

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- 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.

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

*Propriétaire et Administrateur :* DR A. LAMARCHE.

*Redacteur-en-chef :* DR H. E. DESROSIERS.

*Secrétaire de la Rédaction :* DR M. T. BRENNAN.

VOLUME XIX.

NOUVELLE SERIE, - - - VOLUME IV.



MONTREAL :

CH. DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE, GERHARDT BERTHAUME,  
30 rue St-Gabriel.

1890

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Revue Mensuelle de Médecine et de Chirurgie.

*Propriétaire et administrateur:* Dr A. LAMARCHE.

*Rédacteur-en-chef:* - - - - Dr H. E. DESROSIERES.

*Secrétaire de la rédaction:* - Dr M. T. BRENNAN.

---

---

Volume XIX.

MONTREAL, 1890.

{ NOUVELLE SÉRIE  
{ Vol. IV.

---

---

## TRAVAUX ORIGINAUX

### Ovariectomie et Myomectomie,

par Ch. V. E. MARCIL, M.D.

Au mois de mars dernier, je faisais une ovariectomie qui me remit en mémoire les paroles de Koëberlé, l'illustre professeur de Strasbourg :

“ Dans l'extirpation des tumeurs abdominales, il faut toujours compter avec l'imprévu et l'inconnu, et s'attendre à toutes les complications possibles.”

Après avoir enlevé un énorme kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, je tombais, en examinant les organes du petit bassin, sur quatre myomes sous-péritoneaux de l'utérus. Le plus gros, implanté sur le fond par un pédicule large et court, mesurait dix-huit centimètres de circonférence ; les autres situés sur la face antérieure et postérieure étaient à peu près du volume d'un œuf de pigeon. Deux de ces néoplasmes étaient à base sessile et un pédiculé.

J'avoue bien candidement qu'en face de ces complications, j'eus l'idée de refermer le ventre, afin de ne pas compromettre une opération qui, jusque là, me donnait toutes les chances de succès. Ma malade, encore jeune, était parfaitement réglée, et dans notre pays où la menstruation se continue à un âge avancé, elle pouvait être exposée à des accidents ultérieurs qui auraient peut-être nécessité une nouvelle intervention. Il était par conséquent de mon devoir (du moins je le crois) de ne pas laisser cette entreprise chirurgicale inachevée.

Aurait-il été mieux de faire l'oophorectomie préférablement à la myomectomie ?

La plupart des laparatomistes se prononcent pour l'ablation de l'ovaire, dans ce cas.

Alban Doran dit : " *The surgeon must not enucleate a small out-growth, and with a light heart. It may cause hemorrhage so severe as to necessitate clamping the uterus and removal of its body.*"

Cependant, M. Terrier, qui perdit deux opérées on enlevant des fibromes compliquant l'ovariotomie, penso que ces excroissances peuvent être excisées quand elles sont petites et pédiculées.

Le Dr. Schwartz observe qu'il est permis de faire l'ovariotomie et la myomectomie quand celle-ci ne présente pas un traumatisme trop considérable surajouté à celui qui l'a précédé.

Ai-je eu tort d'opérer ces quatre fibromes ?

Je pense que oui.

L'oöphorectomie, si facile à pratiquer dans ce cas, tout en m'épargnant beaucoup d'anxiété, me fournissait de grands avantages de succès.

Des ligatures appliquées sur les myomes pédiculés me permirent de les enlever facilement. Malheureusement la rétraction fut si considérable qu'un de mes fils céda et j'en fut quitte pour une hémorrhagie des plus ennuyouses. L'emploi du perchlorure de fer et la suture de la séreuse sur la surface de section m'en rendirent maître. L'énucléation des myomes sessiles me causa plus de trouble et d'inquiétude que toute l'opération, l'hémorrhagie ne put être contrôlée que par le thermocautère. Le péritoine fut suturé comme dans le premier cas.

Quand je refermai la paroi abdominale, quoiqu'il y eût eu une hémostase fut complète, mes craintes n'en étaient pas moins grandes. Il me semblait que sous l'influence de la chaleur les vaisseaux me donneraient une hémorrhagie qui déciderait du sort de mon opérée. J'étais bien résolu de l'attirer jusqu'à la dernière extrémité, de rouvrir l'abdomen au moindre symptôme d'épanchement.

L'opération avait duré une heure et trois quarts, la majeure partie du temps employée à l'ablation de ces myomes. Mon opérée était très faible. La réaction fut lente malgré les stimulants que je lui administrai à de courts intervalles. Le soir, douze heures après l'opération, le pouls était moins vite, plus fort, la peau chaude (100°), la figure animée, elle souffrait de ténésme vésical et de légères douleurs à l'hypogastre. Je lui donnai une dose d'opium par le rectum, ce qui eut pour effet de calmer ses douleurs et de lui procurer plusieurs heures de sommeil. A part quelques vomissements, probablement dûs au chloroforme, elle marcha rapidement vers la guérison. Le neuvième jour, j'enlevais les sutures, la plaie abdominale était réunie par première intention. Vingt jours après l'opération, l'opérée retournait chez elle, à une distance de dix-huit milles. Le 9 avril, je recevais la lettre suivante :

Monsieur le docteur,

.....  
 " Je me suis rendu chez moi sans fatigue. Au moment où je vous écris, je suis bien ; mon appétit est bon, je dors bien, je prends des forces tous les jours.

Votre bien reconnaissante,

MARGUERITE G.....

Dopuis, j'ai eu souvent l'occasion de voir Mademoiselle G., elle jouit d'une santé parfaite.

St Eustache, 1er décembre 1889.

## HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Dans les cas de traumatismes cérébraux, l'examen du fond de l'œil pourra aider au diagnostic d'hydropisie des ventricules. (Prof. FOUCHER.)

Avant de pratiquer l'oöphorectomie pour un ovaire prolapsé avec ou sans adhérences, employez sérieusement le tamponnement méthodique, la patiente dans la position de Sims. (Prof. BRENNAN.)

L'ataxie locomotrice se révèle à l'avance par des troubles oculaires nombreux et variés du côté de la papille, de la pupille et des muscles moteurs du globe oculaire. (Prof. FOUCHER.)

Dans les cas de stérilité, tenez compte de la position de l'utérus, de la forme du col, de la perméabilité du canal cervical, mais, surtout, n'oubliez pas le mari. (Prof. BRENNAN.)

Le sarcôme mélanique de l'œil est presque toujours la première manifestation de la mélanose du foie qui emportera le malade. (Prof. FOUCHER.)

Le choix d'un médicament est peut-être moins souvent déterminé par la nature de la maladie que par la constitution et le tempérament du malade. (Prof. DESROSIERS.)

En règle générale, la dilatation utérine rapide avec le dilateur métallique est préférable à la dilatation au moyen de laminaria. Evitez toujours, si possible, les éponges préparées. (Prof. BRENNAN.)

Dans les cas de grippe caractérisés par une courbature et une céphalalgie intenses, l'antipyrine donne généralement d'excellents résultats, à dose de 15 à 25 grains, 2 ou 3 fois par jour. (Prof. DESROSIERS.)

Dans un cas de rhumatisme ligamenteux et tendineux de surmenage, M. le professeur LARAMÉE institue le traitement suivant : solution saturée d'acide picrique ou badigeonnage six ou sept fois dans les vingt-quatre heures, puis bandage compressif.

Beaucoup de médecins ne prescrivent de purgatifs que pour faire plaisir aux clients qui demandent avec instance un balayage intestinal. Il faut savoir, à l'occasion, résister à ces demandes, qui, la plupart du temps, n'ont pas leur raison d'être. (Prof. DESROSNIERS.)

Dans les cas de blennorrhagie rebelle, examinez attentivement le méat urinaire ; pressez au ras le méat et vous verrez souvent sourdre une ou deux gouttelettes de pus provenant des glandes du méat, tandis que la pression sur l'urèthre aurait été infructueuse. (Prof. BRENNAN)

L'abus des purgatifs constitue une des plaies les plus rebelles de la médecine populaire. Un bon tiers des malades que nous observons pour la première fois ont déjà, avant de s'adresser à nous, essayé, privément, de la médecine purgative. (Prof. DESROSNIERS.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### ASSOCIATION

#### DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME.

Seance du 19 décembre 1889.

Présidence de M. le docteur MARSOLAIS.

#### Péricardite purulente, pyohémie.

Le docteur BRENNAN communique le rapport d'une autopsie pratiquée par lui dans le cas d'un sujet atteint de péricardite et mort à l'hôpital Notre-Dame le 14 décembre.

*Examen externe :* Rigidité cadavérique bien marqué partout. Sujet très amaigri ; aux muscles du thorax et des bras, coloration verdâtre spéciale. Taches pétéchiales au niveau de la fosse iliaque et des doux avant-bras ; quelques-unes aussi à la face. Jambe droite œdématiée, surtout le pied et la cheville. Deux ecchymoses sous-conjonctivales, une sur chaque œil.

*Examen interne* : — *Diaphragme* — 6e côte à gauche ; 10 espace intercostal à droite.

*Sternum*. — Rien de particulier.

*Foie*. — Lobe gauche plus gros que d'habitude et s'étend plus à gauche.

*Péricarde*. — Aggrandi, rempli de pus. Cœur refoulé en haut. Seize onces de pus dans le péricarde. Toute la séreuse présente des signes de péricardite hémorrhagique ; elle a au moins deux fois son épaisseur normale et est sous le couteau ; dans le fond du sac elle présente des ulcérations et s'enlève par lambeaux.

*Cœur*. — Le cœur est arrêté en systole. L'oreillette droite est remplie d'un sang très noir et très fluide. Il y a huit onces de sang dans le cœur. L'orifice auriculo-ventriculaire droit reçoit trois doigts. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche reçoit deux doigts. L'oreillette gauche contient moins de la droite ; ventricule gauche presque vide. Quelques caillots dans le cœur droit ; paroi amincie ; le péricarde qui le recouvre est épaissi ; les valvules sigmoïdes et les artères pulmonaires sont normales. Le reste du cœur droit est également normal. Dans le cœur gauche, décoloration de l'endocarde, s'étendant jusque dans l'oreillette gauche. La surface libre supérieure des valvules est couverte d'un dépôt mou, fibrineux qui agglomère les colonnes charnues. Pas d'autres lésions des valvules. L'endothélium de l'aorte est plus foncé que normalement. Le cœur pèse neuf onces.

*Pleure*. — Adhérence complète de toute la plèvre gauche, laquelle présente ainsi que la droite des signes de pleurésie sèche.

*Poumon*. — Poumon gauche complètement refoulé en haut et dans la gouttière costo-vertébrale par l'épanchement péricardique. Le poumon gauche crépite très peu. Les bronches présentent les lésions d'une bronchite intense ; sécrétion muco-purulente abondante. Abscès multiples (de la grosseur d'un petit pois à celle d'une fève) dans le poumon, surtout à la partie antérieure. Au sommet, vieilles cavernes tapissées d'une membrane résistante ; les autres foyers purulents n'ont pas tous cette paroi. Congestion intense à la partie postérieure.

*Poumon droit*. — Adhérence de la plèvre droite, surtout à la partie supérieure ; légère adhérence diaphragmatique. Pour le reste, mêmes remarques que pour le poumon gauche.

*Foie*. — Plus gros que d'habitude. Le lobe droit dépasse les fausses côtes d'à peu près un travers de doigt. Lobe gauche plus gros. Hypertrophie lobulaire. Pèse trois livres et demie.

*Rein gauche*. — La capsule du rein gauche s'enlève facilement, elle présente dans toute sa surface des pointillés hémorrhagiques très marqués. Substance corticale augmentée à la partie supérieure ; fibreuse dans la partie inférieure : pèse sept onces.

*Rein droit*. — Même aspect que pour le rein gauche. Plaques de dégénérescence amyloïde et graisseuse.

*Rate.*—A peu près une fois et demie sa grosseur. Coloration normale, mais ramollie par endroits. Pas d'abcès. Pèse douze onces.

*Ganglions bronchiques.*—Hypertrophie et infiltration.

*Aorte.*—Rien de spécial.

*Urèthre.*—Normal ; pas de traces de blennorrhagie, légère congestion hypostatique près du gland.

### Hépatite syphilitique.

Le docteur A. R. MARSOLAIS communique l'observation suivante : XX., vieille femme de 55 ans à peu près, veuve depuis une douzaine d'années, a toujours demeuré à la campagne jusqu'à l'âge de 39 ans. Elle est mère de plusieurs enfants assez robustes dont le plus jeune doit être dans la vingtaine. Jusqu'à son arrivée à la ville cette femme a toujours joui d'une excellente santé.

L'évolution réelle de la maladie première date de 18 à 20 ans au moins, comme nous le verrons plus tard, mais la malade ne la fait remonter qu'à 4 ou 5 ans, c'est-à-dire, époque où la maladie a commencé à donner des symptômes qui ont nécessité l'intervention médicale. C'est surtout depuis deux ans que la maladie est devenue évidente et qu'il a été parfaitement connu, au moins suivant le rapport de la malade, que le foie était l'organe principalement affecté.

En effet, l'hypochondre droit avait augmenté de volume en même temps que des douleurs très fortes, s'irradiant vers la région épigastrique ou le creux de l'estomac, et même vers les reins, accompagnées de vomissements incoercibles, avaient épuisé la malade considérablement ; de plus, une ascite très marquée dont la marche avait été lente, mais progressive, gênait de plus en plus la respiration. L'œdème avait aussi envahi les pieds et les jambes. Sous l'effet de certains médicaments suivant la direction du médecin traitant avant moi, une amélioration assez marquée s'était produite, mais cette amélioration n'avait pas eu de durée.

Il y avait deux ou trois ans que M<sup>de</sup> XX était sous les soins de confrères quand elle me fit demander, et voici à peu près dans quel état elle se trouvait :

Ascite considérable au point que la malade pouvait à peine se rendre de son lit à son canapé, teint sous-ictérique, amaigrissement extraordinaire, pouls faible, vite, langue sèche, perte d'appétit, vomissements répétés. Diarrhée presque continuelle, urine chargée, quelques légères traces d'albumine, céphalalgie fréquente, œdème des extrémités, mais pas très considérable. Cœur à peu près normal. Jamais de rhumatisme inflammatoire, mais des douleurs dans les membres, douleurs dont je vous expliquerai la nature tout à l'heure.

En présence de tous ces symptômes, je me suis demandé quelle était la nature de cette ascite ? Comme je trouvais ni le cœur ni

les reins suffisamment en faute pour la produire, je me suis vu obligé moi aussi d'accuser le foie. Maintenant quelle était la maladie du foie qui pouvait la déterminer?

Était-ce un cancer du foie? Je dois de suite vous dire qu'il n'y avait pas d'hérédité cancéreuse, personne dans la famille n'avait souffert de cancer. Mais son âge, les douleurs intenses dans l'hypochondre droit, son développement graduel, la douleur profonde et s'irradiant vers les organes voisins, la diarrhée alternant quelquefois avec la constipation, les vomissements répétés, l'état d'émaciation de la malade, son teint sous-ictérique, l'ascite bien qu'elle ne soit pas très commune dans le cancer me portaient à croire qu'un carcinôme pouvait bien être la cause de tous ces désordres. Cependant, la longueur du temps qui s'est écoulé depuis que la maladie a évolué, c'est-à-dire 4 ou 5 ans, dépasse la limite généralement accordée au cancer, puis l'ascite, surtout aussi abondante et datant d'un couple d'années, ne peut appartenir au cancer, car l'ascite dans le cancer est rare, très limitée, de courte durée et n'apparaît que vers la fin de la maladie et est en général le symptôme précurseur de la terminaison fatale de l'affection; de plus, au palper, le foie ne présentait ni les dimensions ni les bosselures caractéristiques du foie cancéreux. Donc, pas de cancer.

Était-ce une cirrhose alcoolique du foie? Non, la malade n'avait jamais fait usage de stimulants alcooliques. D'ailleurs, la cirrhose ordinaire n'est jamais accompagnée de douleurs aussi intenses, de vomissements aussi opiniâtres et d'une diarrhée aussi persistante.

Était-ce un cas de syphilis du foie? Oui, je le crois, et voici pourquoi: D'abord je dois vous avouer bien humblement que lors de mes premières visites auprès de ma cliente, je n'ai pas du tout songé à la syphilis et ce n'est qu'après plusieurs examens et surtout après avoir consulté mes auteurs de médecine qu'il m'est venu à l'idée de questionner ma malade pour savoir si elle n'aurait pas eu d'antécédents syphilitiques.

