons la partie qui nous intéresse spécialement, suivant un autre ordre, fait trois groupes de ces spasmes rythmiques, dans lesquels les secousses convulsives affectent exclusivement les muscles phonateurs et respiratoires :

1^o Spasmes respiratoires simples. Ces spasmes, les plus fréquents de tous, sont produits par des secousses qui arrivent exclusivement pendant l'inspiration et l'expiration. [Inspiratoires comme le hoquet, (singultus) ou expiratoires comme la toux (tussis) Charcot.] :

2^o Les spasmes respiratoires mixtes sont ceux dans lesquels les modifications dues à l'intervention des convulsions intéressent également les muscles inspiratoires et expiratoires. De ces phénomènes, les uns sont rares comme le baillement ou communs comme le rire et l'éternuement ;

3^o Spasmes respiratoires compliqués. Dans cette dernière catégorie les secousses convulsives atteignent à la fois les muscles de la respiration et de la phonation et produisent :

A. Tantôt des bruits articulés.

C'est ainsi que s'explique l'émission réitérée de mots bizarres mono ou polysyllabiques, incohérents, parfois grossiers et étrangers par ce fait même qu'ils émanent de gens que leur éducation met à l'abri de tout soupçon.

B. Tantôt des bruits inarticulés.

Ces bruits anormaux, ressemblant parfois à s'y méprendre à des cris d'animaux, sont peu fréquents.

Leur histoire extrêmement curieuse est consignée par les peuples superstitieux de tous les âges, qui attribuaient à une intervention occulte et malfaisante tous ces cas d'hystéro-démonopathie si nombreux dans les chroniques religieuses du moyen âge.

M. Gilles de la Tourette, dans son Traité clinique de l'hystérie, relate quelques-unes de ces épidémies pseudo-démoniaques, qui contribuaient par leur persistance à entretenir les idées erronées qu'on avait de ces phénomènes aussi arbitrairement jugés par le monde extra-scientifique qu'incompris par les savants du temps.

Parmi les principales, on peut citer : celles des moines de Cambrai, des orphelins d'Amsterdam qui imitaient le miaulement du chat, celles des possédés d'Amon, qui hurlaient à la lune (Pierre de Lancre). Les femmes de Kintorp et celles de Josselin en Bretagne poussaient de véritables aboiements, d'autres roucoulaient comme des tourterelles ou bêlaient, comme les nonnes de Sainte Brigitte.

L'observation qui suit peut être considérée à la fois comme un exemple complexe de spasme simple et de spasme compliqué. Son intérêt clinique ressort de ce fait que le spasme débuta, chez la malade, par du hoquet, phénomène inspiratoire et que ce hoquet fit place brusquement à une crise intense d'aboiement, type très net d'expiration saccadée, qui persista quelques mois pour revenir au mécanisme primitif, le hoquet :

— Edith C., 18 ans, couturière, présentant des antécédents héréditaires de néoplasme et de bacillose, a eu une enfance malade jusqu'à l'âge de 10 ans (impetigo, fièvres éruptives, bronchites répétées).

Réglée normalement en 1893, à 13 ans 1/2, elle resta jusqu'en 1895 assez bien portante, quoique cependant les débuts de son apprentissage fussent interrompus, par de l'anémie symptomatique et quelques hémoptysies légères auxquelles les parents n'attachèrent que peu d'importance. Obligée, pendant l'hiver rigoureux de 1895, de soigner sa famille atteinte d'influenza, malade elle-même et surmenée, elle revenait le 25 février d'une course peu éloignée, quand, en rentrant chez elle, elle fut subitement prise d'un essoufflement insolite que le sommeil seul parvint à calmer.

Rien les jours suivants ; elle dut s'arrêter deux semaines après cette crise et fut mise au traitement bromuré par mon confrère et ami le D^r Legros, de Montrichard, qui l'avait antérieurement soignée.

Dans les premiers jours d'avril 1895, l'essoufflement, qui tout en ayant notablement diminué n'en persistait pas moins, se changea progressivement en gémissements plaintifs, continus, isochrones, inspiratoires, qui, augmentant d'intensité en quelques jours, prirent la forme d'un aboiement à modulations décroissantes à mesure qu'on approchait

(1) Ce travail que nous communiquons à notre excellent confrère, le D^r Houssay, a déjà paru dans le Journal de Championnière. Nous le reproduisons sur la demande de son auteur et aussi en raison du vif intérêt qu'il présente.

de la fin de l'expiration. Cette succession de cris saccadés dura pendant 5 mois consécutifs, de 5 h. du matin à 11 h. du soir, et arriva à un tel paroxysme qu'on les entendait facilement à une distance de 6 à 800 mètres. Sous l'influence du chloral, de l'anal-gésine, de la valériane et du chorhydrate de morphine, l'aboiement diminua peu à peu, mais sans disparaître. La polypnée, depuis longtemps stationnaire, s'exagéra un soir d'une façon anormale, puis le cri s'amoin-drit peu à peu dans la soirée et cessa tout à fait en 1 heure de temps.

