

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.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—REVUE DE PÉDIATRIE.—A travers mes livres; par Séverin LACHAPPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....	281
Revue Trimestrielle de thérapeutique et de matière médicale, par H. E. DESROSIERS, M. D., professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame	283
Hopitaux, Cours et Dispensaires.	289
SOCIÉTÉS SAVANTES — ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HÔPITAL NOTRE-DAME.—Séances des 2 et 23 mai 1889.	292
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>De l'endocardite rhumatismale et de ses symptômes</i> (Potain)	295
<i>De la rétention d'urine dans la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives</i> (Fagè)	297
<i>Importance de la recherche des réflexes tendineux; Formes de tabes à début insolite</i> (Le Gendre)	298
<i>Albuminurie due à l'empoisonnement par les eaux d'égout</i> (Johnson)	302
CHIRURGIE.— <i>Calcul vésical</i> (Tillaux)	303
<i>L'eau chaude dans les fractures périarticulaires</i> (Durand).....	304
<i>Examen chirurgical du rein</i> (Guyon)	305
<i>Hydropisie des ventricules cérébraux</i> (Keen)	306
<i>Traitement de la coxalgie</i> (Judson).— <i>Moyen de taxis</i> (Perro).— <i>Corps étrangers des voies digestives</i> (Salzer).....	307

(Voir la suite, page 5.)

J. H. CHAPMAN

2294, RUE STE-CATHERINE, 2294

AU COIN DE MCGILL COLLEGE AVENUE,

MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions: Comptant.

INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE

De toutes espèces, des meilleurs modèles et de qualité supérieure à prix modérés au comptant.

Pansements Antiseptiques; Thermo et Galvano Cautères, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx; Chaise d'opération de Harvard, Clisses métalliques perforées de Lévis; Enema "Alpha" à courant continu; Batteries GaiFFE, (les véritables) Watte & Barilett, &c., &c.

Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

J. H. CHAPMAN

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,

MONTREAL.

DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.

Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, Etc.

Dr J. LEDUC & Cie

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs

MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>De l'infection puerpérale</i> (Lepage).....	308
<i>Action de l'opium sur le fœtus</i> (Ruth).....	313
PÉDIATRIE.— <i>Pleurésie infantile</i> (Gillet).....	314
<i>Antiseptie intestinale dans la fièvre typhoïde chez les enfants</i> (Legroux)	315
SYPHILIGRAPHIE.— <i>Diagnostic du chancre syphilitique</i> (Fournier).....	316
<i>Lésions syphilitiques rénales et cérébrales</i> (Jaccoud).....	318
<i>De la syphilis par conception</i> (Fournier).....	319
<i>Syphilis pulmonaire</i> (Potain).....	324
BULLETIN.—Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec	326
La réunion triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens.....	330
Pathologie et traitement de la diphthérie.....	331
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	333
CHRONIQUE ET NOUVELLES.	335

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.
Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.
Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.
Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Limousin. Pains Azymes.

Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.

Médecines remplies d'après la mesure avoir-du-Poids ou le système métrique.

PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET
— DE —

REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals, Vin Chevrier,
Eau de Vichy, Vin Creosoté,
Eau Carlsbad, Vin Raphael,
Eau de Contrexéville, Elixir Ducro,
Eau Bonne, Goudron de Norwège
Eau Seidlitz, &c., &c.,

LAVIOLETTE & NELSON,

PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT

7-87-7

MONTREAL.

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire, Professeur de Médecine légale et de Pathologie générale.*

A. LAMARCHÉ, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROSSEAU, M.D., *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants.*

H. E. DESROSNIERS, M.D., *Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

AZARIE BRODEUR, M.D., *Professeur de Clinique externe et gynécologique.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, attaché au cours de Chimie.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 1538, rue Notre-Dame, ou à

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

TRAVAUX ORIGINAUX

REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.

Diarrhée, Selles hémorrhagiques. (suite).—

Enrayez donc l'irritation du travail dentaire, arrêtez-la par la lancette, comme par les calmants,—par les calmants qu'on prodigue à l'adulte outre mesure, et qu'on refuse à l'enfant avec une barbarie révoltante.

En mettant en pratique le conseil de Jules Simon concernant les narcotiques, que nous avons donné dans notre premier article, le danger est impossible, et l'effet désiré est facilement produit : *il faut toujours fractionner et échelonner la dose des substances actives.*

Comment se comporte cette évolution dentaire ? Est-ce que nous comprenons bien le *modus operandi* de ses mauvais effets sur l'organisation infantile.