En effet, j'ai découvert qu'elle avait dû avoir la syphilis 15 à 20 ans pas-és: parce qu' alors ses cheveux lui étaient tombés à la suite d'un soi-disant petit clou qu'elle avait eu à une des lèvres de la vulve; quelque temps après aussi elle avait eu une forte éruption sur tout le corps, éruption qu'elle avait prise pour une *échauffaison* et qu'elle disait avoir fait disparaître en prenant une ou deux bonnes purgations. Enfin, après avoir examiné sa gorge et sa bouche, j'ai constaté qu'elles n'avaient pas été plus épargnées; au contraire, pendant longtemps elle avait eu des plaques muqueuses et finalement une gomme lui avait laissé dans le palais un trou de la grosseur d'un gros pois, mettant en communication directe la bouche avec les fosses nasales. La céphalalgie caractéristique, les douleurs ostéocopes n'avaient pas non plus fait défaut, comme nous l'avons vu plus haut.

Ainsi, l'histoire de cette syphilis antérieure, dont l'existence est indiscutable et dont les effets n'ont jamais été combattus par le mercure, du moins je le crois, vient s'unir aux symptômes énumérés plus haut et confirmer mon diagnostic d'affection syphilitique du foie ou hépatite syphilitique qu'on rencontre surtout, comme dans ce cas-ci, chez des individus qui n'ont pas été traités convenablement dans les premiers temps de la maladie, soit par négligence, soit à cause de l'insignifiance d'accidents qui ont passé inaperçus.

Pendant les 4 ou 5 mois que j'ai eu cette malade sous mes soins (du 19 juillet au 13 novembre) mon traitement a consisté surtout en l'iodure de potassium, les toniques reconstituants, les calmants au besoin. En plus, j'ai pratiqué 5 ponctions abdominales. Le liquide que j'ai retiré aux 2 ou 3 premières ponctions était jaune citrin, puis il est devenu plus épais, un peu floconneux, probablement albumineux, et à la 5<sup>e</sup> ponction le liquide contenait une quantité considérable de pus, aussi ma malade avait-elle eu des douleurs tenaces, quelques accès de fièvre durant les jours qui avaient précédé la dernière ponction. Mais c'est surtout le jour même de la 5<sup>e</sup> ponction que j'ai faite, sur l'instance de ma malade, que cette dernière fut prise d'une fièvre très forte accompagnée de frisson, vomissement, un peu de délire et la mort est arrivée le surlendemain. La famille s'est opposée à l'autopsie.

### Tétanos.

Le docteur BRENNAN rapporte succinctement un cas de tétanos survenu dans des circonstances exceptionnelles.

La patiente avait été opérée pour déchirure du périnée et rectocèle. Huit jours après, les sutures sont enlevées; il y a quelques petits points en suppuration dans le vagin. Trois jours plus tard la malade est prise de trismus et elle meurt huit jours après, d'apnée. La cause du tétanos paraît avoir été un courant d'air provenant d'une fenêtre ouverte qui aurait frappé directement la patiente.

### Tumeur de l'ovaire.

Le docteur BRENNAN communique la note suivante :

Melle M., 24 ans, est opérée vers la fin de septembre 1889, pour une tumeur d'apparence cancéreuse de l'ovaire gauche; cette tumeur pesait au-delà de 25 livres, malheureusement la pièce ayant été jetée par mégarde par l'infirmière, l'examen histologique n'a pu en être fait. La tumeur était accompagnée d'une ascite assez considérable; le liquide en était hémorrhagique, par l'ulcération et la rupture de quelques vaisseaux de la tumeur. L'hémorrhagie ayant été assez considérable pendant l'opération et la patiente ayant des tendances à mourir sur la table, il a fallu terminer hâtivement l'opération et laisser deux petits kystes de l'ovaire

droit (œuf de poule). La malade revint bien du choc et guérit parfaitement, sans aucun accident. Trois mois après l'opération, elle est prise de fortes douleurs abdominales survenues subitement après des coïts répétés et énergiques—la patiente était une fille de joie et, entre parenthèse, avait eu la syphilis—des vomissements surviennent, puis légère élévation de température, il y a des symptômes d'hématocèle. La malade meurt au bout de cinq jours, d'asthénie. Il ne pouvait être question d'une nouvelle laparotomie, l'état de la patiente ne la permettait pas.

La cause de l'hémorrhagie était la rupture d'un des kystes.

---

## ASSOCIATION MÉDICALE DU DISTRICT DE SAINT-HYACINTHE.

Séance du 7 novembre 1839.

Présidence du docteur ST GERMAIN.

---

### La mortalité chez les enfants.

M. le PRÉSIDENT donne lecture d'un travail sur les causes de la mortalité chez les enfants. Ces causes sont multiples, dit le conférencier, mais il en mentionne deux principales: 1o. Le mauvais état de santé des parents, surtout ceux qui dans leur jeune âge ont été astreints au travail délétère des fabriques tant au point de vue moral que physique. 2o. La manière défectueuse dont les enfants sont nourris. Il s'élève fortement contre le pernicieux usage si en vogue malheureusement des biberons avec leurs tubes, bouts de seins en caoutchouc qui ont toujours ou presque toujours, malgré les soins de propreté, une odeur et une saveur mauvaises. Il préfère l'ancien système des biberons en fer blanc ou en faïence avec un linge qui peut être changé sans trouble quatre ou six fois par jour. Pardessus tout il voudrait que la mère nourrisse son enfant jusqu'à huit ou neuf mois.

Depuis 17 ans, dit-il, en ma qualité de pharmacien, je vends de ces biberons, jamais je ne perds une occasion d'en condamner l'usage; je dois avouer que malheureusement je suis rarement écouté.

### Traitement de la diphthérie.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication faite à la dernière réunion par M. le Dr PALARDY, de St-Hugues, sur "le traitement de la diphthérie par la cautérisation."

Dans cette étude, le Dr Palardy, considérant la diphthérie

comme une maladie locale d'emblée avec manifestation de troubles constitutionnels consécutifs, s'était étendu largement et sagement sur la nécessité de la cautérisation, la regardant comme le moyen le plus certain de combattre cette terrible maladie, sans omettre, toutefois, le traitement constitutionnel, les toniques, quinine, fer, chlorate de potasse, brandy, etc. Il cite plusieurs cas dans sa pratique où ce traitement lui a réussi complètement; à l'appui de sa thèse, il cite les écrits de plusieurs médecins distingués tant des États-Unis que de l'Europe.

Le Dr GAUTHIER, d'Upton, empêché d'assister à la réunion a, cependant, envoyé son travail qui est lu par le président. Il ne partage pas l'opinion du Dr Palardy sur la nature de la maladie, il la considère, avec plusieurs médecins distingués, dont il cite les noms et les écrits, comme une maladie constitutionnelle avec symptômes locaux secondaires, c'est-à-dire qu'il n'est pas en faveur de la cautérisation qu'il considère plutôt nuisible qu'utile. Il donne la préférence au traitement constitutionnel, les toniques ferrugineux, la quinine, le brandy, etc. Il insiste sur la nécessité d'isoler les malades et de les tenir dans une atmosphère désinfectée au moyen du chlorure de chaux; toutefois, il ne néglige pas les applications locales, mais il les veut le moins brûlantes que possible.

Le Dr TURCOT (Eugène) dit qu'il a écouté attentivement l'intéressante lecture du Dr Palardy, ainsi que la critique qu'en a faite le Dr Gauthier. Tout en approuvant le traitement conseillé par ce dernier, il n'est pas prêt à accepter l'opinion qu'il a émise sur la nature de la diphthérie. Est-ce une maladie constitutionnelle d'abord, avec manifestation locale secondaire, ou bien est-ce une maladie locale d'emblée accompagnée de troubles constitutionnels secondaires?

Cette question est très importante, dit le Dr Turcot, car nécessairement le traitement devra varier selon que l'on adoptera l'une ou l'autre de ces théories.

Quant à lui, il est d'opinion que la diphthérie est une maladie locale d'emblée avec troubles constitutionnels consécutifs, causée par un microbe, et débutant sur un point quelconque de la muqueuse de l'arrière bouche. Il base son opinion sur les analyses bactériologiques faites ces années dernières par le Dr Prudden au laboratoire du Collège des Médecins et Chirurgiens de New-York, et rapportées dans *l'American Journal of the Medical Sciences*. Le Dr Palardy dit qu'il emploie constamment et avec succès la cautérisation comme traitement local. Le Dr Turcot se demande si l'on ne pourrait pas arriver au même résultat en se servant de moyens moins irritants? Quant à lui il préfère l'emploi du bichlorure de mercure à 1:1000 au moyen du pulvérisateur; quelques succès qu'il a obtenus l'autorisent à ne pas négliger cette pratique, l'opinion étant admise des propriétés antiseptiques et microbicides du bichlorure.

Comme tous ses confrères, le Dr Turcot insiste sur le traitement constitutionnel.

Vu l'heure avancée, la discussion est remise au premier jeudi de février 1890.

---

### SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT D'IBERVILLE ET DES COMTÉS ADJACENTS.

---

A une assemblée tenue le mardi, 5 novembre 1889, en la ville de St Jean, Qué., et convoquée par le Dr Aimé Lacerte, de Notre-Dame de Stanbridge, dans le but de fonder une association médicale, furent présents: Les docteurs Hyp. Moreau, Henri Girouard, H. Maurault, Ars. Godin, Hect. Brosseau, H. Roy, J. A. Daignault, P. Wood et Hilaire Godreau, du comté de St Jean; les Drs J. W. Morceau, P. Rochette et Moïse Guérin, (Sherrington) du comté de Napierville; le Dr J. Phénix, du comté d'Iberville et le Dr A. Lacerte, du comté de Missisquoi.

M. le Dr Girouard appelé à la présidence *pro-tempore* avec le Dr Lacerte comme secrétaire, sur motion de M. le Dr Brosseau secondé par M. le Dr Godreau, rappela en quelques mots l'objet de la présente réunion; puis il invita le secrétaire à soumettre, en sa qualité de promoteur du mouvement actuel parmi les médecins du district d'Iberville et des comtés voisins, tout projet d'organisation qu'il pourrait avoir formé. Le Dr Lacerte donna en conséquence lecture de certains réglemens et d'une constitution rédigés avec l'aide du Dr H. E. Desrosiers, de Montréal, qui lui avait généreusement transmis une copie de "La Constitution et Réglemens de la Société de Médecine pratique de Montréal." Il présenta ensuite la motion suivante:

Proposé par M. le Dr Guérin, secondé par M. le Dr Daignault,  
1o. Qu'une organisation soit immédiatement formée parmi les membres de la profession médicale dans la région Sud-Ouest de la province de Québec, sous le vocable de "La Société médico-chirurgicale du district d'Iberville et des comtés adjacents";  
2o. Que l'on procède incessamment à l'élection des officiers.

A l'appui de cette motion, le Dr Lacerte fit connaître la fin et les moyens d'action de l'organisation proposée en commentant l'article II de la constitution actuellement devant l'assemblée, lequel se lit comme suit: "La société a pour but d'améliorer l'état  
" du praticien en accroissant sa compétence par l'étude des sciences  
" médicales et la discussion des cas pratiques, par l'aide mutuel de  
" ses membres dans leurs traitements difficiles, par une protection  
" vigilante et énergique des intérêts professionnels." Il fut suivi

du Dr Godin, qui parla aussi en faveur de la motion, insistant toutefois pour qu'il fût bien compris que notre but n'était pas de nous unir pour protéger l'ignorance ou le vice de ces misérables confrères qui déshonorent notre belle et noble vocation, mais uniquement de former un cercle d'étude et de discussion sur des sujets exclusivement du domaine de la médecine et de la chirurgie, et de constituer aussi comme un vaste bureau de consultation où chaque associé pourra trouver des suggestions et même des prescriptions qui lui seront éminemment utiles en temps opportun. M. le Dr Maurault se prononça, lui aussi, énergiquement pour l'organisation d'une société comme celle que comportait la motion sous considération. Il voyait dans son établissement et son bon fonctionnement le bien du public autant que celui du corps médical. Après quelques remarques de la part de M. le Dr Marceau, la motion fut mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

En conformité avec la seconde partie de la résolution qui donnait ainsi naissance à notre société, on procéda à l'élection des officiers. MM. les Drs Girouard et Godin ayant eu le même nombre de voix au premier tour de scrutin, pour la présidence, il fallut recourir à une seconde votation, alors que M. le Dr Godin fut élu par deux voix de majorité. Les autres officiers élus furent : vice-président, M. le Dr Marceau, sur proposition de M. le Dr Roy, secondé par M. le Dr Wood ; secrétaire, M. le Dr Aimé Lacerte, proposé par M. le Dr Maurault, secondé par M. le Dr Rochette ; trésorier, M. le Dr Maurault, sur motion du Dr Brosseau, secondé par M. le Dr Godreau ; enfin, MM. les Drs Phénix, Wood et Guérin, membres du comité de régie, sur proposition de M. le Dr Roy, secondé par M. le Dr Godin.

Il fut de plus résolu sur proposition de M. le Dr Maurault, secondé par M. le Dr Godin " que le secrétaire fasse imprimer plusieurs copies ; 1o d'un rapport détaillé des présentes délibérations ; 2o de son projet de constitution et règlements ; 3o d'une lettre circulaire attirant l'attention des médecins du district d'Iberville et des comtés avoisinants sur les deux premiers documents, invitant ces estimés confrères à bien vouloir adresser à notre nouvelle association, par l'entremise de son secrétaire, d'ici au troisième mardi du mois de janvier 1890, toute suggestion, opinion et conseil concernant son organisation qu'ils croient pouvoir lui être utile."

Alors M. le Dr Marceau, secondé par M. le Dr Wood, proposa que des remerciements fussent votés en faveur de M. le Maire Brosseau et de tous les autres membres du conseil municipal de St Jean pour la généreuse bienveillance avec laquelle ils ont bien voulu mettre leur magnifique salle des pompiers à la disposition de la présente assemblée ; 2o que M. le secrétaire transmette à ces bienveillants édiles une copie de la présente résolution. Cette proposition fut agréée à l'unanimité des voix et avec empressement.

M. le Dr Godin proposa, secondé par M. le Dr Guérin, un vote

de remerciements en faveur des officiers *pro tempore* pour leurs services durant la présente séance. Adopté à l'unanimité.

M. le Dr Godin s'étant ensuite inscrit pour un compte-rendu de ses observations "à travers les hôpitaux de Paris," afin de se rendre aux désirs de ses nouveaux associés, M. le Président Girouard déclara l'assemblée ajournée au troisième mardi du mois de janvier 1890. Au cours de la séance une contribution de 50 cts fut prélevée et payée immédiatement par les membres présents, afin de rencontrer les frais d'impressions autorisées.

---

—Le médecin doit avoir l'esprit prompt et la main preste.

—La maladie remet à nu l'égoïsme que la civilisation n'avait fait que masquer.

—L'universalité pratique d'un médecin est souvent en raison inverse de sa renommée.

—Un sot peut n'être qu'un homme ridicule; un médecin sot est presque un danger public.

—La médecine n'est une science que pour le médecin; pour le public, c'est un métier et qu'il croit lucratif.

—Il est de certaines déceptions professionnelles plus sensibles au médecin que les plus cruelles blessures d'amour-propre.

—Il faut qu'il y ait de grands médecins; il faut aussi qu'il y en ait d'ordinaires pour accomplir la menue besogne des petites maladies.

—Un médecin ne saurait sortir de chez lui sans avoir sur la langue un petit bout de consultation au service des amis qu'il rencontrera.

—Posséder et mettre en œuvre la science d'un encyclopédiste, la dextérité d'un expérimentateur, la finesse d'un diplomate et l'éloquence d'un orateur; agir avec l'impartialité d'un juge, la précision d'un mathématicien, le désintéressement d'un philanthrope et la scrupuleuse exactitude d'un bon comptable; avoir la vigueur d'un athlète et la grâce d'une femme; être tour à tour grave et enjoué, impénétrable comme un normand et franc comme une vierge; conciliant sans jamais rien céder, d'apparence insensible et compatissant à tous les maux d'autrui; n'avoir pas le droit de commettre une erreur dans l'application d'une science essentiellement conjecturale et professer pour elle une foi inébranlable; être le très humble serviteur du public et mépriser ses jugements....., voilà quelques-unes des qualités nécessaires au médecin. Combien bien d'entre nous s'approchent d'un pareil idéal?