L'essoufflement continua jusqu'au mois d'octobre, augmentant à chaque effort musculaire, se changeant en aboiement à la moindre fatigue. Il disparut en une semaine après une application quotidienne de drap mouillé. L'état général, depuis longtemps mauvais par suite du manque total de sommeil et d'appétit, s'améliora sensiblement; la malade vécut de la vie ordinaire jusqu'au 25 février 1896, où subitement, et sans y avoir été prédisposée par des fatigues antérieures, elle fut reprise, un an après la première crise, de courbature et d'essoufflement qui reparurent le lendemain pour cesser une heure après. A la suite d'un peu de bronchite au mois d'avril, de toux opiniâtre et d'une hémoptysie assez abondante survenue à l'occasion d'un violent éclat de rire, nouvel essoufflement (arséniate de soude, biphosphate de chaux, vésicatoire au sommet D). Cette nouvelle crise passa en juillet sous l'influence d'une dose massive d'antipyrine, et ne se reproduisit qu'en septembre où on recommença le traitement bromuré associé à l'hydrothérapie, sans aucun résultat. Deux séances de suggestion hypnotique ne réussirent pas davantage.

Plus près de la malade que mon confrère, et d'accord avec lui je continuai le traitement. A l'examen, un peu de submatité au sommet droit, peu de chose à l'auscultation, 50 respirations à la minute, augmentant en raison directe de la vitesse de la marche. Fonctions digestives meilleures, rien de particulier au point de vue de l'examen au système nerveux. Réflexes normaux, ni anesthésie ni hyperesthésie. Aucun stigmate. Enfin, état moral excellent.

Pendant le mois de janvier, quelques séances de suggestion mentale, sans résultat appréciable au commencement, firent tomber bientôt la respiration de 59-60 à 20-25. L'amélioration persistait deux jours, peut-être grâce à la compression digitale des phréniques. Le drap mouillé, qui augmentait l'essoufflement, fut remplacé par une faible élongation du tronc à l'aide de la suspension par les mains au plafond, procédé aussi inédit qu'impraticable et qui n'eut de valeur que par son côté psychique.

Le 14 février 1897, Edith C., à la suite d'un exercice modéré, rentra chez elle, ne poussant plus, comme dans les crises précédentes, un cri saccadé dont les tonalités décroissantes étaient rythmées par les contractions du diaphragme, mais en faisant de violentes inspirations qui se traduisaient par un bruit unique, plus aigu, un hoquet intense, conséquence de cette inspiration brusque et rapide. N'es-

pérant rien tirer de la psychothérapie, j'administrai le lendemain du chloroforme à la reine, en recommandant à la famille de recommencer si le besoin s'en faisait sentir.

De 45, les respirations descendirent à 24 en 6 minutes. Pendant cette crise de hoquet, la partie antéro-supérieure de la poitrine était violemment projetée en avant, les épaules en haut; la bouche restait toujours ouverte et le tirage épigastrique et sus-sternal était aussi net que dans les cas de croup. La respiration nasale était absolument impossible, la face congestionnée, les yeux larmoyants. Le cœur presque normal donnait à peine 90 pulsations à la minute.

Remarquons, en passant, cette coïncidence de crises revenant avec une égale intensité presque aux mêmes dates et ne différant que par le mécanisme.

Le chloroforme fit cesser, les jours suivants, deux ou trois reprises de hoquet. Le 30, une administration intempestive causa une petite syncope, suivie bientôt d'une crise d'une telle violence qu'on entendait ces hoquets d'aussi loin qu'on avait entendu ses aboiements de l'année précédente.

Appelé dans la soirée et craignant de provoquer de nouveaux vomissements, je ne parvins à arrêter le cri [180 R.] que par une séance prolongée de suggestion mentale (?) accompagnée d'une constriction énergique et manuelle de la base du thorax. La respiration tomba à 25.

Le tableau suivant nous donne, du 25 au 30, période pendant laquelle je fis chloroformer la malade, le nombre de respirations par minutes. Les différences sont soulignées.

Heures	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8
25	130	132	140	24	32	60	118	122	124	70	90	130	145	135
26	30	40	44	46	24	39	50	54	70	120	70	140	140	140
27	60	74	145	55	60	60	140	64	46	170	43	60	71	120
28	50	60	150	30	76	150	65	90	170	26	40	115	110	140
29	45	60	160	30	45	120	175	25	45	60	180	35	50	60
30	50	60	190	24	52	65	135	26	60	140	30	35	42	40
Dates														

On voit que l'heure d'élection de la crise est principalement le matin de 8 1/2 à 10 1/2.

