

Le régime lacté absolu est institué et les crises, de journalières qu'elles étaient, s'éloignent de quatre, cinq jours et même d'une semaine, enfin la malade quitte l'Hôpital, fatiguée du régime, mais considérablement améliorée. Chez elle, tout traitement est mis de côté et elle nous revient le 25 mai, plus mal que la première fois, pour mourir le 6 juin. L'autopsie laisse constater un cœur énorme posant 20 onces, avec lésions mitrales, un poumon gauche tout refoulé au sommet de la cage thoracique, un poumon droit avec une dilatation bronchique considérable, mais pas de cavernes ni de trace de tuberculose, enfin un rein droit pesant une once et un rein gauche de deux onces.

Je terminerai par quelques notes recueillies dans le service et le dispensaire du Dr Foucher.

Une fille de 15 ans se présente avec une irido-cyclite de l'œil gauche, survenue à la suite des fièvres scarlatines, par ulcération et perforation cornéenne et atrophie consécutive. Les douleurs caractéristiques de l'irido-cyclite sont très prononcées. Il ne reste nulle autre alternative pour conserver l'œil sain, que de sacrifier l'œil malade. En effet, en ouvrant l'œil on a trouvé une dégénérescence calcaire du cristallin et de nombreux points d'ossification de la choroïde qui n'ont fait que confirmer l'urgence de l'intervention chirurgicale. Le même jour se présentait un cas de destruction complète du palais mou par ulcération syphilitique.

Il me paraît bon de noter une remarque relevée au cours d'une clinique, que le nombre des trachomateux diminue sensiblement depuis quelques années.

Pour clore ce courrier déjà passablement long je rapporterai un cas de mastoïdite simulant beaucoup la fièvre typhoïde.

Delle X, âgée de 14 ans, employée dans une filature de coton, est amenée à l'Hôpital Notre-Dame le 7 avril 1896, avec perte de connaissance, suivie bientôt par un délire assez bruyant par moments. D'après les apparences et les renseignements fournis par les parents et le médecin traitant avant l'admission à l'Hôpital, l'enfant aurait les fièvres typhoïdes. L'audition avait diminué graduellement jusqu'à perte complète 3 jours après son entrée. Quelques jours plus tard, un écoulement purulent fait son apparition à l'oreille droite et la patiente passe du service interne dans le service des oreilles. Un empatement de l'apophyse mastoïde avec rejet du pavillon de l'oreille en avant plaident en faveur l'intervention chirurgicale. Une incision profonde dans le pli auriculo-mastoidien et une autre perpendiculaire à celle-ci au niveau de la *spina supra meatum* permettent de mettre à découvert l'apophyse, et laissent voir après que le périoste fut ruginé un enfoncement de  $1\frac{1}{2}$  centim. de diamètre s'étendant de la limite du sinus latéral à la paroi postérieure du conduit et communiquant directement, avec la caisse. Aussitôt l'opérateur se trouve en présence d'un pus abondant et de granulations de nature polypeuse. Le tout est curetté, irrigué avec une solution concentrée d'acide borique, et l'antré est tamponnée à la gaze iodoformée. Le pansement est renouvelé chaque jour. Aucune élévation de température ne suit l'opération; l'écoulement de l'oreille diminue graduellement pour cesser au bout de 10 jours. La patiente est congédiée, guérie, 18 jours après l'opération. L'audition s'est beaucoup améliorée et aujourd'hui elle est revenue à 6/10. La patiente est bien portante.