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE.

**Sur trois cas de paraplegie.**—Clinique de M. le professeur PETER. Messieurs, le hasard a réuni dans nos salles trois cas de paraplegie, identiques ou à peu près dans leur symptomatologie, très différents dans leur étiologie, et dont en définitive le traitement doit être le même.

I. Le premier de ces malades est un homme atteint de *paraplegie protopathique*. C'est un peintre en bâtiments. Mais il n'a pas de liséré des gencives, et les accidents qu'il éprouve ne paraissent pas avoir le moindre rapport avec sa profession. Il se plaint d'avoir ressenti, depuis deux mois, des sensations douloureuses dans les membres inférieurs, sensations qui ont débuté par la plante des pieds et les chevilles. Il avait des douleurs en marchant, des fourmillements, et montait difficilement à l'échelle. Puis ces douleurs se sont accompagnées d'impotence. Ces douleurs et cette impotence ont suivi une marche ascendante; elles ont gagné le tronc et les membres supérieurs. Difficulté pour plier le bras, pour saisir les objets. D'ailleurs, les articulations sont indemnes. Le malade n'a jamais eu de rhumatisme. Le malade est entré à l'hôpital le 13 juin; le lendemain à la visite, il était raide, se relevait tout d'une pièce. En essayant de marcher il ne pouvait se tenir debout. Nous avons constaté que les réflexes rotuliens étaient exagérés; le réflexe plantaire au contraire était supprimé.

Notre *traitement* a été dirigé contre la congestion méningo-médullaire; le premier jour, on lui a appliqué quatre ventouses scarifiées de chaque côté de la colonne vertébrale. Le lendemain, il était déjà notablement amélioré: je lui fis alors mettre des vésicatoires en bandelettes le long de la colonne vertébrale, et enfin, quarante-huit heures après, des pointes de feu.

La situation s'est améliorée; la force au dynamomètre augmente, et enfin, à l'heure actuelle, il marche beaucoup mieux, ne se plaignant que de douleur et de contracture du côté gauche.

En pareil cas, ce sont les données de l'anatomie pathologique qui doivent guider notre traitement. Les méninges sont congestionnées, et à cette congestion s'ajoute bientôt celle de la moëlle. Il y a une dilatation des vaisseaux et bientôt une infiltration de la substance médullaire. Les gaines lymphatiques des vaisseaux se remplissent d'hématies, de granulations pigmentaires et même de leucocytes. Puis tout autour, il se produit une infiltration de la

substance médullaire, se caractérisant par une augmentation de volume des éléments de la moëlle, en particulier des tubes nerveux et des cellules qui prennent des dimensions colossales et disparaissent par éclatement. D'autre part, il y a épaissement de la névroglie avec prolifération du tissu conjonctif. Ce tissu conjonctif devient hypertrophique et il finit par étrangler les tubes nerveux. On a donc en définitive ça et là une destruction des cellules et des tubes nerveux.

Nous avons au début un moyen d'enrayer ces lésions : c'est la *révulsion*.

La révulsion a été à grand tort abandonnée. J'ai eu l'occasion de voir à Vienne, dans le service d'un célèbre spécialiste pour les maladies nerveuses, un grand nombre de paraplégies incurables. Aucun de ces malades ne présentait sur la peau la moindre trace d'une médication révulsive. Le même cas s'est présenté à Florence. La révulsion a été abandonnée par le fait d'expérimentations physiologiques mal interprétées.

II. Nous avons également dans le service une femme enceinte pour la deuxième fois à onze ans d'intervalle. La première grossesse a été exempte de toute espèce de complication. Dans la seconde au contraire, et dès l'imprégnation, elle a éprouvé la faiblesse et de la douleur dans les membres inférieurs. Elle est arrivée à l'hôpital pouvant à peine se traîner. La faiblesse n'a pas tardé à gagner les membres supérieurs.

Les réflexes rotuliens sont abolis, le réflexe plantaire conservé.

Si on exerce une pression sur les apophyses épineuses, surtout dans la région dorsale, il se manifeste une vive douleur.

Les fonctions de la vessie et du rectum se font normalement.

Quelle est donc la nature de cette paraplégie ?

Leroy d'Etiolles a le premier attiré l'attention sur ces faits. Puis Brown-Séguard a repris cette étude et en a fait des paraplégies *réflexes*. Il s'appuyait sur les résultats de certaines expériences. En liant le rein, les uretères, il constatait que les vaisseaux correspondants de la moëlle se contractaient au point d'amener une anémie de cet organe dans les points intéressés. Mais en pathologie cette explication est inexacte. Loin d'y avoir ischémie de la moëlle, il y a au contraire hyperhémie, et le traitement dirigé suivant la doctrine de Brown-Séguard a donné des résultats absolument nuls.

En somme, dans un cas comme celui-ci, il y a certainement un phénomène d'irritation qui se transmet au plexus hypogastrique. Cette irritation peut passer à l'inflammation vraie, et il se développe une névrite qui de proche en proche gagne la moëlle : d'où myélite qui à son tour devient ascendante.

Eh bien, c'est sur cette notion que doit se baser la thérapeutique : c'est cette inflammation qu'il s'agit de combattre, et ici encore la *révulsion* sera notre meilleure arme.

III. Notre troisième malade est une femme atteinte de *fièvre typhoïde*.

Elle est entrée dans le service au onzième jour de l'affection. A ce moment, aspect typhique, taches rosées, diarrhée; douleur et gargouillement dans la fosse iliaque, gonflement de la rate, quelques râles ronflants, insomnie, prostration. Tous ces symptômes étaient bien ceux de la dothiéntérie. Mais en même temps, il y avait des phénomènes de *paraplégie*. Elle pouvait à peine détacher les membres inférieurs du lit. Les membres thoraciques étaient également atteints. La pression sur les apophyses épineuses est manifestement douloureuse. En outre, il y a de la dyspnée; la malade respire difficilement par son diaphragme *droit*, par suite de la douleur. Les insertions diaphragmatiques droites sont douloureuses à la pression.

Si nous cherchons la cause de cette douleur, nous voyons qu'à gauche le pneumogastrique et le phrénique sont indemnes.

A droite, la pression du pneumogastrique ne cause aucune douleur; mais le phrénique est très sensible à la pression.

Cette exploration nous montre que le bulbe n'est pas atteint, point d'une importance exceptionnelle.

Pour moi, ici comme dans les deux autres cas, il s'agit d'une congestion méningo-médullaire.

Les savants actuels nous diront sans doute: "Mais non, c'est une invasion de la moëlle par les microbes." Ceci ne me touche guère, car je ne peux rien contre les microbes, et je peux beaucoup contre la congestion, quelle qu'en soit la cause. C'est donc à une congestion que je m'attaquerai et cela toujours avec la même arme, la révulsion.

Si, nous plaçant à un point de vue théorique, nous combattons seulement l'invasion microbienne, savez-vous ce qui arriverait? La malade guérirait probablement de la dothiéntérie, *mais elle resterait paralytique*. C'est exactement ce qu'on observe dans le cas de fièvre typhoïde avec congestion pulmonaire intense: si l'on combat la maladie par les anti-thermiques et les anti-microbiques seulement, si on ne dirige pas un *traitement spécial* contre la congestion pulmonaire; il arrive le plus souvent que le malade périt asphyxié.

Dans le cas actuel, on peut encore voir surgir une complication très redoutable: c'est la propagation au bulbe qui peut amener la mort par divers mécanismes: mort subite, dyspnée excessive, etc.

Outre la révulsion, j'ai l'intention, pour combattre l'élément douloureux, d'appliquer à notre peintre et à la femme atteinte de dothiéntérie des *courants constants*.—*France médicale*.

**Traitement de l'insuffisance rénale par HENRI HUCHARD.**— Deux indications thérapeutiques s'imposent:

1o Il faut chercher à favoriser par le rein d'abord, par les voies

de suppléance ensuite, du côté de l'intestin et de la peau, l'élimination des substances toxiques;

2o Il faut diminuer par un régime alimentaire, la quantité des substances toxiques introduites dans l'organisme, et il faut combattre cette toxicité.

Pour remplir la *première indication*, il faut s'adresser aux diurétiques (la caféine en injections sous-cutanées, les préparations de seille, etc.) Les purgatifs doivent être souvent employés. Voici une formule.

Follicules de séné passés à l'al-	}	ââ 6 gr.
cool en poudre.....		
Soufre sublimé.....	}	ââ 3 gr.
Fenouil en poudre.....		
Anis étoilé en poudre ....		
Crème de tartre pulvérisée		2 gr.
Réglisse en poudre		8 gr.
Sucre en poudre		25 gr.

Une cuillerée à dessert le soir dans un demi-verre d'eau.

Voici une formule plus simple.

Magnésie calcinée.....	}	ââ 10 gr.
Fleurs de soufre.....		

Pour 20 cachets. Un cachet tous les jours.

Il faut assurer le fonctionnement de la peau (frictions, jaborandi, pilocarpine, bains de vapeur, etc.)

Pour remplir la *seconde indication*, il faut supprimer toutes les substances toxiques qui peuvent être introduites dans l'organisme par l'alimentation. Aussi, doit-on supprimer toutes les viandes, et surtout le poisson qui renferme des ptomaïnes en quantité considérable, les bouillons et les potages gras qui ne sont (que des solutions de poison), suivant l'expression si judicieuse de Gaucher; il faut prescrire le laitage sous toutes les formes, les œufs et le régime végétarien.

Il y a des ptomaïnes qui se forment dans l'estomac par suite des fermentations qu'y subissent souvent les substances alimentaires; d'où l'indication thérapeutique de combattre ces fermentations et de détruire ces substances toxiques. On peut y arriver par l'emploi de l'eau chloroformée saturée, douée de propriétés antiseptiques, par les préparations de naphтол et de salicylate de bismuth, d'après cette formule de Bouchard :

Naphтол B.....	7 gr. 50.
Salicylate de bismuth .....	15 gr.

Pour 30 cachets. Un cachet à chaque repas.

Voici deux autres formules que j'emploie fréquemment ;

Naphтол B.....	}	ââ 5 gr.
Salicylate de bismuth.....		
Magnésie.....		

Pour 20 cachets. Un cachet au commencement de chaque repas.  
Autre formule ;

Salicylate de bismuth .....	} àâ 5 gr.
Salicylate de magnésie .....	
Benzoate de soude.. ...	

Pour 20 cachets. Un cachet au commencement de chaque repas.—*Rev. gén. de thér.*

**Etiologie de l'œsophagisme ou rétrécissement spasmodique de l'œsophage.**—10. L'œsophagisme est souvent d'ordre réflexe, et a pour point de départ une affection de la gorge ou du nez.

20. Le spasme œsophagien peut avoir une origine amygdalienne; hypertrophie de l'amygdale palatine, cautérisation de l'amygdale linguale.

30. Les accidents spasmodiques peuvent résulter d'une maladie du naso-pharynx.

40. L'œsophagisme doit prendre place parmi les névropathies d'origine nasale, et comme l'asthme, la toux, le vertige, la migraine, etc., il est provoqué par une excitation réflexe partant de la muqueuse nasale.

50. L'existence de l'œsophagisme nasal est nettement établie par les neuf observations que nous avons réunies.

60. Il ressort de ces faits, que la rhinite hypertrophique préside ordinairement au développement des symptômes dysphagiques; or, cette rhinite peut tenir à des causes locales ou éloignées. Parmi ces dernières, il faut citer les affections de l'estomac, de l'intestin, des organes génitaux, qui dès lors, interviennent comme facteurs étiologiques dans la production de l'œsophagisme.

70. L'hystérie ne paraît pas avoir d'influence comme cause prédisposante. Sur les neuf malades, huit appartenaient au sexe masculin, et aucun d'eux ne présentait la moindre manifestation hystérisforme.

80. L'hypocondrie accompagne fréquemment l'œsophagisme sans qu'il y ait relation de cause à effet entre ces deux affections. A nos yeux, ce sont deux névropathies d'origine nasale, indépendantes l'une de l'autre.

90. L'arthritisme, au contraire, prédispose à l'œsophagisme comme aux autres névroses d'ordre nasal.

100. Le rétrécissement spasmodique a pour siège la partie supérieure de l'œsophage.

110. Le traitement curatif doit être rhino-chirurgical.—Dr JOAL, in *Annales de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*.

**Le "clou phymique."**—Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire à son début, dit le Dr. A. FILLIEAU, est souvent entouré

d'une grande obscurité. L'évolution du germe tuberculeux dans le parenchyme pulmonaire se fait quelquefois d'une façon insidieuse, sans que les prodromes habituels de cette première phase de la maladie viennent donner l'alarme, et sans que la présomption d'une tuberculose primitive ait pu être établie soit par des antécédents pneumoniques héréditaires, soit par des maladies antérieures spécifiques, telle qu'une pneumonie, une pleurésie, une laryngo-bronchite, etc.—C'est pourquoi nous avons pensé qu'il était utile de ne pas laisser dans l'ombre un signe dont la valeur diagnostique nous a paru incontestable et qu'il nous a été donné de constater fréquemment. Ce signe consiste dans la manifestations d'une sensation de douleur nettement déterminée en certains points de la poitrine, lorsque l'on exerce sur le tronc du pneumogastrique une compression profonde.

Ces points douloureux correspondent toujours à un foyer d'induration tuberculeuse primitive ou même secondaire dont ils aident à reconnaître l'existence.

L'examen des ganglions cervicaux chez certains tuberculeux nous a conduit fortuitement à la constatation de ce phénomène.

—En explorant un jour profondément la région cervicale avec le doigt et en rencontrant au cours de cet examen le tronc du pneumogastrique, nous fûmes surpris d'entendre le malade exprimer la sensation d'un rétrécissement douloureux aigu, siégeant au niveau de la pointe de l'omoplate, en un point fixe bien déterminé comme cela se produit pour le "*clou hystérique*," ce qui suggéra l'idée de donner à ce phénomène l'appellation de "*clou pharyngique*."

En poussant plus avant l'examen de la région où s'était manifestée la douleur, on pouvait constater de la submatité, du souffle et des craquements légers à l'inspiration, signes manifestes d'une tuberculose en évolution.

Il existait en effet en ce point un foyer tuberculeux dont il nous a été donné par la suite de suivre les transformations, et dont le diagnostic au début était entouré d'obscurité, vu le siège de la lésion et le peu d'intensité des symptômes caractéristiques de cette période.

Depuis lors, nous avons toujours pratiqué la compression du pneumogastrique dans l'examen des malades soupçonnés ou atteints réellement de phtisie. Ce signe est venu s'ajouter aux autres moyens ordinaires d'investigation assez fréquemment pour qu'il revête en quelque sorte le caractère d'un signe pathognomonique.

—Cette compression du pneumogastrique, en même temps qu'elle produit cette douleur locale si nettement définie, occasionne aussi, et d'une façon presque constante, une dyspnée immédiate généralement de courte durée, mais qui parfois persistant pendant quelques minutes, constitue un véritable accès de suffo-

cation, comme si les rameaux émergeant du pneumogastrique participaient à ce trouble physiologique, ainsi que cela a lieu pour l'anévrisme de l'aorte.

Ces accès de dyspnée se terminent, la plupart du temps, par une toux brève, sèche, composée d'une saccade ou de deux, tout au plus.—Cette toux est-elle due à l'ébranlement résultant de la compression d'un tronc nerveux déjà irrité, ou bien est-elle simplement l'expression d'un phénomène réflexe consécutif à l'irritation des filets terminaux du nerf vague atteints par une néoplasie commençante ? Cette question de physiologie pathologique reste à étudier.

—Le *modus faciendi*, pour déterminer le " *clou phymique* " en son siège, est des plus simples. La compression du pneumogastrique doit être faite alternativement des deux côtés, au niveau de la portion cervicale du nerf, au point où il est le plus accessible, c'est-à-dire à la base du cou, entre les deux faisceaux d'insertion du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

—Cette compression doit être exercée profondément et pendant 20 à 30 secondes environ, jusqu'à ce que le malade, interrogé, accuse un point douloureux dans la poitrine, qui, en général, est assez précis pour qu'il l'indique avec le doigt avant même qu'on ait appelé son attention. Ces points douloureux ou " *clous phymiques* " correspondent la plupart du temps aux lieux d'élection de l'invasion tuberculeuse, c'est-à-dire au niveau des fosses sus et sous-épineuses, à l'espace situé entre l'omoplate et le rachis, à la pointe de l'omoplate, à la fosse sous-claviculaire. On ne les rencontre pas sur les parties latérales de la poitrine, cette région semblant, en quelque sorte, réservée aux manifestations rhumatismales de la plèvre et des rameaux intercostaux.