Du 30 février au 19 mars, le cri ne reparut pas; l'essoufflement oscillant entre 30 et 50 respirations, je revins au procédé qui m'avait réussi, de compression thoracique à l'aide d'un corset spécial qu'elle ne quittait que le soir et je l'occupai intellectuellement, satisfait des résultats de cette thérapeutique psychique qui fut efficace jusqu'au 19 mars.

A cette date revint le hoquet, qui de 130 monta à 180, passa le 26, après une heure de lit, et revint encore le 29, après avoir été peu modifié par le chloroforme et par le chloral.

Le 1^{er} avril, la faradisation du diaphragme l'arrêta en 14 minutes; quotidienne, elle en empêchait

même la production, quand elle était faite quelques heures avant la crise.

L'électricité céda la place à l'eau chloroformée saturée à dose de 50 à 120 gr. par jour et à laquelle l'intolérance gastrique fit renoncer.

Une longue pulvérisation d'éther sur la région du cou donna une demi-journée d'accalmie ; le 8 mai, la cautérisation ignée, sur le creux épigastrique, fut plus rapide et plus avantageuse, car non seulement le hoquet fut arrêté en 8 minutes, mais les respirations tombèrent de 170 à 180 à 30-50 et s'y maintinrent 3 jours.

De nouvelles applications furent régulièrement suivies tous les 3 jours jusqu'au 29 mai, tantôt au creux épigastrique, tantôt à la région cervicale. Ces résultats furent même d'une surprenante rapidité ; à deux reprises différentes, le hoquet cessa en 90 secondes et la fréquence du rythme respiratoire oscilla dans ce court laps de temps de 90 à 26 (moyenne de 7 séances). Un examen urinaire consécutif à une de ces crises donna les résultats suivants :

Urine jaune pâle, ne renfermant ni albumine, ni mucine, ni glucose, ni matières colorantes biliaires. D. 1013. R. acide. Le dosage de l'urée par le procédé d'Esbach décèle 11 gr. d'urée par litre et celui des phosphates par l'azote d'urane donne 1.10 d'ac. phosphorique pour la totalité des urines, émises dans les 24 heures.

On peut, à juste titre, s'appuyant sur les renseignements fournis par cette analyse, considérer les crises comme identiques au point de vue urologique à l'attaque convulsive classique des hystériques.

Fixé par un fait d'expérience qui m'avait réussi dans une des crises paroxystiques des plus violentes qu'ait eues ma malade et ne pouvant compter sur une compression passagère et infidèle de la base du thorax, le 27, après une dernière cautérisation ignée, je posai un corset de Sayre, qui me permit d'immobiliser plus sûrement la région diaphragmatique.

Ce moyen était le seul qui me restait, à moins de recommencer la série des procédés antérieurs.

Le 6 juin, le hoquet n'a pas encore reparu ; ce repos de 11 jours est le plus long que nous ayons obtenu depuis le 1^{er} avril. Je ne fais que le constater simplement, sans tirer aucune conclusion thérapeutique, me bornant exclusivement à signaler un fait pathologique qu'on peut rencontrer dans la pratique et sur la guérison duquel on ne saurait trop réserver son pronostic.

Une note ultérieure fera connaître la suite de cette observation.

6 juin 1897.

Le hoquet reparut 13 jours après l'application du corset de Sayre, disparut à la suite d'une application ignée à la région du cou et reprit le lendemain avec l'intensité des crises antérieures.

Après des essais infructueux de suggestion et de traction de la langue, je fus obligé de recourir le lendemain à une nouvelle cautérisation ignée à l'épigastre et supprimai le corset le 15 juin.

Depuis cette date, j'injecte dans la région axillaire et tous les deux jours de 150 à 200 gr. de sérum salin à 5/000 de NaCl et de phosphate de soude en parties égales. Il n'est survenu aucune modification laryngée depuis l'origine de ce traitement, l'état pulmonaire est amélioré, l'état général est sensiblement meilleur ; la malade s'alimente mieux, dort bien, prend un peu plus d'exercice et supporte bien les applications d'eau froide que j'avais été à plusieurs reprises obligé d'interrompre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE ET ANALYSES

PRÉFACE DU TRAITÉ DES VARIATIONS DU SYSTÈME MUSCULAIRE CHEZ L'HOMME, de M. le Dr Le Double, par M. le Dr Marey, Membre de l'Institut.

Nous sommes heureux de pouvoir reproduire ici cette intéressante introduction qui est un témoignage si flatteur de haute estime pour notre concitoyen, et en même temps nous nous félicitons que la plume autorisée de M. Marey prépare ainsi nos lecteurs à la lecture des considérations générales que dicte à M. Le Double le résultat de ses immenses travaux poursuivis depuis près de vingt ans.

Écrire un traité didactique des variations du système musculaire de l'homme et de leur signification au point de vue de l'anthropologie zoologique était une entreprise longue et difficile ; M. Le Double s'en est acquitté à son honneur et nous a donné un précieux ouvrage. On y trouve rassemblés, à côté des faits, que lui a fournis sa longue pratique des dissections, ceux qui étaient épars dans les recueils anatomiques français et étrangers.

Dans ce vaste compendium, tout est classé avec méthode, et le nombre des documents qui s'y trouvent est assez grand pour que l'auteur ait pu soumettre à la statistique le degré de fréquence des diverses variations musculaires, suivant la race et le sexe des individus étudiés.

M. Le Double a compris également l'intérêt qui s'attache à la comparaison des formes normales ou aberrantes des muscles de l'homme avec celles que présentent les muscles homologues chez les diverses espèces animales. Rien n'est plus suggestif qu'une telle comparaison pour celui qui cherche à saisir les lois encore obscures de la morphogénie.

En voyant combien un même muscle varie, d'une espèce à une autre, par sa forme et par ses attaches, on ne peut s'empêcher d'émettre quelque prévision sur les particularités de sa fonction dans chacune de ces espèces ; or, ces prévisions, on peut aujourd'hui les contrôler grâce aux puissantes méthodes dont la physiologie dispose pour analyser les mouvements propres aux diverses espèces animales. Le moment paraît venu où l'anatomie et la physiologie des muscles pourront se développer d'un pas égal en s'appuyant l'une sur l'autre.

Malheureusement nos connaissances sur l'anatomie comparée des muscles et sur leurs homologues sont encore fort incomplètes ; cela tient, en grande partie, à la difficulté de rassembler et de classer dans les galeries zoologiques les pièces anatomiques du sys-

tème musculaire. On possède de riches collections de squelettes; la taxidermie reproduit artistiquement les formes extérieures et les attitudes des animaux; les centres nerveux et les viscères eux-mêmes sont conservés dans des liquides spéciaux; il en est de même pour les belles dissections du système nerveux. Mais les muscles, difficiles à préparer et à conserver, ne sont représentés que par de rares moulages.

Et pourtant, tout le monde reconnaît l'importance de la myologie comparée; les plus éminents anthropotomistes et anatomistes vétérinaires, réunis en congrès à Bâle et à Berne, ont cherché à porter la lumière dans cette région peu connue de l'anatomie humaine et de l'anatomie comparée; ils ont tenté de créer une nomenclature qui rendit moins incertaine la détermination des homologies musculaires. Mais jusqu'ici aucune résolution n'a prévalu, de sorte que nous gardons encore la nomenclature que la force des choses nous a imposée, celle qui a été faite pour les besoins de l'anatomie humaine. Or, cette nomenclature est des plus défectueuses. Elle manque d'unité en désignant les muscles tantôt d'après leurs attaches, tantôt d'après leur forme, tantôt d'après leur fonction; dans ce dernier cas, le nom donné au muscle consacre souvent une erreur physiologique, ainsi que l'a montré Duchenne de Boulogne.

La nomenclature qui désigne les muscles par leurs attaches, celle qu'a proposée Chaussier et qu'ont employée partiellement Cuvier et Laurillard, est plus homogène et permet, d'après le nom donné à un muscle, d'avoir déjà quelque idée de sa fonction. Mais, en myologie comparée, cette nomenclature est défectueuse, car, chez les espèces différentes, les attaches d'un même muscle changent souvent.

Comment sortir de ces difficultés qui semblent inextricables? Est-ce par l'embryologie qui, dans le développement des myotomes, nous révélera des phases plus simples de l'organisation de l'appareil musculaire et déterminera les grandes masses que la différenciation ultérieure subdivisera en muscles spéciaux? Est-ce l'homologie qui servira de base à cette classification en montrant comment un muscle, simple chez une espèce animale, peut prendre, chez une autre, des attaches nouvelles et se diviser en deux muscles différents, comme le plantaire grêle et le fléchisseur perforé des orteils? Ou bien la physiologie nous donnera-t-elle la clé des variations dans la forme et les attaches des muscles en révélant les lois de la morphogénie?

Ces trois sources de connaissances serviraient à constituer peu à peu la myologie comparée, mais aucune d'elles ne semble, en ce moment du moins, capable de fournir la base d'une nomenclature méthodique. La possibilité d'établir une telle nomenclature est même très douteuse, puisque les efforts de Cuvier et ceux des plus grands zootomistes n'ont pas réussi à la constituer.