Le " *clou phymique* " n'est pas toujours l'indice du tuberculose primitive. Nous l'avons constaté également, quoique rarement, chez quelques malades entrés dans la période de ramollissement et même en cours d' fonte tuberculeuse. Mais ce fait est tout exceptionnel et ne s'observe que dans les formes torpides. Chez les phthisiques, au début, il est, au contraire, fréquent. Sa constatation facile, la constance des points où il se manifeste lui ont paru donner une valeur séméiologique assez sérieuse pour que nous ayons cru devoir le signaler, heureux si nous avons pu apporter un élément de plus au diagnostic parfois si difficile de la tuberculose à son début.—*Annales de la tuberculose.*

— On devient savant, on naît observateur.

— La masse d'inconscients et d'imbéciles qui forme le public est pourtant l'arbitre souverain et le juge sans appel de notre réputation.

## CHIRURGIE.

**Du chancre simple; Description, diagnostic.**—Clinique de M. HUMBERT à l'hôpital du Midi.—Le chancre simple est vulgairement appelé *chancre mou*, et à tort, car il est souvent induré à sa base. Il a été aussi dénommé *chancrelle* par Diday de Lyon; *chancre*, etc., toutes dénominations vicieuses.

Le chancre simple est une maladie locale caractérisée par un ulcère qui se développe au point où un virus particulier a été en contact avec une muqueuse ou un épiderme dépourvus de leur épithélium.

L'organisme reste en dehors de l'infection dans son état général.

Le chancre simple est bien un ulcère rongeur, un trou qui creuse le derme et arrive même au tissu cellulaire sous-jacent. Le chancre syphilitique au contraire est une tumeur, un néoplasme.

Le virus chancreux du chancre simple est contenu dans le pus sécrété à sa surface. Vu au microscope, ce pus est absolument analogue à celui des plaies ordinaires; sa virulence réside dans ses globules. La preuve en est qu'après filtration de ce pus, l'inoculation qui en est faite est négative. Quoi qu'il en soit, sa puissance virulente est très énergique; elle résiste à une grande dilution, à la dessiccation, au froid, à l'action des autres virus. Greffé d'un chancre syphilitique, le chancre simple est dit chancre mixte, et réciproquement.

La virulence du pus chancreux est détruite par les caustiques, la gangrène, la chaleur (50°). Sur un épiderme ou une muqueuse intacts, le pus ne produit rien.

La cause la plus fréquente du chancre simple est le coït; par conséquent, il affecte de préférence les régions génitoanales. Quant aux chancres accidentels, d'origine non vénérienne, ils peuvent siéger un peu partout, sauf à la tête où ils sont très rares, mais peuvent cependant se rencontrer (on en a seulement 60 à 80 observations). Au reste le chancre simple a des terrains de prédilection; il prend très bien aux cuisses et aux régions sous-ombilicales; il diminue de fréquence à mesure que l'on approche de la tête. Dans ces régions supérieures, quand il prend, il reste petit ou même il avorte.

Sa fréquence générale est considérable, mais moindre qu'il y a trente ou quarante ans. Il a diminué en même temps que le chancre syphilitique a augmenté. Actuellement, ce dernier est plus fréquent.

*Caractères et symptômes.*—Si l'on inocule du pus chancreux à un individu, voici ce que l'on observe :

Le premier jour, une rougeur ;  
 Le deuxième jour, une petite vésicule ;  
 Le troisième jour, cette vésicule s'entoure d'une aaréole ;  
 Le quatrième jour, une pustule ;  
 Le cinquième jour, cette pustule est prête à se rompre ;  
 Le sixième jour, elle est rompue ;  
 Les septième et huitième jours, un trou qui se forme, et est complet le huitième jour.

Le chancre a donc une période d'évolution de huit jours avant d'être parfaitement constitué.

Sur une grande surface dépourvue d'épithélium et baignée de pus chancreux, toute la surface ne sera pas envahie d'un coup, par un seul chancre simple, mais bien par des chancres simples multiples, variables en nombre et de forme miliaire. Plus tard, chacun de ces petits chancres, évoluant à part et gagnant du terrain, pourra se joindre à ses voisins, de manière à ne former plus qu'une large surface chancreuse ulcérée.

Le chancre simple type est d'étendue variable, de forme variable, mais le plus souvent irrégulière : ses bords sont décollés du fond, taillés à pic comme à l'emporte-pièce, et présentent une coloration particulière ; ils offrent un double liséré : l'externe rouge vif (zone d'inflammation) ; l'interne, jaunâtre et transparent (zone d'élimination). Le fond du chancre est très inégal, verrouillé, crevassé, percé, couvert d'un pus jaunâtre qui lui donne sa couleur, mais on ne trouve jamais, comme dans certains chancres syphilitiques, une fausse membrane.

Au toucher, le chancre simple donne la sensation d'un empatement que l'on ne peut isoler des parties voisines, comme pour le chancre syphilitique. Les chancres de la rainure et du gland présentent presque toujours une induration qui pourrait amener la confusion.

M. Fournier a prouvé par maintes expériences que les caustiques appliqués sur les chancres simples peuvent créer une induration artificielle.

*Formes diverses.*—Le fond d'un chancre simple peut bourgeonner et arriver ainsi de niveau avec les bords. Il peut encore relever les bords et s'élever avec eux ou même les renverser en dehors. Enfin le fond peut passer à travers les bords et faire saillie à l'extérieur (chancres surélevés).

Dans toutes ces variétés, le chancre conserve ses caractères principaux, sauf le fond qui, par suite du bourgeonnement, peut présenter une coloration plus ou moins rosée et devenir presque uniforme, de vermiculé qu'il était.

C'est à la rainure, au gland et au limbe du prépuce que se rencontrent plus fréquemment ces variétés.

Sur les surfaces exposées à l'air (fourreau de la verge, cuisses, ventre), le pus du chancre se concrète et le chancre devient alors

presque toujours croûteux. La croûte est ordinairement jaunâtre, quelquefois roussâtre quand un peu de sang est mélangé au pus.

*Diagnostic.*—La réunion de tous les symptômes précédents est nécessaire pour le diagnostic du chancre simple. Il faut y ajouter que le chancre simple est douloureux surtout à la pression, même légère, tandis que le chancre syphilitique n'est pas ou presque pas douloureux.

L'inoculation positive du pus du chancre simple à celui qui en est porteur suffit à elle seule pour permettre d'en porter un diagnostic absolument certain.

À première vue, on peut éprouver une certaine difficulté à distinguer le chancre simple : 1o du chancre syphilitique ; 2o de l'herpès ; 3o des accidents tertiaires syphilitiques.

1o *Le chancre syphilitique.* Il n'est pas irrégulier de forme ni creux comme le chancre simple ; ses bords ne sont pas saillants comme ceux de ce dernier, ils se continuent de plain pied avec les parties contiguës. Le chancre simple n'est pas recouvert d'une fausse membrane détachable comme l'est souvent le chancre syphilitique. La base du chancre simple n'est pas indurée comme celle du chancre syphilitique ; tout au plus est-elle empâtée dans certaines régions (limbe, rainure). La base du chancre syphilitique est très nettement indurée facilement isolable des parties voisines et sous-jacentes, surtout dans certaines régions, comme au fourreau de la verge et au prépuce. Elle donne à peu près la sensation d'un cartilage ou d'une pastille incrustée sous la peau. Dans le chancre simple, l'on observe que très rarement l'induration des lymphatiques du dos de la verge, symptôme qui manque très rarement dans le chancre syphilitique. Les lymphatiques présentent alors la sensation d'une corde dure qui roule entre les doigts et offre parfois des nodosités ; les lymphatiques peuvent atteindre, dans quelques cas, le volume du petit doigt.

Le chancre simple occasionne le plus souvent des bubons qui sont empâtés, douloureux, non isolables des parties voisines et sous-jacentes. Dans les cas de chancre syphilitique, l'adénite est polyganglionnaire, et est constante ou à peu près. Elle donne au toucher la sensation de noisettes de volume presque toujours inégal entre elles, roulant sous le doigt et facilement isolables. La périadénite d'origine syphilitique est exceptionnelle et ne s'observe guère que chez les strumeux ou les gens fatiguant beaucoup. Elle peut alors suppurer comme un abcès ordinaire.

2o *l'herpès.* Au début, les vésicules de l'herpès éclairent suffisamment le diagnostic ; mais quand l'herpès est ulcéré, on devra se baser sur les signes suivants : l'herpès ne présente qu'une ulcération superficielle à fond gris rosé ou jaunâtre, mais non verroulé. Le bord ne présente jamais le double contour du chancre simple ni son bord saillant. De plus, quand plusieurs vésicules sont réunies, le bord est polycyclique.

30 *Les syphilides tertiaires.* Le diagnostic du chancre simple et des syphilides tertiaires est très difficile. L'aspect est le même. Le diagnostic doit surtout reposer sur les commémoratifs et l'inoculation, en même temps qu'on administrera de l'iodure de potassium.

Le pronostic du chancre simple est le plus bénin de celui des trois maladies vénériennes.

Il a une durée variable, mais qui n'est guère moindre d'un mois. La moyenne est de un à trois mois. Cette durée peut être prolongée par la malpropreté, les pansements intempestifs et la mauvaise constitution des malades.

Le chancre simple laisse après lui une cicatrice presque constante. Cette cicatrice peut manquer dans les très petits chancres ou ceux qui n'ont été que superficiels, comme on en observe quelques-uns dans la rainure du gland, au frein, etc. Habituellement, les chancres syphilitiques ne laissent pas après eux de cicatrice, sauf ceux qui sont gangréneux, térébrants, serpigineux, en un mot ceux qui n'ont pas évolué normalement. La cicatrice habituelle du chancre est couturée, gaufrée, et présente un petit rebord comme le chancre lui-même.

*Variétés régionales.*—Les caractères principaux du chancre simple sont constants, mais offrent de légères variations suivant le lieu où il siège.

Au *méat*, le chancre simple qui a de la tendance à gagner la fosse naviculaire, irrité par l'urine, s'enflamme et peut s'indurer. Il donne presque toujours lieu à un écoulement purulent, qui donne une certaine confirmation au diagnostic. Dans ce cas, la douleur produite par la miction n'existe qu'au point chancreux.

Au *filet*, le chancre est fréquent, à cause de la ténuité du frein, en général, et de sa brièveté chez certains individus, ce qui occasionne des érosions fréquentes. Quand le chancre se développe sur la face antérieure du frein, celui-ci est habituellement détruit. Développé sur les faces latérales du frein, le chancre simple le perfore presque toujours, ne respectant que la face antérieure.

Sur le *limbe* du prépuce, les chancres simples sont très nombreux et très petits, presque miliaires.

A la *vulve*, les chancres simples n'ont rien de particulier, ils présentent le même aspect que chez l'homme. Rares au *vagin*, ils sont plus fréquents sur le *col utérin* où ils sont habituellement nombreux. Leur fond y tend à bourgeonner; ils déterminent souvent de l'œdème du col, et ils peuvent occasionner des métrites.

A l'*anus*, le chancre simple est plus fréquent chez la femme, à cause de la proximité de la vulve et de l'anus; il est donc dû le plus souvent à une inoculation secondaire. A cette partie, les chancres simples ont une tendance à devenir fissuriques; ils atteignent les parties les plus inférieures du rectum. Ils ont les mêmes caractères qu'ailleurs et sont presque toujours en nombre assez considérable.

On a accusé à tort les chancres simples de l'anus d'amoner des végétations ou condilomes et des rétrécissements du rectum. Les végétations sont obsolument une affection indépendante du chancre simple; de plus le chancre simple n'atteint jamais dans le rectum les régions où peuvent siéger les rétrécissements.

Sur les autres parties du corps, le chancre simple conserve les mêmes caractères. (*A suivre.*)—*Praticien.*

**De la blennorrhagie.**—Le docteur RIVELY aurait pleinement réussi à guérir huit cas de blennorrhagie à la première période dans l'espace de trois ou quatre jours par l'application locale intra-urétrale d'une bougie enduite de baume de copahu, portée jusqu'à la portion membraneuse et laissée dans le canal pendant six ou huit minutes, une fois par jour. Dans la blennorrhagie chronique ce traitement ne produit aucun effet.—*Medical Register.*

**Du traitement antiseptique de l'orgelet.**—On est rarement appelé à intervenir contre cette affection cependant fort commune. Les récidives fréquentes sont donc un ennui.

Le traitement se divise en traitement des accidents actuels (traitement du début, traitement de la période de maturité) et traitement préventif des récidives (traitement prophylactique.)

1<sup>o</sup> *Traitement du début.*—On combinera les antiphlogistiques avec les antiseptiques par l'emploi des compresses chaudes et humides et des pulvérisations antiseptiques.

A) *Pulvérisations phéniquées ou boriquées.*—On fait usage d'une solution phéniquée au centième. M. Trousseau leur reproche leur action irritante, et préfère des pulvérisations boriquées. On les répète trois ou quatre fois par jour avec de l'eau boriquée à trois pour cent.

B) *Compresses boriquées ou phéniquées.*—Elles consistent à recouvrir l'œil malade de quatre à cinq doubles de lint boriqué ou phéniqué; d'une feuille de gutta-percha ou de makintosh, d'un tampon d'ouate hydrophile et d'un bandeau. On peut remplacer le lint par des compresses de gaze pliées en quatre ou imbibées de la solution suivante chaude :

Eau.....	300 gr.
Acide borique.....	10 gr.

2<sup>o</sup> *Traitement de la période de maturité.*—Inciser la tumeur avec la lancette ou la pointe du galvano-cautère, en vider le contenu, laver avec la solution de sublimé au millième et panser avec une rondelle de lint boriqué et humecté d'eau boriquée.

3<sup>o</sup> *Traitement prophylactique.*—A) Eviter par des lunettes le contact des poussières irritantes dans l'orgelet professionnel.

B) Séjour au grand air. Eviter les excès alcooliques et les mets épicés.

C) Usage, selon les indications, les arsénicaux, des iodiques, de l'huile de foie de morue, des martiaux, etc., etc.—*Rev. gén. de clin. et de thérapeutique.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**De la basiotripsie.** Nous n'insisterons pas sur les précautions à prendre avant la basiotripsie : désinfection des parties génitales de la mère, aseptie des mains et des avant-bras de l'opérateur, aseptie des diverses pièces de l'instrument qu'on flambe à l'alcool et qu'on plonge ensuite dans une solution phéniquée tiède.

On peut, avec le professeur Pinard, diviser l'opération en six temps :

*Premier temps.*—*Perforation.* La tête est immobilisée par les mains d'un aide qui se met à genoux sur le lit. L'opérateur introduit la main gauche dans les parties génitales, et avec deux doigts, circonscrit le point où il va faire porter la perforation. De la main droite il saisit le perforateur qui, guidé par les doigts, vient au contact de la voûte crânienne ; des mouvements de vrille font pénétrer l'extrémité du perforateur dans la cavité crânienne ; lorsque la perforation est achevée, on pousse doucement en haut cette branche médiane jusqu'à ce qu'une résistance indique que la pointe est en rapport avec la base. La pointe ne pénètre pas dans les os ; elle reste en contact avec eux. Lorsqu'on s'est assuré qu'il y a bien contact, on confie le perforateur à un aide en lui recommandant bien de garder ce contact. De cette façon, on est sûr que les branches gauche et droite qui dépassent le perforateur d'une longueur déterminée seront sûrement appliquées sur la base elle-même.

Où doit porter la perforation ? D'une manière générale elle doit être faite sur la partie de la tête qui correspond à la ligne médiane du bassin vers un point plus rapproché de la symphyse que de l'angle sacro-vertébral. C'est là où l'instrument a le moins de chance de glisser et de léser les parties maternelles.

*Deuxième temps.*—*Introduction et placement de la branche gauche.* Même méthode que pour l'introduction et le placement d'une branche de forceps.

La main droite est introduite profondément de manière à dépasser l'orifice utérin ; la branche gauche, tenue de la main gauche, est glissée à plat sur la face palmaire de la main droite. Suivant les cas, cette branche est directement appliquée à l'extrémité gauche du diamètre transverse ou bien au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche.

*Troisième temps.*—*Articulation de la branche avec le perforateur.* Elle est généralement facile : il suffit que les deux manches soient dans le même plan. Si elles n'y sont pas, il est facile de tourner le perforateur, mais la branche gauche, une fois placée,

en doit pas bonger. Il est capital, avant d'articuler, de s'assurer que la pointe du perforateur est toujours en contact avec la base : pour cela, on retire légèrement le perforateur et l'on vient à nouveau lutter contre la base. Le pivot du perforateur est engagé dans la mortaise de la branche gauche.

*Quatrième temps.—Petit broiement.* On rapproche les deux manches à l'aide de la vis et on les fixe à l'aide du petit crochet. Le plus habituellement, lorsque la tête n'est pas très ossifiée, il est facile d'opérer ce petit broiement à l'aide d'une main, d'autant plus que souvent il n'y a qu'une faible partie de la base comprise entre ces deux branches qu'il s'agit de rapprocher.

*Cinquième temps.—Introduction et placement de la seconde branche.* La main gauche, introduite dans les parties génitales, guide la branche tenue de la main droite : cette branche vient se placer en un point symétriquement opposé à celui qu'occupe la branche gauche.

Lorsqu'on éprouve une certaine difficulté à faire glisser cette branche entre la tête et le bassin, "il suffit de faire soulever légèrement la tête à l'aide du perforateur et de la branche gauche, qui ne font plus qu'un avec la tête (Pinard)." M. Bar insiste beaucoup sur l'utilité de cette manœuvre : il conseille même, non seulement de lever la tête, mais de la faire tourner. Par exemple la branche gauche a été appliquée à l'extrémité postérieure du diamètre oblique droit ; on ne peut ramener en avant la branche droite pour la mettre à l'extrémité antérieure du même diamètre.

*Sixième temps.—Articulation et grand broiement.*—Cette manœuvre est aussi parfois utile pour articuler : là encore il peut être nécessaire de "mobiliser la tête et de la faire tourner à l'aide de la branche gauche."

Lorsque l'articulation est effectuée, on fait manœuvrer la vis, mais avec une extrême lenteur jusqu'à ce que les branches soient rapprochées au maximum.

Tantôt les deux cuillers restent pendant le broiement dans le même diamètre qu'elles occupaient, tantôt, à mesure que le broiement s'opère, le mouvement de rotation s'accomplit spontanément. Dans le premier cas, avant d'exercer des tractions, il faut mettre les grands diamètres de la tête en rapport avec le diamètre transverse du détroit supérieur : suivant la tendance qu'aura l'instrument, on exécutera ce mouvement de gauche à droite ou de droite à gauche.

Souvent, surtout s'il s'agit d'un bassin *annelé*, lorsque la rotation s'est ainsi effectuée, la tête tombe pour ainsi dire dans l'excavation, entraînée par le seul poids de l'instrument, sans que l'opérateur ait besoin d'exercer de traction sérieuse. Si l'on éprouve quelque difficulté pour l'extraction du tronc, il ne faut pas tirer trop sur la tête ; mais employer la manœuvre de Ribemont, c'est-à-dire aller à la recherche de l'épaule la plus accessible et dégager

un bras, puis l'autre. Les deux bras dégagés, l'extraction devient extrêmement facile.

Si, à la suite d'un premier broiement, la tête ne descend pas, il faut se garder d'exercer des tractions énergiques, mais bien pratiquer un second broiement.

“ Pour cela, on désarticule les deux branches, que l'on retire successivement, *mais on laisse en place le perforateur* : puis on introduit la branche gauche directement à gauche, la branche droite directement à droite et on opère un nouveau broiement. De cette façon, la tête sera broyée suivant deux diamètres perpendiculaires (Pinard),—cette méthode est excellente : nous l'avons employée avec beaucoup d'avantage il y a quelques mois dans un cas où, le fœtus étant trop volumineux, un premier broiement n'avait pas permis l'engagement de la tête; après le second broiement, la tête descendit avec une extrême facilité; elle était réduite au minimum; nous n'eûmes plus de difficulté sérieuse que pour le dégagement des épaules.

L'opération de la basiotripsie telle que nous venons de la décrire est à dessein un peu schématique, pour être claire : dans la pratique il ne faut pas seulement s'occuper de la manière d'appliquer les branches par rapport aux diamètres du bassin; il faut encore et surtout savoir comment les branches de l'instrument sont appliquées par rapport à la tête fœtale : c'est à résoudre les difficultés de chaque cas particulier que se révèle l'habileté du praticien. Comme l'a fort bien dit M. Bar, “ pour atteindre la tête, dont on veut diminuer le volume, il ne suffit pas, en effet, de tenir compte du degré de viciation du bassin, de sa conformation; il faut encore se préoccuper de la présentation de la tête fœtale, de son inclinaison, de sa flexion plus ou moins prononcée, de son degré de fixité ou de mobilité; de son engagement plus ou moins marqué; circonstances qui se groupent de façons si diverses, que l'accoucheur doit faire appel à toute son habileté, s'il veut mener à bien son intervention ”—Examinons les différentes situations que peut occuper la tête fœtale, lorsqu'on vient à la broyer; on peut en effet faire la basiotripsie dans les présentations du sommet, de la face, ou sur la tête dernière; M. Bar a étudié expérimentalement avec beaucoup de soin ces différents cas.

Quand la tête fœtale se présente fléchie au détroit supérieur, on peut la saisir du front à l'occiput : c'est une méthode assez fréquemment suivie. L'aplatissement de la tête peut être alors très complet; mais pour cela il faut que les cuillers soient bien appliquées suivant le plan sagittal du fœtus. S'il n'en est pas ainsi, les cuillers glissent sur les parties latérales de la tête; un fragment petit de la base se trouve souvent seul saisi et broyé. Quand la perforation n'a pas été pratiquée sur le trajet ou dans le voisinage de la suture sagittale, il est fréquent de voir les cuillers

appliquées irrégulièrement. C'est ce qu'on observe lorsque le rétrécissement pelvien est assez marqué. Ainsi on ne doit saisir la tête fœtale suivant le diamètre O, Tr., que quand le bassin n'est pas très rétréci, quand on a pu faire la perforation près de la suture sagittale et quand on est sûr de pouvoir bien appliquer les cuillers aux extrémités du plan sagittal du crâne fœtal. Lorsque ces conditions favorables ne sont pas réalisables, on doit chercher à saisir la base suivant un de ces diamètres obliques : on obtient ainsi un aplatissement fort régulier.

D'après M. Bar, lorsque le fœtus se présente par la face, l'application du basiotribe est souvent plus compliquée que celle du cranioclaste. L'application des cuillers aux extrémités du diamètre occipito-mentonnier peut conduire à de bons résultats; mais, malgré la fixité que le perforateur donne aux cuillers, celles-ci glissent facilement sur la paroi fœtale.

La saisie de la face suivant un diamètre transversal est très avantageuse; mais la difficulté consiste à bien appliquer en même temps les cuillers sur la base.

Lorsqu'on fait une basiotripsie sur la tête dernière, on obtient un bon broiement lorsqu'on applique les branches de l'instrument suivant un diamètre oblique ou transversal de la base; on peut à la rigueur avoir un broiement régulier suivant le diamètre occipito-frontal, mais à la condition que le perforateur ait transforé la base dans le plan sagittal et que la tête ne soit pas défléchie.

Ces données permettent de comprendre que, lorsqu'on a décidé la basiotripsie, il est important de se rendre compte par le toucher manuel de la situation de la tête, de son degré de flexion ou de déflexion, etc. Avec du sang-froid et après un examen approfondi, on arrive à saisir et à broyer la tête retenue dans un bassin rétréci, à peu près comme si on avait cette tête fœtale directement sous la main.

Les résultats fournis par cette opération de la basiotripsie sont excellents: on peut, grâce à elle, faire passer des fœtus assez volumineux dans des bassins fortement rétrécis. M. Pinard a montré, chiffres en mains, qu'elle donne une sécurité complète au point de vue de la mère: la mortalité opératoire peut être considérée comme nulle, si l'on défalque de la statistique les cas où la femme a succombé à des lésions antérieures à l'opération, telles qu'une rupture utérine, etc. C'est une opération facile, présentant souvent même moins de difficultés qu'une application de forceps.

Le défaut d'espace ne nous permet pas de montrer en quoi le basiotribe est supérieur aux autres instruments broyeurs, tels que le céphalotribe, le cranioclaste; il nous suffira de dire qu'il l'emporte sur le premier en ce qu'il saisit bien la tête fœtale et qu'il est bon tracteur; il l'emporte sur le second en ce qu'il est meilleur

leur broyeur que lui.—Nous ne pouvons entrer aujourd'hui dans la discussion de certaines critiques qui lui ont été adressées, et dont quelques-unes sont fondées; qu'il nous suffise de signaler les modifications apportées par M. Bar à l'instrument et dont la plus importante permet de commencer à volonté le petit broiement par la branche gauche ou par la branche droite,—ce qui dans certains cas à une très grande utilité.

Avec ou sans ces modifications légères, le basiotribe Tarnier est un instrument précieux et qui, pour être d'un usage beaucoup moins fréquent que le forceps, n'en est pas moins indispensable à tout praticien qui s'occupe d'obstétrique.—Dr. G. LEPAGE, in *Concours médical*.

**Influence de l'alimentation sur la composition du lait de la femme.**—Dr ZALESKI.—L'auteur s'est proposé d'étudier l'influence directe de l'alimentation sur le lait de la femme et de compléter les observations très insuffisantes sur ce sujet. Voici le résultat de son travail :

1° Un lait trop riche en matières grasses peut exercer une influence des plus nuisibles sur la santé de l'enfant.

2° Une alimentation abondante et riche en albumine augmente beaucoup la quantité des corps gras contenus dans le lait, elle diminue la quantité de lactose et n'exerce que peu d'influence sur les autres éléments.

3° Un régime et une alimentation convenables permettent, jusqu'à un certain point, d'obtenir la composition lactée nécessaire pour tel enfant dans chaque cas particulier.

4° L'alimentation exerce donc sur la composition de la sécrétion lactée une influence marquée aussi bien chez l'homme que chez les animaux.

5° Les matières grasses du lait se forment très probablement d'une façon directe ou indirecte des matières albuminoïdes introduites par l'alimentation.

---

—Grandeur suprême de l'art médical dont l'exercice nous fait passer, dans la même heure, des hauteurs les plus abstraites de la science aux plus viles œuvres manuelles.

—Cl. Bernard niait que la médecine fût un art; mais si un désarticulé de la cuisse, guéri, est un monstre pour la plastique, n'est-il pas aussi un chef-d'œuvre vivant de l'art du chirurgien?

—A la ville, une grande clientèle rapporte des rentes et à la campagne des rhumatismes.

## PÆDIATRIE.

**De Pèlevage des enfants par les mères et les nourrices, par le Dr. LIETARD.**—1. La mère qui peut, sans danger pour elle, allaiter son enfant de son sein, le doit; en cas d'obstacle absolu, elle prendra une nourrice. La nourriture au biberon, sans les secours du sein, est un procédé blâmable, s'il peut être écarté; il augmente, dans une proportion très forte, les chances de maladie et de mort de l'enfant.

2. Jusqu'à l'âge de six mois, l'enfant ne doit prendre absolument que du lait, sans addition de farine ni d'autre substance analogue. À défaut ou en cas d'insuffisance du lait de femme, on donnera à l'enfant du lait de vache, de chèvre ou d'ânesse, provenant, autant que possible, toujours du même animal et coupé d'eau.

3. Le coupage du lait sera fait uniquement avec de l'eau légèrement sucrée et tiède, par moitié pendant dix jours, par tiers jusqu'à la fin du premier mois, par quart jusqu'au quatrième mois, après quoi, on se contentera de le sucrer très légèrement. Le mélange ne sera fait qu'au moment de l'offrir à l'enfant; pour le faire, on chauffera plutôt l'eau que le lait.

4. L'enfant prendra le lait dans des vases ou biberons en verre, sans adjonction d'aucun tube, ni appareil en caoutchouc. Tous les hygiénistes sont aujourd'hui d'accord à ce sujet, surtout depuis le travail si intéressant de M. Fauvel fils, sur les micro-organismes trouvés dans les tubes en caoutchouc des biberons.

Les vases ou biberons seront soigneusement nettoyés après chaque repas; les restes ne seront pas donnés à l'enfant, mais jetés. Il faut proscrire absolument les suçons de linge ou d'éponge.

5. Les têtées ou les repas, auront lieu, pendant le jour, de deux en deux heures; dans la nuit, un intervalle de quatre ou cinq heures sera réservé au repos de la mère ou de la nourrice.

6. Au septième mois, on commencera à donner des potages au lait ou à la bouillie légère de farine de blé. Au douzième mois, on pourra alterner les potages gras avec l'alimentation par le lait et le laitage.

7. Le sevrage pourra avoir lieu au plus tôt après le douzième mois, autant que possible après la sortie de la douzième dent. Il ne sera pas fait brusquement; l'enfant y sera préparé par des têtées de moins en moins fréquentes, remplacées par des potages gras ou maigres.

8. Chaque matin, avant le premier repas, l'enfant sera lavé de la tête aux pieds, avec de l'eau tiède en hiver, presque fraîche en été, et changé de linge. Après le lavage, l'enfant sera poudré avec

de l'amidon ou du lycopode. On s'opposera à la formation de croûtes sur la tête, en la brossant doucement chaque jour, après l'avoir, si cela est nécessaire, légèrement enduite d'huile.

9. L'enfant sera vêtu plus ou moins chaudement, selon les saisons mais les bras seront laissés libres. L'emmaillotage sera toujours peu serré; la bande du ventre sera conservée pendant un mois au moins.

10. L'enfant ne devra jamais dormir dans le lit de la mère ou de la nourrice. Le berceau sera tenu très propre, les rideaux n'en seront pas complètement fermés.

On ne sortira pas l'enfant avant le quinzième jour; il sera ensuite porté au dehors chaque jour, si le temps le permet. Les promenades alterneront avec les longs sommeils; dans les intervalles, il sera, après les premiers mois, déposé sur une couverture, libre de se remuer, de se rouler. Il apprendra à se relever seul et à marcher seul, sans le secours des chariots, roulettes, dont l'usage sera proscrit. Le sommeil du milieu du jour sera conservé jusqu'à l'âge de 3 ans.

11. L'enfant sera vacciné du quatrième au sixième mois; immédiatement et, quel que soit l'âge, en cas d'épidémie de petite vérole. Le vaccin animal est préférable, de beaucoup, au vaccin de bras à bras. Le résultat de la vaccination doit être vérifié avec soin, vers le huitième jour.—*Revue d'hygiène.*

**Des troubles digestifs chez les petits enfants.**—Un très grand nombre d'enfants succombent à des troubles digestifs: gastro-entérite, choléra infantile athrepsie, voilà les diagnostics qui se trouvent inscrits sur les statistiques officielles. Si les enfants jeunes succombent si souvent à des affections du tube digestif, cela tient à plusieurs causes. D'abord au peu de soins que beaucoup de parents et de nourrices apportent à l'alimentation des enfants.

Le règne du biberon n'est pas près de finir, malgré la croisade faite par les médecins en faveur de l'allaitement maternel. Ce que n'avait pu obtenir des femmes de son temps, l'éloquence pathétique de l'auteur d'Emile, les raisonnements scientifiques du nôtre ne l'ont pas obtenu davantage: les mères dans la classe aisée ne nourrissent pas plus leurs enfants qu'au temps de Rousseau. Les maris, par égoïsme génital, sont complices de l'égoïsme mondain des femmes, et les médecins font souvent preuve d'une complaisance excessive en abondant avec trop d'empressement dans le sens du mari et de la mère accouchée, quand ils déclarent que celle-ci est trop faible de constitution pour nourrir elle-même son enfant.