En attendant, le travail le plus utile consiste à

rassembler et à classer des documents. On pourrait s'étonner que le livre si riche de M. Le Double n'illustre pas au moyen d'images la description des diverses variations des muscles qu'il signale. Mais on sait l'impuissance des figures à donner une idée précise de la forme des muscles; on s'en aperçoit en étudiant le grand Atlas de Cuvier et Laurillard sur la myologie comparée. C'est par une série de moulages, et mieux encore par des pièces conservées avec leurs articulations flexibles, qu'on aura les éléments d'une comparaison fructueuse des formes musculaires chez les diverses espèces animales. M. Le Double l'a compris et il a déjà rassemblé un grand nombre de moulages et de pièces anatomiques; un éminent zootomiste, M. Montané, a préparé aussi des pièces de ce genre; notre Muséum d'histoire naturelle en possède également quelques-unes. Il est à souhaiter que ces éléments réunis forment bientôt un petit musée de myologie comparée qui sera d'un haut intérêt et s'enrichira bien vite.

Mais je cède trop à mes préoccupations personnelles en signalant les lacunes regrettables de la myologie comparée. Le livre de M. Le Double a pour titre *Les Variations musculaires chez l'homme*; il répond entièrement au but qu'il se propose et tous ceux qui ont besoin d'une connaissance approfondie de la myologie humaine y trouveront de précieux renseignements. Le chirurgien par exemple sera prévenu, dans l'opération du strabisme, que les muscles de l'œil peuvent augmenter de nombre, se doubler ou avoir des tendons surnuméraires; que dans la ligature des artères il peut trouver au-devant de ces vaisseaux un plan musculaire anormal; que la plupart des muscles qui servent de repères pour les ligatures artérielles peuvent être déplacés ou faire défaut.

La connaissance des variations musculaires chez l'homme est le complément nécessaire des études anatomiques, pour celui qui veut se livrer à la pratique chirurgicale. Le livre de M. Le Double répond à cette nécessité, mais en même temps il rassemble des précieux documents pour ceux que préoccupent les questions d'anatomie comparée, de transformisme et de philosophie anatomique.

Une chose pourtant m'a surpris en lisant ces deux volumes: c'est que M. Le Double ait prié un physiologiste d'en écrire la préface. Je n'ai trouvé l'explication de ce choix trop flatteur qu'en lisant les considérations générales où sont acceptées sans réserves certaines idées que j'ai émises sur le rôle de la fonction comme modificatrice de la forme des muscles, et sur les changements que l'action musculaire produit dans la forme des os. Rien ne pouvait être plus encourageant pour moi que cette approbation venant d'un anatomiste dont le nom et les travaux sont tenus en grande estime en France et à l'étranger.

LES PETITS LAVEMENTS MÉDICAMENTEUX DANS LA MÉDECINE DES ENFANTS, par le Dr Monteuis, de Dun-

kerque. — Maloine, éditeur, place de l'Ecole-de-Médecine. Paris.

Rien n'est plus difficile, souvent, que d'administrer aux enfants des médicaments par la bouche. Le Dr Monteuis a levé la difficulté en prouvant que dans la plupart des cas on peut administrer le médicament en solution concentrée en un petit lavement de 5 ou 6 grammes, avec une petite seringue quelconque, seringue urétrale par exemple.

DU SYNDROME DE LITTLE. — Thèse de Paris, 1897, par le Dr H. Le Meignen, ancien int. prov. des Hôpitaux de Paris.

Il s'agit là d'un très important travail inspiré par le Dr Netter dans lequel l'auteur a voulu établir les deux points suivants :

1° On doit distinguer dans le groupe décrit par Little, un type spécial présentant sans doute une étiologie particulière. Ce type a été trop souvent confondu avec les autres diplégies spasmodiques infantiles ;

2° L'hérédosyphilis joue un rôle important dans la production de phénomènes spasmodiques analogues à ceux décrits par Little.

Les conclusions formulées par l'auteur sont les suivantes :

Dans le groupe des paralysies spasmodiques de l'enfance, il est possible de distinguer une entité clinique dont les caractères essentiels sont, outre sa congénitalité, de se produire exclusivement chez des enfants nés avant terme, de ne présenter aucun trouble intellectuel, d'avoir une tendance marquée vers l'amélioration.

Cette affection ne constitue « qu'une très minime portion du groupe décrit par Little. »

« Anatomiquement, il est permis d'attribuer la production de ce type au trouble causé dans le développement du faisceau pyramidal par une naissance prématurée. »

« On ne peut émettre que des hypothèses sur le rôle possible que jouerait la syphilis dans la production de ce type : infection, dystrophie, accouchement prématuré.

Mais la syphilis héréditaire peut, à coup sûr, provoquer chez le nouveau-né un syndrome de Little absolument complet.