La nourrice mercenaire sur lieux ou en province, voilà le parti auquel on s'arrête dans les familles aisées. J'ai pourtant vu récemment une famille de millionnaires dans laquelle on a adopté

le biberon, parce la mère ne voulait pas que son enfant se prit d'affection pour la mercenaire dont le soin l'aurait nourri. Ne croyez pas cependant qu'elle se donnât la peine de faire elle-même la cuisine du bébé. C'était une nourrice sèche qui présidait aux repas de l'enfant et on ne comprend pas ce que la jalousie maternelle y gagnait ; le petit être se fut autant attaché à la femme qui lui donnait son biberon qu'à la nourrice qui l'eût suspendue à sa mamelle. Je ne me charge pas d'expliquer ces inconséquences de la logique féminine. L'enfant sauva la situation en mourant d'une entérite cholériforme aux premières chaleurs ; « par accident, il allait si bien jusque-là ! » dit l'entourage .... Ce fait pour montrer que le pauvre biberon ne sévit pas uniquement sur le pauvre monde.

Mais, outre le choix d'un mode d'alimentation défectueux, il faut encore faire entrer en ligne de compte au point de vue de la mortalité par affection des voies digestives, les fausses manœuvres thérapeutiques, tranchons le mot, l'inexpérience de beaucoup de médecins en matière de traitement de la dyspepsie des petits enfants.

Quand on soigne un adulte atteint d'embarras gastrique ou de catarrhe intestinal, on peut sans dommage irréparable ne pas instituer la thérapeutique la plus logique ; le malade se remettra peut-être moins vite, mais il n'est pas probable qu'il en meurt, d'abord parce qu'il a une résistance suffisante, ensuite parce qu'il se défendra instinctivement contre les errements de son médecin. Je m'explique.

L'adulte qui par suite des fermentations excessives dont son tube digestif est le siège cesse d'avoir faim, mais est dévoré de soif, se met de lui-même à la diète d'aliments et se rafraîchit avec des boissons aqueuses—L'enfant qui éprouve les mêmes symptômes, mais qui ne sait pas dire : « je n'ai pas faim, j'ai soif, » est dans une situation bien plus critique. Il se précipite avec avidité sur le sein ou sur le biberon, et, comme le lait qu'on lui donne, une fois coagulé dans l'estomac, est en réalité un aliment solide, réclamant un travail digestif dont ses organes sont momentanément incapables, il continue à introduire de la matière putrescible dans un réservoir en pleine fermentation : cette matière bientôt putréfiée continue à l'intoxiquer. Aussi, malgré les drogues qu'on lui donne par surcroît, continue-t-il à vomir et à avoir la diarrhée. Les accidents d'intoxication s'accroissent : anurie, hypothermie, crampes, convulsions, coma, mort. Voilà le tableau des accidents à marche aiguë. Ou bien il y a des alternatives de répit, de courtes et trompeuses rémissions suivies de trop certaines et longues rechutes ; la thérapeutique, mieux conduite, enrayer les accidents d'intoxication, mais pendant ce temps les forces se sont épuisées, les tissus détruits, et la mort peut survenir plus tard d'inanition.

Au fond il y a erreur médicale du début, l'erreur consistant à

croire qu'il suffit de donner ses médicaments pour guérir les troubles digestifs, sans s'inquiéter suffisamment de l'alimentation elle-même.

Cette erreur ne fait de victimes que chez les petits enfants ; car le même médecin, s'il avait été appelé près d'un enfant de cinq ans atteint de troubles digestifs, aurait commencé par prescrire la diète, ne pense pas ou n'ose pas dire pour un enfant de six mois atteint des mêmes troubles : " Suspendez ou diminuez l'alimentation par le lait. "

Les causes qui font qu'un enfant nouveau-né présente des troubles digestifs sont nombreuses et je ne puis ici résumer la pathologie des voies digestives.

Pour retracer cependant les grandes lignes, il suffira d'énumérer, si l'enfant est au sein, la mauvaise qualité du lait par suite de troubles dans la santé de la nourrice,—la trop grande quantité de lait absolue ou relative ; — car tel enfant qui digérait bien 60 grammes de lait toutes les deux heures la semaine dernière, ne peut le faire aujourd'hui, si la température extérieure plus élevée ou le travail de la dentition ont diminué la quantité ou modifié l'activité de ses sécrétions digestives.

Si l'enfant est au biberon, outre la quantité et la qualité du lait, il peut y avoir place parmi les causes de troubles digestifs pour la malpropreté des récipients et l'adultération du lait par des germes extérieurs.

La pathogénie des troubles gastriques et intestinaux des petits enfants est complexe : quelques-uns des processus morbides nous sont familiers, il y en a que nous commençons à peine à soupçonner.

Ainsi nous avons appris par les recherches de Damaschino et Clado, qu'une certaine espèce de diarrhée verte est en corrélation avec la présence ou la pullulation d'une bactérie spéciale ; puis Hayem et Lesage nous ont montré que, les garde-robes étant alors neutres ou alcalines, il suffit de modifier, par l'acide lactique, la réaction du contenu intestinal pour arrêter la pullulation de la bactérie pathogène et faire cesser la diarrhée. Cette bactérie est-elle introduite accidentellement dans le tube digestif des enfants ? Y vit-elle habituellement, en parasite inoffensif côte à côte avec tant d'autres microbes, hôtes utiles ou indifférents du tube digestif, et ne devient-elle nocive et pathogène à de certains moments que par suite de modifications des sécrétions chimiques ? Ce sont là des questions non résolues.

De tout temps on a connu ces garde-robes vertes, à réaction acide, par polycholie, qui traduisent la congestion hépatique due à un excès d'alimentation ou à la décomposition des aliments ingérés. Les médecins ont appris empiriquement à leur opposer l'emploi des alcalins et quelques petites doses de calomel.

Mais outre ces formes bien tranchées, combien d'autres sont mal établies !

Les troubles gastriques qui surviennent chez certains enfants à l'occasion de l'éruption des dents, et qu'on appelle tour à tour, suivant leur marche aiguë ou subaiguë et leur intensité plus ou moins grande, indigestion, embarras gastrique, catarrhe stomacal, — ceux qu'engendre progressivement une alimentation déféctueuse soit comme qualité, soit comme quantité : dyspepsie, gastrite, atonie et dilatation de l'estomac, quelle en est la pathogénie ?

Il y a part dans leur genèse pour des facteurs divers. À l'origine il s'agit souvent d'une perturbation du système nerveux d'origine réflexe : c'est la gingivite dentaire, c'est un coup de froid ou une excessive chaleur qui diminuent l'activité des sécrétions gastriques, la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique par exemple. Celui-ci ne protège plus les aliments contre les microbes, hôtes habituels de la bouche ou de l'intestin qui se mettent à pulluler et à fabriquer avec excès des poisons innombrables, indol, phénol, crésol, scatol, ammoniacque composées, hydrogènes sulfuré et carboné, acides gras, ptomaines, etc. Ces substances toxiques résorbées vont imprégner le système nerveux, et localement irritent la muqueuse, dont le catarrhe et l'hypercrinie encombrant le tube digestif de mucus et d'épithélium en desquamation.

Ainsi l'influence du système nerveux, les modifications chimiques des sécrétions physiologiques, la stagnation des matières indigérées, le parasitisme et l'infection, l'auto-intoxication sont les stades principaux ou les facteurs variables de ces états morbides du tube digestif que nous offre à chaque instant la première enfance.—Le problème est plus complexe encore ; car je laisse à dessein de côté la question du phagocytisme et des infections secondaires, qui, encore peu connue, m'obligerait à entreprendre une trop longue digression. J'y reviendrai quelque jour à loisir.

La plupart des médecins ont confusément compris certaines données du problème, mais non toutes ; ce que trop peu saisissent, c'est l'opportunité de telle ou telle conduite thérapeutique à tenir. D'ailleurs les indications changent vite dans ces états morbides ; ce qui était convenable le matin, ne l'est plus le soir et, s'il y a des maladies dans lesquelles il faille suivre de près le malade, c'est certainement dans celles-là !

Quand on compare les ordonnances des médecins appelés à soigner les troubles digestifs des petits enfants, on s'aperçoit qu'elles se divisent en deux catégories : il y a celles qui ne font intervenir que les alcalins, les astringents, les opiacés ; il y a celles où on ne voit que les antiseptiques. Peu de médecins savent faire à propos l'application de l'une et de l'autre de ces médications. Bien moins encore savent-ils organiser la diététique, qui est cependant la clef de la guérison.

Il faut prendre des exemples concrets pour se faire comprendre.

Un enfant d'ordinaire bien portant, tétant régulièrement et de

bon appétit tous les deux heures le jour et deux fois dans sa nuit commence à vomir une partie de son lait une demi-heure ou une heure après l'avoir pris; ses garde-robes contiennent manifestement des grumeaux de lait non transformés. Il ne digère donc pas complètement, il prend cependant le sein avec la même avidité; il se plaint même, s'agite et le réclame avant l'heure habituelle, parce qu'il a soif. L'indication à ce moment est bien simple, *diminuer l'alimentation*, c'est-à-dire, espacer les tétées ou laisser prendre moins de lait à la fois, alcaliniser légèrement le lait pour le faire coaguler en plus petits fragments qui seront plus vite et plus facilement digérés; quelques cuillerées d'eau de Vals ou de Vichy répondront à cette indication et calmeront la soif.

Si on n'est appelé qu'à un degré plus accentué, qu'il y ait ou non vomissements, il y a garde-robes vortes, puis fétides, grisâtres, séreuses, muqueuses, multipliées, riziformes; ventre ballonné, bouche sèche, soif vive. L'intoxication est ici manifeste. Les indications se posent autrement. La première de toutes est de *supprimer l'alimentation*, de suspendre momentanément toute introduction de substance fermentescible dans le tube digestif, d'évacuer le contenu putride de celui-ci pour entraîner les poisons formés et de réaliser l'antisepsie pour empêcher la production de fermentations nouvelles. C'est alors que le calomel donne un très bon résultat [0 gr. 05 à 0 gr. 30 centigr.]; puis l'emploi d'un antiseptique: résorcine [0 gr. 10 à 0 gr. 50], salicylate de soude [0 gr. 05 à 0 gr. 10], benzoate de soude [2 à 4 gr.], naphthol, salicylate de bismuth, etc., donné par la bouche et sous forme de lavements antiseptiques. On peut varier les antiseptiques et les associer aux alcalins et aux poudres inertes, craie et bismuth. Les antiseptiques insolubles sont préférables et je placerais en première ligne le naphthol, s'il n'était pas d'une administration difficile à cause de sa saveur brûlante; en suspension dans une potion gommeuse très sucrée, on réussit cependant à le faire avaler.

C'est seulement quand toute cette besogne d'Augias aura été accomplie, c'est-à-dire au bout de quelques heures, qu'on pourra essayer de nouveau d'introduire de l'aliment, mais en très petite quantité, en surveillant bien les garde-robes qui suivront.

S'il est permis de laisser plusieurs heures l'enfant sans lait, il ne faut pas le laisser sans boisson; car il est indispensable qu'on rende à ses tissus l'eau que la diarrhée leur a soustraite, et que l'urination continue pour entraîner les poisons absorbés. L'eau des lavements y pourvoit pour une part, et l'eau alcaline qu'on donne par la bouche ou l'eau contenant quelques principes toniques stimulants [vieille eau-de-vie, café].

A un degré plus avancé des accidents morbides, on observe l'hypothermie, ventre plat, urines rares ou nulles, convulsions ou adynamie et coma. C'est aux stimulants du système nerveux qu'il faut alors s'adresser avec énergie et décision: alors point d'éva-

cuants, point d'antiseptiques ; injections sous-cutanées d'éther, de camphre, [camphre 0 60, alcool, eau à 5 gr.] ou de caféine ; frictions cutanées, sèches et aromatiques, bain sinapisé, bain de camomille à 380, bain de vin.

Par la bouche de quart d'heure en quart d'heure une cuillerée à café d'un vin généreux [Champagne, Porto, Sherry, Malaga, coupés d'eau par moitié].

Lavements d'eau boriquée, suivis de lavements de bouillon et de vin.

Puis, quand le danger de mort imminente est un peu écarté et qu'on essaie d'introduire des substances alimentaires, si c'est la digestion stomacale qui est surtout défectueuse, ne pas commencer par le lait, mais par des lavements de bouillon dextrinés, de la décoction d'orge, de l'eau albumineuse, un peu de bouillon de poulet, de veau ou de bœuf dégraissé et additionné d'un peu de dextrine.

Ce n'est qu'au bout d'un nombre plus ou moins grand d'heures, d'un, deux, trois nychémères même qu'on peut revenir à l'usage du lait, qu'il faut quelquefois donner glacé ou coupé d'un tiers de bouillon ; on peut encore donner, une demi-heure ou une heure avant le sein, un lavement de 30 à 50 gr. de bouillon contenant 10 gr. de dextrine. Cet emploi du bouillon et de la dextrine est basé sur les travaux de Schiff relativement aux substances peptogènes. Herzen, dans un livre excellent sur la digestion stomacale a bien mis en lumière le parti qu'on peut tirer de ces substances.

Puis on peut, si la digestion gastrique continue à s'accomplir laborieusement, essayer de faire suivre chaque injection de lait de quelques cuillerées à café d'une potion chlorhydro-pepsique, comme celle-ci :

Pepsine .....	1 gramme.
Acide chlorhydrique .....	0 gr. 50
Sucre .....	10 gr.
Eau distillée.....	120

Quand l'alimentation est reprise régulièrement, il faut bien surveiller les garde-robes et ne pas hésiter à diminuer de nouveau l'alimentation au moindre indice de digestion imparfaite.

En résumé, ce que j'ai voulu mettre en lumière dans cet article, c'est que le premier devoir du médecin,—le plus négligé cependant dans les troubles digestifs, quelle qu'en soit la cause,—est de diminuer ou de supprimer l'alimentation et d'en varier la nature. Le second est de bien saisir l'indication thérapeutique urgente suivant l'étape à laquelle le processus morbide est arrivé ; il y a un moment pour les évacuants et les antiseptiques, un autre pour les stimulants et les toniques, un autre pour les analeptiques.

Ces indications varient suivant les malades et plusieurs fois dans le cours de la même maladie ; elles se déduisent de l'examen

des déjections, des signes abdominaux et de l'état général. Si on les saisit exactement, on sauve l'enfant; si on ne sait pas les discerner, on le perd.

Cela n'est pas au fond bien difficile, mais cela demande une grande attention, des visites fréquentes et une autorité absolue sur l'entourage du malade. Cette autorité, ni l'âge, ni la situation scientifique ne suffisent à la donner; mais tout médecin peut la conquérir en quelques heures, s'il a du sang-froid, du tact et le feu sacré, c'est-à-dire le désir passionné de sauver son malade.—Dr. P.

LEGENDRE, in *Concours médical*.

**Dyspepsie des enfants.**—La dyspepsie des enfants est parfois la manifestation précoce d'un état névropathique. M. Jules SIMON la considère comme fréquente chez les petites filles de six à huit ans. Son traitement doit être à la fois *tonique, sédatif et eupeptique*.

10. Comme *tonique*, insister sur le traitement général: hydrothérapie, régime diététique.

20. Comme *sédatif*, administrer, avant chaque repas, et dans un quart de verre d'eau, 3 à 5 gouttes d'une mixture ainsi préparée:

Teinture de belladone.....	} àâ 10 grammes.
Elixir parégorique.....	

Après le repas, M. J. Simon prescrit encore un paquet composé de:

Codéine.....	0gr,002 à 0gr,005 milligr.
Magnésie ... ..	} àâ 0gr,10 centigr.
Poudre d'yeux d'écrevisses. ... ..	
Rhubarbe.....	0gr,05
Noix vomique... ..	0gr,01

30. Comme *eupeptique*, on recommande l'administration avant le repas, dans quelques grandes cuillerées d'eau, aux enfants de sept ans, d'une cuillerée à café de la teinture composée suivante:

Teinture de cascarille.....	5 grammes.
Teinture de rhubarbe.....	10 —
Teinture d'écorce d'oranges amères.....	20 —
Teinture de goutiane .....	20 —
Teinture de noix vomique.....	5 —

Cette médication a pour effet de combattre l'atonie des voies digestives et de stimuler l'appétit.—*Abcille médicale*.

## MÉDECINE LÉGALE ET DERMATOLOGIE.

**Traitement de l'alopecie.**—Le Dr LASSAR, pour enrayer la chute quotidienne des cheveux, la formation des squames et le prurit, la sécrétion grasse de l'alopecie pityrode, conseille les moyens suivants:

On fait savonner le cuir chevelu pendant à peu près dix minutes, par une main exercée, chaque jour, pendant les six à huit premières semaines, ensuite plus rarement, de préférence avec un savon contenant une forte proportion de goudron. On lave ensuite, d'abord avec de l'eau tiède, puis avec de l'eau froide, pour prévenir les refroidissements. Après avoir séché légèrement le cuir chevelu, on fait une friction, avec :

Solution de bichlorure hydrarg.....	0,5 sur 150 gr.
Glycérine .....	} àâ..... 50
Eau de Cologne.....	