LES DERMATOSES ARSENICALES (Etude clinique), par le Dr J. Méneau (de la Bourboule) in. Annales de Dermatologie et de syphiligraphie.

L'auteur a été amené à cette intéressante étude par l'observation de certains malades atteints de dermatoses arsenicales à la suite du traitement thermal.

Les dermatoses sont plus rares que par l'usage des autres préparations arsenicales, elles existent cependant et l'auteur a pu y observer les divers types connus.

L'auteur traite, du reste, complètement la ques-

tion de l'arsenicisme et ce n'est qu'en s'appuyant sur une étude complète de la question qu'il conclut :

« Comme tout médicament énergique, l'arsenic a ses indications précises.

« Prescrit à propos, il peut donner de merveilleux résultats entre les mains de qui sait le manier.

« Il peut, par contre, aussi faire beaucoup de mal et produire des affections cutanées au lieu de les guérir. »

CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE DE MOSCOU

Rapport sur le traitement du Tabes

par le Dr J. GRASSET, professeur à l'Université de Montpellier.

L'éminent professeur synthétise ainsi les conclusions de son rapport que nous abrégons un peu.

I. Comme il n'y a pas de *traitement spécifique* du tabes, les indications thérapeutiques ne peuvent être déduites que de la connaissance de la *nature nosologique* de cette maladie.

Le syndrome *anatomoclinique* bien défini qui constitue le tabes fait partie d'une maladie plus générale, la *sclérose multiple disséminée*. Comme l'*étiologie* de la sclérose multiple disséminée, l'*étiologie* du tabes est essentiellement complexe. La syphilis est la cause la plus fréquente, mais elle n'est pas le seul élément étiologique même dans les cas où on la rencontre. L'arthritisme, diverses intoxications, la disposition névropathique, le surmenage médullaire et d'autres causes jouent aussi un rôle. Il y a des éléments étiologiques multiples qui collaborent.

Cette notion importante de la complexité étiologique est la seule qui me paraisse expliquer la parasyphilis ; la syphilis n'y est qu'un complice ou un coaccusé.

II. Cela posé, le *tabes est curable*. Il peut être cliniquement guéri alors même que la lésion persiste.

Il peut à défaut de guérison présenter des *rémissions* et des *rétrocessions* partielles assez longues et assez durables, pour être désirées par le malade. Enfin dans des cas moins favorables, on peut encore obtenir des *temps d'arrêt*.

Donc malgré l'anatomie path. et ses conclusions décourageantes sur la sclérose définitive de la moëlle, la thérapeutique n'est pas sans ressources.

III. Les moyens thérapeutiques proposés se classent en trois groupes :

1° Agents modificateurs des *causes* du tabes ;

2° Agents modificateurs des *lésions* du tabes ;

3° Agents modificateurs des *symptômes* du tabes.

IV. *Médications étiologiques*.

1^{er} *traitement antisyphilitique*. Souvent il fait du bien (rémissions, rétrocessions partielles), exceptionnellement il guérit.

On doit l'instituer si la syphilis antérieure est certaine, probable, ou simplement possible, d'où la

règle qu'on doit toujours l'instituer chez un tabéti- que dont on pose le diagnostic pour la première fois.

2° *traitement antiarthritique* comprendra les alcalins, les iodures (dose faible), l'arsenic, régime et hygiène, certaines eaux minérales ;

3° traitement des autres indications étiologiques.

V. *Médication des lésions.*

1° Contre la *sclérose*, iodures, teinture d'iode, sels d'argent, seigle ergoté dans les poussées aiguës et subaiguës en surveillant ;

2° *A la moelle* s'adressent les révulsifs, l'électrothérapie, l'élongation de la moelle, et particulièrement la suspension.

VI. *Traitement symptomatique.*

1° Les douleurs fulgurantes et crises viscéralgiques sont justiciables de l'opium (éviter le plus possible les injections de morphine), l'antipyrine, etc.

Encore une série de moyens externes : révulsifs, chloroforme, eau chaude, électricité, eaux minérales sédatives ;

2° *Amyosthénie et asthénie.* Leur opposer la médication séquardienne et la transfusion nerveuse qui peuvent être remplacées aujourd'hui par les injections de sérum artificiel et de glycérophosphates.

Encore, toniques généraux, massage, hydrothérapie, etc. ;

3° *Ataxie.* Employer la rééducation des muscles suivant la méthode de Frenkel.

(En dehors des poussées, quand la vue, les fonctions intellectuelles et la force musculaire sont suffisamment conservées) ;

4° En dehors de l'*hystéro tabes* même, les phénomènes névrosiques occupent une place importante.

Le principal moyen de les combattre est la suggestion ;

5° Enfin, les troubles vésicoreaux, oculaires, trophiques, les crises bulbaires seront parfois le point de départ d'indications spéciales.