Ensuite on frictionne avec de l'alcool absolu additionné de  $\frac{1}{2}$  O<sub>7</sub>0 de naphtol; enfin on pratique sur la peau une onction aussi abondante que possible avec :

Acide salicylique.....	2 grammes.
Teinture de benjoin.....	3 —
Huile de pied de bœuf.....	100 —

Le savonnage détruit toutes les adhérences, la solution de sublimé pénètre sous cette forme par les orifices des follicules pileux, l'alcool dessèche, enlève la graisse et désinfecte, l'huile salicylée est absorbée rapidement par tous les pores et peut agir dans l'intérieur des canaux glandulaires. Si l'on applique chaque jour cette méthode, des résultats favorables se produisent dans la plupart des cas. Naturellement on ne peut espérer de succès dans l'alopecie prématurée que dans les régions où le processus n'a pas encore détruit les éléments susceptibles de croissance. De plus, le prurit, la formation anormale de squames, de graisse s'arrêtent, et les cheveux qui tombaient en quantité commencent, au bout de quelques semaines, à être plus adhérents; tout au moins demeurent-ils dans le statu quo. Mais au début de la chute des cheveux, surtout chez les sujets jeunes, l'utilité de la cure est encore plus nécessaire. Notamment chez les jeunes filles et les jeunes femmes on obtient d'excellents résultats.

Les cheveux qui étaient raides, fendillés, ternes, redeviennent souples et élastiques. Des centaines de cheveux vigoureux repoussent.

Dans les cas rebelles on a d'autres ressources à sa disposition. Avant tout on peut avoir recours au sublimé, qui a une action presque spécifique sur la croissance des cheveux. Des lavages répétés avec une solution de sublimé amènent le développement des poils follets; l'auteur l'a constaté chez une dame sur le front. Des pansements avec une solution de sublimé provoquent de l'hypertrichose sur les membres. On avait déjà observé les mêmes résultats avec les pansements anciens à la gaze phéniquée, de Lister.

On sait depuis l'emploi de la lanoline que les corps gras d'origine animale favorisent la résorption dans la peau humaine. La graisse du cou du cheval, qui est un remède populaire dans beaucoup de pays, aurait une certaine valeur en raison de sa composition chimique. Elle est utile dans la préparation suivante :

Acide phénique.....	1 gramme.
Soufre sublimé .....	5 —
Graisse de cou de cheval.....	50 —
Huile de bergamote.....	X gouttes.

La térébenthine employée avec précaution agit de la même manière, soit comme huile, au début, avec parties égales d'huile ordinaire, soit mélangée avec de l'alcool étendu.

La pilocarpine a également une action sur la pousse des cheveux.

Pilocarpine muriatique.....	2 grammes.
Vaseline jaune.....	20 —
— de lavande .....	80 —

Il est probable que l'addition de baume du Pérou dans les anciennes pommades pour les cheveux agissait uniquement comme antiparasitaire. La formule suivante rend de grands services, selon Lassar :

Pilocarpine muriatique.....	2 grammes.
Quinine.....	4 —
Soufre précipité.....	10 —
Baume du Pérou.....	20 —
Moelle de bœuf.....	100 —

Ensuite il faut encore citer le goudron dont l'utilité, sous forme de bain, constitue évidemment un traitement antiparasitaire dans tous les cas à marche progressive rapide.—*Annales de dermatologie.*

**Herpès génital.**—Clinique de M. le prof. BESNIER, à l'hôpital Saint-Louis.—L'herpès génital se présente après la période vésiculeuse sous forme de taches rouges qui durent quelques jours et se recouvrent d'une petite croûte. L'éruption a disparu à peu près au bout d'une huitaine de jours, mais pour se reproduire fréquem-

ment dans la même région. Cet herpès, qui constitue une affection à évolution bien spéciale, a été assimilé à tort par quelques auteurs à de l'eczéma dont il est facile ordinairement de le distinguer. La difficulté du diagnostic se présente surtout lorsque l'herpès siège sur la muqueuse, et c'est alors avec le chancre que la confusion peut principalement se faire : encore cette difficulté n'est-elle surtout très grande que si la lésion a été modifiée par un traitement local.

S'il s'agit d'un chancre mou, la lésion se creuse très rapidement et au bout de vingt-quatre heures, une excavation facile à reconnaître est déjà formée. La difficulté est plus grande lorsque c'est un chancre syphilitique. Mais l'étude de la marche de la lésion a une grande importance, car l'herpès ne dure pas plus de sept à huit jours, tandis que la durée du chancre est beaucoup plus longue. De plus, le chancre syphilitique présente une sécheresse particulière et en le serrant à la base, on n'en fait sortir presque aucun liquide; l'herpès ou le chancre mou au contraire, laissent couler une certaine quantité de sérosité. Les cas mixtes ou accompagnés d'irritation sont d'un diagnostic évidemment beaucoup plus délicat, mais ne constituent, en somme, que des exceptions. Un fait très remarquable dans l'histoire de cette forme d'herpès, c'est qu'il ne s'observe pas sur des sujets vierges; on ne l'observe guère que chez ceux qui ont eu antérieurement des maladies vénériennes, presque toujours un chancre mou, souvent aussi une blennorrhagie. Aussi, comme cette affection se reproduit fréquemment, son véritable nom doit-il être : herpès génital récidivant.

Cette forme d'herpès préoccupe beaucoup les malades qui en sont atteints, car l'éruption se reproduit fréquemment, quelquefois même tous les quinze jours. De plus, c'est une voie ouverte à la contagion. Aussi y a-t-il lieu pour eux de prendre certaines précautions prophylactiques. La plupart de ces malades par exemples, savent que, lorsqu'ils restent continents, ou n'ont de rapports qu'à une époque éloignée de la menstruation, l'éruption ne se produit pas. Il faut aussi leur recommander une propreté urinaire minutieuse, propreté qu'il est facile d'obtenir chez l'homme, mais beaucoup plus difficile chez la femme.

Lorsque la peau a une grande tendance à la sécheresse, il faut recourir à de fréquentes onctions avec la vaseline; si, au contraire, elle présente trop d'humidité, il faut la poudrer avec un mélange tel que le suivant :

Amidon.....	100 grammes.
Tannin.....	5 —
Sous-nitrate de bismuth.....	1 —

Les lavages sont faits avec de l'eau phéniquée très étendue.

Quant aux ulcérations, même consécutives à l'herpès, il faut les traiter par des pansements astringents, mais jamais par les cautérisations.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

## FORMULAIRE.

**Pityriasis.**—*Guéneau de Mussy.*

P.—Muriate d'ammoniaque.....	10	grains
Glycérine.....	1	once
Eau de roses.....	4	onces

M.—En lotions.—*Union médicale.*

**Eczema infantile.**—*Delapert.*

P.—Acide borique.....	1½	drachme
Vaseline.....	1	once
Baume du Pérou.....	8	grains

M.—Faire un onguent.—*New Orleans Medical and Surgical Journal.*

**Soif des diabétiques.**—*Duchesne.*

P.—Phosphate de potasse.....	1	drachm. c.
Eau.....	5	onces.

M.—Dose : Deux à quatre drachmes.—*Western Druggist.*

**Cystite purulente.**

1re P.—Acide tannique.....	15	grains
Poudre de camphre.....	7	“
Sucre blanc.....	75	“

M.—Diviser en 10 poudres ; en prendre cinq par jour.

2e P.—Tannate de quinine.....	15	grains
Sucre blanc.....	75	“

M.—Diviser en 10 poudres ; en prendre cinq par jour.

**Tinea circinée.**—*Illingworth.*

P.—Solution d'iodure de sodium (1 partie pour 4).....	½	once
Biniodure de mercure.....	½	drachme
Eau.....	2	onces

M.—Appliquer avec un pinceau.—*British Medical Journal.*

**Pastilles désinfectantes.**

P.—Paraffine.....	9½	parties
Iode.....	1	“
Acide salicylique.....	2	“

M.—Faire brûler dans l'appartement à désinfecter.—*Weekly Medical Review.*

Dans le cours de l'année dernière, 1356 personnes ont succombé au delirium tremens, en Angleterre.

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: - - - Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, JANVIER 1890.

---

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, *par lettre*, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'Administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelq'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant le plus ancien journal de médecine publié en langue française sur le continent américain, est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette Paris, France sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maison et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage déposé à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

---

## BULLETIN.

### L'épidémie actuelle de grippe.

Le Canada, pas plus que les Etats-Unis, n'a échappé à l'influence épidémique qui, depuis trois mois, parcourt la vieille Europe. Dès la fin de décembre 1889, la grippe a fait son apparition à Montréal, puis s'est répandue un peu partout, à travers le Dominion, présentant en tous lieux des caractères à peu près identiques. Ces caractères sont les mêmes, à très peu de chose près, que ceux qui ont signalé la grippe en d'autres pays, et que M. le professeur Potain a très heureusement résumés dans une leçon clinique faite à la Charité, le 14 décembre :

“ Tout d'abord, période prodromique courte, qui fait parfois défaut, caractérisée par un frisson initial ou de petits frissons répétés, avec courbature, douleurs articulaires ou périarticulaires, céphalal-

gie violente, rachialgie, et surtout une prostration profonde survenant avec une brusquerie inouïe, prostration aussi morale que physique. Le malade est souvent saisi d'anxiété, d'inquiétude qui lui font craindre l'invasion d'une maladie grave. Cette période prodromique dure de douze à quarante-huit heures.

“ A la période d'état se rattachent les catarrhes des diverses muqueuses. D'abord le coryza, avec enchifrènement, douleur frontale localisée au niveau des sinus, rougeur des conjonctives, pharyngite, laryngite, raucité de la voix, même aphonie, quelquefois toux quinteuse ou coqueluchoïde avec expectoration limpide, visqueuse, rarement sanglante, quelquefois une dyspnée hors de proportion avec l'inflammation de la muqueuse aérienne ; la respiration peut même être haletante, irrégulière et accompagnée de points de côté plus ou moins nombreux. Les signes physiques sont souvent nuls ; on constate parfois une légère submatité, des râles ronflants et sibilants, et plus tard, quelques râles muqueux.

“ Du côté des voies digestives : anorexie, soif, bouche mauvaise, langue blanche, rouge sur les bords, avec saillie des papilles. Les hypochondres sont le siège d'un peu de gonflement ; parfois de la douleur et du gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite, comme dans la fièvre typhoïde. Au début, constipation ; plus tard peut survenir de la diarrhée avec coliques. Les urines sont peu abondantes, elles peuvent contenir de l'albumine. Avec ces manifestations diverses, le malaise du début a persisté sans s'exagérer, d'ordinaire ; il y a en outre des vertiges, bourdonnements d'oreilles, grand abattement. Le mouvement fébrile de la grippe est caractéristique. La fièvre a un début soudain, atteint parfois d'emblée 40° cent. (104° Fahr.). Il y a des ascensions brusques et des abaissements rapides et subits, comme le fait a lieu dans la granulie aiguë. Quelques sujets ont une fièvre rémittente, avec phases répétées, comme s'il y avait de véritables réitérations de la maladie. En somme, la température oscille entre 38° et 40° cent. (100° et 104° Fahr.).

“ Le pouls est fréquent, souvent irrégulier, intermittent.

“ Ajoutons à cela l'apparition d'exanthèmes variables et inconsistants érythème diffus ou scarlatiniforme, urticaire ou herpès. La prédominance d'un catarrhe, ou de l'état général, imprime à la maladie un caractère particulier, et crée des formes que l'on a désignées sous le nom de forme céphalique, forme thoracique, forme abdominale, etc.”

La grippe évolue en cinq ou six jours, rarement elle va jusqu'à neuf jours.

Ce qui a caractérisé l'épidémie actuelle en Russie, en Allemagne, en France, aux Etats-Unis, et ce qui la caractérise également ici, c'est sa bénignité ; rarement les malades sont forcés de garder le lit plus de deux ou trois jours. Aucune mort n'a été signalée à Montréal dans les cas non-complicqués. Les complications seules

ont aggravé le pronostic dans certains cas relativement rares, et quand l'issue a été fatale, c'est encore aux affections intercurrentes, en particulier à la broncho-pneumonie, que la mort a dû être attribuée.

Le tableau clinique de la grippe, s'il est en général d'une nature plus ou moins uniforme, offre cependant quelques singularités sur lesquelles il n'est pas inopportun d'attirer l'attention. L'attaque est la plupart du temps soudaine, nous avons observé plus d'un cas où le début a été absolument foudroyant. Il est rare que, dans les cas bien prononcés, voir dans les cas absolument légers, il n'y ait pas prédominance de quelque symptôme, lequel semble vouloir, par son intensité même, faire oublier tous les autres. Les symptômes qui se sont montrés les plus prononcés ont été, dans les cas observés par nous, la céphalalgie frontale, la rachialgie, les douleurs lombaires et articulaires, le coryza.

À maintes reprises, les douleurs ont été tellement intenses que nous aurions volontiers porté le diagnostic : dengue, au lieu de grippe. Au reste, plusieurs observateurs, tant à Berlin qu'à Paris et à St-Petersbourg, ont cru avoir affaire, non pas à la grippe, mais à la dengue atténuée.

Souvent aussi nous avons constaté, à l'exemple de M. le professeur Jaccoud, que la grippe est une maladie à reprises, la reprise affectant le même caractère que la première manifestation. Presque toujours, enfin, elle laisse après elle, d'abord une extrême susceptibilité des muqueuses à s'enflammer sous l'influence des causes ordinaires et en particulier du froid, et de plus une débilité, un affaissement hors de proportion avec le degré de fièvre antérieure. De là deux indications formelles : interdire absolument aux malades les sorties trop hâtives, et, l'accès passé, les mettre à un régime tonique : diète généreuse, alcooliques, fer, quinquina, huile de foie de morue, strychnine, etc.

Quant au traitement de la maladie elle-même, il peut se résumer à l'emploi de l'antipyrine, de la phénacétine, du sulfate de quinine, etc., pour combattre la fièvre et les douleurs. Les bains chauds, généraux ou locaux ont également bien agi dans ce sens. Diète modérée, repos absolu. S'il y a constipation, un purgatif salin est indiqué.

Les complications bronchiques et pneumoniques se traitent par les moyens ordinaires.

La véritable nature de la maladie n'est pas encore parfaitement définie. Tient-elle à la présence d'un microbe contagieux ou doit-on la regarder comme simplement miasmatique ? Ne serait-il pas au contraire plus rationnel de la considérer comme une véritable pandémie, d'ordre purement cosmique, et de la rattacher à une influence de la température, de climat, d'état hygrométrique de l'air ? Ce point important, dirons-nous avec notre confrère de la *Tribune médicale*, ne

pourra guère être définitivement éclairci que par une étude minutieuse de la marche suivie par l'épidémie. La question est à l'examen depuis plusieurs semaines, et les savants du monde entier s'en occupent sérieusement.

---

### L'enseignement théorique et l'enseignement pratique.

---

Nous lisons dans la *Tribune Médicale* du 28 novembre 1889 :

Un fait grave, qui ne saurait rester inaperçu, vient de se passer dans notre première Faculté de médecine : ses professeurs, réunis en conseil, jeudi 21 novembre, ont voté la suppression de l'une des deux chaires de pathologie externe, et son remplacement par une clinique officielle et spéciale des "maladies des voies urinaires." C'est à la demande et en faveur de l'un des titulaires de la chaire en question, adoué en même temps, avec une autorité magistrale, à la spécialisation dont il s'agit dans un service hospitalier créé *ad hoc* que cette transformation a été opérée ; nous avons nommé M. le professeur GUYON ; en sorte que, de professeur de pathologie externe, il devient professeur de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté, et sa première chaire se trouve, du coup, supprimée. Il y a donc, non seulement création et introduction d'une clinique nouvelle et spéciale, mais en même temps suppression d'une chaire d'enseignement théorique ou didactique.

La question de remplacer certaines parties de l'enseignement théorique par des cliniques ayant trait aux mêmes sujets ou à des sujets spéciaux a déjà été discutée dans la presse médicale et dans les Facultés. Nous aurons, nous aussi, en temps opportun, à dire notre mot sur cet important sujet, que le manque d'espace ne nous permet pas de traiter aujourd'hui.

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

BEAUDOUIN.—Guide médical à l'exposition universelle internationale de 1889, à Paris, par MARCEL BEAUDOUIN, avec la collaboration de MM. P. Achalme, G. Capus, P. Kéraval, L. Lamotte, A. Raoult, L. Regnier, A. Rousselet. 2<sup>e</sup> Fascicule.—Anatomie.—Thérapeutique.—Pharmacologie.—Microbiologie.—Hygiène.—Assistance publique. Avec figures dans le texte. Paris 1889. Aux bureaux du *Progrès Médical*, 14, rue des Carmes.

---

—Rude tâche pour le praticien qui doit guider une nature aveugle sur les indications d'une science incertaine et changeante.

—La médecine cessera d'être un art pour devenir une science exacte, le jour où le médecin n'aura plus à choisir, pour une même maladie, entre diverses médications.

## PETITE CORRESPONDANCE.

*Monsieur le Redact. ...*

Pourriez-vous par l'entremise de votre journal me donner votre opinion sur le cas suivant :

J'ai sous mes soins une jeune femme d'environ 30 ans assez robuste et jouissant d'une bonne santé. Sa troisième grossesse vient de se terminer et voici comment les choses se sont passées chaque fois : elle jouit d'une bonne santé tout le temps qu'elle est enceinte, arrivée à terme elle s'aperçoit que les mouvements de son enfant deviennent de plus en plus faibles et quinze à vingt jours après ses neuf mois révolus elle accouche d'un enfant mort mais bien développé. Le médecin qui l'a accouchée chaque fois, déclare qu'il n'a rien observé d'anormal, quelle peut être la cause de ces retards et quel est le meilleur moyen de les prévenir.

Encore une question, si vous me le permettez, M. le Rédacteur. Combien de temps après la mort de la mère, le fœtus peut-il vivre ? Le Père Debreyne, religieux de la Grande Trappe, qui avait été médecin, rapporte dans son ouvrage intitulé "Essai sur la théologie morale," plusieurs cas d'enfants qui ont survécu, de 5, 15, 20 et même quarante-huit heures à leur mère. Ces cas sont rapportés avec force preuves et en grand nombre à la page 205 et les suivantes de l'ouvrage plus haut cité. Comment dans ce cas la vie du fœtus est-elle entretenue ?

DR P.

R.—Le premier cas que vous citez nous semble constituer, s'il a été scrupuleusement observé, une exception tellement absolue à la règle générale que nous n'oserions tenter d'en donner une explication plausible. Aucun des auteurs que nous avons consultés à ce sujet ne cite de cas semblable. En étudiant de plus près et personnellement les circonstances tant générales que locales qui accompagnent la grossesse chez la malade en question, vous serez peut-être à même de découvrir la véritable cause de la mort du fœtus et, partant, le moyen de la prévenir.

Quant au laps de temps qui peut s'écoaler entre la mort de la mère et celle du fœtus, il varie nécessairement suivant plusieurs circonstances, mais il excède bien rarement un quart d'heure, dans l'opinion de l'immense majorité des auteurs. Les cas cités par Debreyne ne doivent, à notre sens, être acceptés que sous toutes réserves.

Québec, 12 décembre, 1889.

M. le Rédacteur.—Vous m'obligerez beaucoup en donnant dans votre journal, la meilleure méthode pour reconnaître le sucre et l'albumine dans l'urine.

UN ABONNÉ.

R.—La méthode d'Esbach (acide picrique et acide acétique) nous semble réunir toutes les qualités désirables pour nous permettre de découvrir la présence de l'albumine dans tous les cas ordinaires de sérinurie.

La liqueur de Fehling, *fraîchement préparée*, est encore ce que nous possédons de plus parfait pour la découverte du sucre.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

*L'Hôpital du Midi* portera désormais le nom d'hôpital Ricord.

Dans le cours de l'année dernière, 1356 personnes ont succombé au *delirium tremens*, en Angleterre.

Les hôpitaux de New-York ont besoin, dit-on, de la somme annuelle de \$393,092.25 pour pouvoir se soutenir convenablement.

MM. les docteurs Graham et Aikins, de Toronto, viennent de se retirer de la rédaction du *Canadian Practitioner*, lequel sera dorénavant sous la direction exclusive de M. le docteur A. H. Wright.

Dans sa séance du 20 novembre dernier, la Société médico-psychologique de Paris a admis au nombre de ses membres, M. le docteur E. F. DUQUET, président du Bureau médical de l'Asile des aliénés de la Longue-Pinte. Nos félicitations à M. le docteur Duquet.

**Hôpital Boucicaut.**—Le testament de Mme Boucicaut, dont l'acceptation a été approuvée par le Conseil de surveillance de l'Assistance Publique, porte à 8 millions les fonds dont dispose aujourd'hui cette Administration, pour la fondation à Paris d'un nouvel hôpital.

**La grippe.**—L'épidémie actuelle de la grippe, dit la *Semaine Médicale*, s'est manifestée tout d'abord en Russie, à Saint-Petersbourg, puis à Moscou, à Sébastopol et à Kovno; presque simultanément, elle faisait son apparition en Danemark, en Allemagne, en France, à Paris, à la fin du mois de novembre dernier, et successivement dans les autres régions de l'Europe et en Amérique.

**Le Bulletin Mensuel de l'Hôpital Johns Hopkins.**—Nous accusons réception de la première livraison du *Johns Hopkins Hospital Bulletin*, publication mensuelle de 16 pages, destinée à faire connaître le programme d'enseignement clinique, et à la publication d'un résumé des leçons, communications diverses, rapports, etc., faits soit aux cours, soit à la Société médicale de l'hôpital. Le prix d'abonnement est de un dollar par an. S'adresser: Publication Agency of the Johns Hopkins University, Baltimore, Md.

**Le testament de Ricord.**—Le testament de l'illustre défunt, qui institue sa petite nièce sa légataire universelle, comprend

avec de nombreux legs, les dons suivants : " A l'Académie de médecine de Paris, la somme de 10,000 francs, nette de tous droits, pour, avec le revenu, fonder un prix bisannuel en mon nom et comme elle l'entendra ;— à la Société de Chirurgie, la somme de 5,000 francs, nette de tous droits, pour, avec le revenu, fonder un prix également bisannuel et en mon nom, comme elle en décidera ;— à l'Association générale de secours mutuels des médecins de France, la somme de 10,000 francs, nette de tous droits ;— à l'Hôpital du Midi, ma bibliothèque scientifique, nette de tous droits, comme reconnaissance et un souvenir des 29 années de service et d'enseignement faites dans cet hôpital."—(France Médicale.)

Les "Annals of Surgery" de St-Louis, Mo., sont entrées dans leur 6ème année d'existence. Les éditeurs indigènes et étrangers méritent beaucoup d'éloges pour la valeur littéraire qu'ils ont su lui conserver. C'est le seul journal publié en langue anglaise qui s'occupe exclusivement de chirurgie scientifique et qui ne cherche pas la popularité en publiant de la petite chirurgie ; il s'efforce au contraire de mettre le lecteur au courant de tous les perfectionnements littéraires et pratiques de la chirurgie ; il ne s'occupe nullement de solliciter des annonces. Il est abondamment illustré de belles gravures et de beaux diagrammes qui élucident le texte. Ce journal mérite l'encouragement de tous les membres de la profession qui pratiquent la chirurgie. Abonnement : \$5.00 par année. Un No. 50 cts. J. H. Chambers & Co., St-Louis, Mo., E. U.

**Nécrologie.**—CANADA.—A Montréal, M. le docteur F. X. MOUSSEAU, ci-devant d'Hochohaga.—A Longueuil, M. Simon POIRIER, âgé de 25 ans, bachelier en médecine de l'Université Laval, Montréal, élève de 4e année.

ÉTRANGER.—A Iéna, le docteur Richard Von VOLKMAN, professeur de chirurgie et directeur de la clinique chirurgicale à l'Université de Halle, l'une des gloires les plus éclatantes et les plus populaires de l'Allemagne.—A Menton, le docteur S. BORKIN, professeur de clinique médicale à l'Académie militaire de St-Pétersbourg, médecin ordinaire de Son Altesse Impériale le Czar.—A Paris, M. le docteur DAMASCHINO, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Laënnec, membre de l'Académie de médecine, président de la Société Clinique. M. Damaschizo a succombé à une broncho-pneumonie compliquant une attaque de grippe.—A New-York, le docteur C. H. NICHOLS, surintendant du *Bloomington Insane Asylum*.—Le docteur Lewis Hall SAYRE, assistant professeur de chirurgie orthopédique au *Bellevue Hospital Medical College*. M. Sayre était un des fils de l'éminent chirurgien Lewis A. Sayre.

**Incroyable négligence.**—Séjour d'un pessaire dans le vagin pendant 30 ans !—Le Dr Fautl (Kruman) relate dans le *Centrallb.*

*für Gynäk.* l'observation d'une femme de 68 ans, dont la ménopause remonte à 12 ans et qui perd du sang sans cesser par la vulve depuis quatre semaines. Elles ressent des douleurs dans les organes génitaux surtout en se baissant et en s'asseyant. Voici ce que l'examen local fit découvrir. Le col est retenu à la paroi vaginale postérieure par une bride large d'un centimètre. A la droite du col, au niveau du bord inférieur du ligament large, on sent un corps étranger pointu, qui cause des douleurs vives à la malade. Interrogée sur la nature et l'origine de son mal, elle dit alors, qu'à son dernier accouchement, datant de 30 ans, la sage-femme lui avait mis un pessaire en gimblette, dont elle ne s'était pas occupée depuis. A l'aide du doigt, l'auteur parvint à l'extraire. Il n'en restait plus qu'une moitié. Il était en bois, en partie pourri. Après quelques injections phéniquées les pertes et les douleurs disparurent.

La seule fois que j'ai vu Ricord.—C'était en mars 1848. J'étais de service au corps de garde de la rue de Tournon. Au milieu de la nuit, on vint demander quatre hommes et un caporal pour aller au numéro 6. La corvée m'échait : mais je n'eus pas à m'en plaindre. Nous trouvons le grand spécialiste en robe de chambre : il assistait son concierge frappé de folie furieuse, à qui il s'agissait de donner un lavement ! Mais après avoir vainement essayé de la persuasion, il avait fallu recourir à la force armée.

Nous entrons : Les fusils déposés, le récalcitrant couché à plat ventre, un homme à chaque membre, le caporal tenant la chandelle. " Messieurs, de nous six, je suis seul armé ; c'est donc à moi d'ouvrir le feu ! " et il enfonça l'arme jusqu'à la garde sans faire de plaie pénétrante.

Puis, gracieux comme toujours, et jaloux de reconnaître par un mot aimable le concours prêté : " Monsieur, me dit-il, commençant par le plus jeune,—Monsieur,—Vous êtes?...—" " Etudiant en droit, docteur."—" Ah ! fit-il, avec une nuance de regret poit, j'aurais moins d'occasion de vous revoir que si vous étiez étudiant en médecine... Qui sait, pourtant ! "

Là se bornèrent nos rapports. Eh bien ! croiriez-vous que je l'ai parfois regretté. Pas au point cependant de... Ah ! non.—(*Lyon médical.*)

---

—Les notes d'honoraires s'élèvent généralement à une hauteur inverse de celle des étages que le médecin gravit pour les gagner.

—Formulaire et spécialités, maisons de confection de la thérapeutique ; il est des cas où le médecin se doit à lui-même et doit à son malade de tailler son ordonnance sur mesure.

## VARIÉTÉS.

—La puissance d'un médecin est infinie dans le mal comme dans le bien.

—Dix mois suffisent pour avoir des clients; il faut dix ans pour faire une clientèle.

—Un négociant qui feuilleterait nos livres rirait bien à la lecture du chapitre: profits et pertes.

—Se faire aimer et respecter, c'est bien; savoir se rendre indispensable est mieux... et plus rémunérateur.

—Aimer ses clients, pure folie; aimer sa clientèle, suprême sagesse..... pour gagner de l'argent.

—Ne dites jamais: je ne sais pas..., je verrai..., peut-être. Le public n'entend pas de cette oreille-là.

—La délicatesse de conscience est une monnaie d'un cours peu répandue; on risque gros de l'offrir à tout venant.

—Ne fuyez pas le bruit à vos débuts; mieux vaut à un futur praticien une arrivée retentissante qu'une entrée trop modeste.

—Il y a au moins trois espèces de médecins: les savants, les philanthropes et les industriels; il ne faut être ni l'un ni l'autre et tous les trois ensemble.

—Les Facultés sont comme des usines où s'emmagasine de la force intellectuelle, recueillie et répartie ensuite par les individualités qui y puisent leur science.

—La thérapeutique est un arsenal ouvert à tous: les maladroits ou les ignares n'y trouvent que des drogues; seul, le vrai médecin sait y choisir le remède.

—L'habitude émousse en nous l'émotion des deux plus poignants épisodes de l'existence humaine: la naissance et la mort; un être qui surgit de l'inconnue, un être qui y retombe.

—Soyez grossier, brutal, sans cœur et sans pitié, si c'est votre nature, vos clients n'y prendront garde ou vous le pardonneront si vous savez leur persuader que vous les guérirez.

**Les alcaloïdes de l'huile de foie de morue**—MM. A. GAUTHIER et MOURGUES viennent de prendre l'étude chimique de l'huile de foie de morue. A la suite de divers essais de préparation, ils sont arrivés à en retirer six alcaloïdes (leucomaines.)

Leur travail, communiqué à l'Académie des sciences, a plus particulièrement porté sur l'huile brune ou fauve, c'est-à-dire sur l'huile que l'on reconnaît généralement comme la plus active.

Le procédé de préparation consiste à épuiser l'huile de foie de morue par son volume d'alcool à 33°, contenant 4 gr. d'acide oxalique par litre. Les liquides d'extraction sont presque saturés par de la chaux, filtrés et distillés à 45° dans le vide. On les met à digérer sur du carbonate de chaux, puis on les évapore à sec dans le vide: le résidu est repris par de l'alcool à 90°, distillé dans le vide, repris par de l'eau, sursaturé de potasse et finalement repris par de l'éther. Il se charge des alcaloïdes qu'on précipite par l'acide oxalique en solution éthérée. On obtient ainsi un mélange de 0,350 à 0,500 d'alcaloïdes secs par kilogramme d'huile de foie de morue.

Le mélange des bases soumis à la distillation fractionnée se sépare en deux parties: 1o bases volatiles (butylamine, amylamine, hexylamine, dihydrolutidine.)

2o Bases fixes (aselline, morrhuine), accompagnées d'un acide répondant à la formule  $C^{11}H^{13}AzO^3$ , l'acide guadinique, à la fois acide et base.

Les trois premières de ces bases sont déjà connues, les autres sont nouvelles. L'hydrolutidine appartient à la famille des bases hydropiridiques.

C'est un liquide incolore, un peu huileux, très caustique, d'une odeur vive, peu soluble dans l'eau, bouillant à 199°, ses sels sont amers. Son chlorhydrate cristallise ainsi que le sulfate.

La dihydrolutidine est modérément vénéneuse. A faible dose, elle diminue la sensibilité générale. Dans un prochain travail, les auteurs se proposent de faire connaître l'aselline et la morrhuine.

L'huile de foie de morue doit-elle une partie de son action aux alcaloïdes ci-dessus? la question reste pendante.

Déjà, en 1885, M. Chapoteaut, supposant que l'huile de morue devait son action à des principes particuliers, a proposé, sous le nom de morrhoal, le produit obtenu en épuisant l'huile de foie de morue par de l'alcool et en distillant le liquide alcoolique: il obtenait ainsi une substance renfermant les principes actifs de l'huile (le morrhoal) et douée de propriétés thérapeutiques remarquables. (*Bull. théor.*, 1885.)

Ce remède est bien toléré et absorbé et son action antidénutritive le rapproche de l'action médicatrice de l'huile de foie de morue. (G. Sée, *Du régime alimentaire.*)

A la dose de 2 à 4 capsules chez les enfants; de 8 à 10 chez les adultes, le morrhoal augmente l'appétit, fait disparaître les troubles digestifs. Chez les tuberculeux au premier degré, elle calme la toux, ranime l'appétit, augmente les forces.

Il serait intéressant de rechercher dans ce produit les alcaloïdes de MM. Gautier et Mourgues.