LE TRAITEMENT DU MAL DE POTT PAR LE REDRESSEMENT BRUSQUE

Au Congrès international de Moscou, tenu du 19 au 26 août, M. le Dr *Calot*, de Berck-sur-Mer, a tenu à venir défendre lui-même sa méthode de redressement brusque du mal de Pott. Il s'exprime ainsi dans ses conclusions :

Je suis le premier à dire que, dans cette voie à peine ouverte, où il faut avancer lentement et prudemment, quelques chirurgiens sont allés trop loin dès le début de leur pratique. Ces excès ne peuvent que retarder la vulgarisation d'une méthode appelée à rendre les plus grands services, pourvu qu'on ne veuille pas l'appliquer indistinctement et inconsidérément à tous les cas.

Pour que le traitement nouveau entre dans la pratique courante, il faut, en premier lieu, *assurer sa parfaite innocuité*. Je suis bien d'accord avec les opposants là-dessus. Ma technique primitive avait paru demander trop de force : je l'ai modifiée de

point en point, sans relâche, jusqu'à ce que j'aie été enfin bien assuré d'avoir atteint le but.

Actuellement, la manœuvre de correction dure quelques secondes ; elle se fait sans secousses, avec une douceur extrême. Elle consiste dans une traction du rachis d'une valeur de 20 à 60 kilog., suivant les âges. Cette traction est suivie immédiatement de l'application des pouces d'un assistant de chaque côté de la gibbosité pour réaliser une pression de 15 à 30 kilog. Le redressement est fini : je construis aussitôt l'appareil plâtré ; j'estime qu'ainsi modifiées les manœuvres de redressement représentent un traumatisme absolument insignifiant, ne pouvant jamais amener d'accident, soit dans le présent, soit dans l'avenir, et c'est aussi l'avis, je me permets de l'ajouter, des nombreux chirurgiens qui m'ont vu opérer à Berck.

Tenez-vous-en dans votre pratique, pour le traitement de la tuberculose vertébrale, à la correction obtenue par ces manœuvres si simples et si douces, que j'ai reconnues être suffisantes ; elles vous donneront, en effet, dans les gibbosités récentes le redressement complet, et dans les gibbosités anciennes et plus marquées, la seule correction qu'il vous soit permis de rechercher, au moins dans une première séance. Dans ce dernier cas, vous recommencerez ces manœuvres tous les trois ou quatre mois au moment du renouvellement de l'appareil. Quant aux gibbosités qui résistent entièrement à une traction de cette valeur, soyez très circonspect pour l'instant s'il s'agit d'un mal de Pott : des manœuvres deux ou trois fois plus rigoureuses étant au contraire permises, lorsque vous êtes en présence de déviations rachidiennes non tuberculeuses, par exemple dans la scoliose.

Un redressement, fait avec la douceur que j'ai dite, suivi d'un appareil de contention absolument parfait : voilà, en deux mots, ce qui caractérise ce traitement nouveau du mal de Pott, traitement très simple, qui est à la portée de tous les médecins. Il nous permettra d'améliorer plus ou moins grandement les gibbosités volumineuses encore en évolution ; mais, surtout, ce qui est d'une importance absolument capitale à mes yeux, il nous permettra d'obtenir la guérison complète sans difformité dans tous les cas peu avancés, c'est-à-dire en réalité pour tous les maux de Pott à venir, puisque, en pratique, nous voyons tous ces enfants, lorsque leur gibbosité ne date que de quelques mois au maximum. Voilà le bilan du traitement nouveau. Faites le bilan des traitements anciens et vous comprendrez que j'attends avec confiance votre jugement et le jugement de l'avenir.

M. *Ducroquet* a d'ailleurs examiné, au moyen de la radiographie X, les résultats du redressement sur la colonne vertébrale :

« Les photographies prises sur des opérés, marchant depuis trois ou six mois, ou après une réduction datant de trois mois au moins, montrent l'absence de ces grandes cavités produites parfois sur le cadavre. Le rachis, au niveau des parties malades, s'est tassé. La radiographie montre que les apo-

physes articulaires, si visibles sur les clichés, au lieu d'être distantes de 1 centim. $1/2$, ne le sont plus que de $1/2$ centim. ou même arrivent à être au contact, et, alors, avec la destruction de trois vertèbres, le rachis remis dans la rectitude, peut ne plus en présenter qu'une comme hauteur. Il se produit parfois un peu de tassement latéral; la moitié d'un corps vertébral n'étant pas détruite entièrement. La déviation latérale résultante est légère, corrigée par une courbure de compensation supérieure, elle apporte bien peu de changement dans l'esthétique du dos.

Quelle est exactement la cause de ce tassement? De nombreuses recherches ont démontré que cette réduction en hauteur du rachis était produite par une imbrication des lames vertébrales, dont le corps avait été détruit par la carie. Cette imbrication, allant parfois jusqu'à l'invagination du segment inférieur du rachis dans le segment supérieur, peut, à la limite, amener ainsi la disparition de plusieurs arcs.

Le rachis est maintenu dans la rectitude par la superposition des disques vertébraux, mobiles les uns sur les autres par l'intermédiaire des articulations des apophyses articulaires. Celles-ci tendent à la verticale à mesure qu'on s'approche du sacrum. Si l'on vient à rendre la rectitude à un rachis dévié par gibbosité, il se fait un écart en avant et les apophyses articulaires reprennent leur place et leur direction normale.

La colonne vertébrale n'est soutenue que par les articulations des apophyses articulaires: celles-ci, étant verticales, auront tendance à se luxer les unes sur les autres, à s'imbriquer et à permettre l'invagination du segment inférieur du rachis dans le segment supérieur.

En résumé, notre impression, de par nos nombreuses radiographies, est que l'écart produit en avant est diminué, dans la proportion des $2/3$ et même des $4/5$. Ce tassement peut amener les restes des tissus osseux des vertèbres détruites au contact, et favoriser et leur soudure et leur prolifération. Il en résultera une colonne osseuse extrêmement solide, capable, sans conteste, de soutenir le rachis, et rendant superflue, dans bon nombre de cas, toute production nouvelle.

Ce tassement est produit en partie par le poids de la colonne sus-jacente aux vertèbres malades, en partie par les tractions des muscles des gouttières, de l'abdomen, etc. Et, comme conclusion, chose qui peut paraître paradoxale, nous ne serions pas éloigné de proposer la marche des malades pendant quelque temps, dans leur corset strictement appliqué. Et, de fait, la chose se voit très nettement sur Adolphe (le sixième malade présenté à l'Académie, dont M. Monod attend la guérison, pour se rendre à la valeur de la méthode dans les gibbosités anciennes et volumineuses), que l'on fit marcher pendant 15 jours, deux mois après son opération. Il ne faudrait point penser que ce tassement soit chose rare; je l'ai vu à peu près constamment sur les 20 photographies prises de pottiques redressés. »

NOUVELLES

Ecole de Médecine de Tours. — M. le Dr Paul Poirier, assisté des Drs Guibbaud et Meunier, a fait passer le 11 août dernier aux élèves de l'Ecole, les examens d'anatomie et de physiologie :

Examen d'Anatomie. — M. Rollet est reçu avec la mention *très bien*.

Un second candidat est ajourné.

Examen de Physiologie. — Six candidats présentés, six reçus.

Ancien régime. — Franchet, *bien satisfait*.

Barnsby, Baillet, Lemesle, *satisfait*.

Nouveau régime. — Dejault, Lehoux, *passable*.

Examen d'officiel. — Les 2 candidats présentés, Mmes Morel et Frain, subissent les épreuves avec succès.

Sur 20 sages-femmes présentées, 19 sont reçues. MM. Herpin et Thierry assistent le Dr Poirier dans cet examen.

Des examens définitifs de pharmacie ont eu lieu également sous la présidence du Dr Planchon. Les résultats obtenus ont été très brillants.

Enfin sur 12 candidats présentés à l'examen préparatoire pour les études en médecine, 10 ont été reçus.

Enquête sur le vésicatoire. — Le journal *la Médecine infantile* nous prie d'adresser à nos lecteurs le questionnaire suivant. Les réponses qui nous seront transmises seront communiquées au Dr E. Périer et contribueront à permettre de juger le *Procès du Vésicatoire*.

1^o Etes-vous *pour* ou *contre* le vésicatoire ?

2^o Avez-vous déjà rencontré dans votre pratique des accidents, et en quoi ont-ils consisté ?

3^o A quelles causes les avez-vous attribués ?

A. Au vésicatoire lui-même ?

B. Aux conditions de son application ?

(Manque de soins d'asepsie, trop longue application, etc.)

C. Au malade lui-même.

VIN GIRARD de la Croix de Genève, iodotannique phosphaté.

Succédané de l'huile de foie de morue

Maladies de poitrine, misère physiologique, lymphatisme, rachitisme, scrofule, faiblesse générale, convalescences, etc.

BIOPHORINE. — Saccharolé à base de kola, glycérophosphate de chaux, coca, quinquina, et cacao vanillé. Dosage rigoureux, le plus complet des agents *antineurasthéniques* et antidépresseurs, le tonique éprouvé du sang, des muscles et des nerfs.

FLOREINE — Crème de beauté hygiénique ne contenant aucune substance grasse ou nuisible.

A. GIRARD, 22, rue de Condé, Paris.

Echantillons offerts aux membres du Corps médical.