Est-ce irritation réflexe causée par la douleur ? Est-ce trouble de digestion, amené par l'abondance de la sécrétion de la salive et des sucs de l'estomac, dont la sécrétion peut être en proportion de ceux de la bouche ?

Nous croyons qu'il faut combattre tous ces effets qu'il faut admettre comme étant tous naturellement produits. Nous avons dit de quelle manière il fallait amener l'élément irritant ; voyons comment nous pourrions triompher du trouble digestif amené naturellement par l'altération en quantité ou en qualité de ses sucs.

L'irritation dentaire n'a pas de raison spéciale, elle est de tout temps, et les enfants percent leurs dents en hiver comme en été ? Pourquoi les effets sont-ils différents sous l'influence de la chaleur que sous l'influence du froid ? Sont-ils réellement différents, ou bien ne sont-ce pas les mêmes effets de peu de conséquence en hiver et devenant graves en été. Nous nous rallions à cette dernière opinion.

Dans la saison froide nous avons affaire à un embarras gastrique, à forme aiguë, ou dyspepsie aiguë, en été, mêmes troubles constatés par la clinique, mêmes lésions découvertes par l'autopsie ; seulement nous avons en plus une diarrhée plus souvent abondante.

faisant place quelquefois à la diarrhée cholériforme si souvent mortelle.

La chaleur voile donc le facteur qui modifie l'expression de la maladie, puisque ce n'est que dans les premiers jours de la saison chaude qu'on lui voit subir ce changement. Attendons une quinzaine et puis nous aurons une véritable épidémie que le froid seul fera cesser. Encore une fois, *quomodo fiat istud?*

Les bactériologistes ont là un nouveau champ d'investigation; ils sont déjà à l'œuvre et nous devons attendre d'eux une lumière nouvelle avec un microbe nouveau.

“Nul doute, nous dit Henoeh, que la température élevée augmente la tendance à la fermentation et que les dyspepsies aiguës qui en sont le résultat dans toutes les saisons peuvent devenir épidémiques, et qu'il faut conclure qu'avec la chaleur des germes infectieux sont développés et sont cause de l'aggravation des symptômes.”

Ces explications étant données, la thérapeutique a un chemin tracé, un seul chemin à suivre, un seul traitement rationnel à instituer.

Henoeh, qui est celui de tous nos auteurs qui nous paraît le plus logique dans l'exposition des idées et des faits, insiste sur l'évacuation des premières voies: le lait n'est pas digéré, les selles nous le prouvent; il y a des caillots dans l'estomac dont il faut débarrasser celui-ci; première indication. La deuxième indication est de faciliter le travail de la nature en augmentant la sécrétion des acides de l'estomac, en stimulant le fonctionnement des glandes à pepsine. La troisième indication est de combattre la fermentation. Les remèdes qui peuvent remplir ces trois indications sont nombreux, mais il faut se souvenir que le succès de la thérapeutique consiste à simplifier celle-ci autant que possible, afin de la rendre plus facile d'administration régulière. Deux médicaments semblent surtout préférables: le calomel et l'acide hydrochlorique, dont voici les formules. Seulement, il faut se souvenir que c'est là le traitement qui doit être institué dès les deux ou trois premiers jours, une plus longue période de la maladie modifiant sérieusement la médication.

P. 1.—Calomel 0. 005—0. 01
Sacch. alb..... 0. 5

Donnez cette prise deux fois par jour.

P. 2.—Acid. hydrochloric 0. 5—1. 0
Aq. destil..... 100. 0
Gm. arab 1. 0
Syrup. alth..... 20. 0

M.—Donnez une cuillerée à thé toutes les deux heures.

L'opium, que nous conseillons comme calmant local du travail dentaire, ne doit pas être donné dès le début de la diarrhée, parce qu'il pourrait enrayer, par son action constipante, l'action médicamenteuse que nous voulons produire, c'est-à-dire qu'il pourrait empêcher l'évacuation des matières infectieuses que nous devons expulser : ce n'est que plus tard que nous devons y avoir recours.

Le lait à la glace est préférable, et par très petite quantité ; la cuillère dans ce cas remplace avantageusement la bouteille : les vins légers sont souvent mieux tolérés que toute autre substance ; il faut y avoir recours. On aura aussi recours aux bains, bains de camomille à 28^e R. Il ne faudra pas oublier que la médication contre-irritante est toute puissante chez les enfants, et contre le vomissement, il faudra l'employer ; le papier Rigollot est le plus facile d'administration.

Quand la diarrhée présente une forme stomacale, persistante, c'est-à-dire qu'il y a vomissement fréquent, la chlorodyne donne de merveilleux effets.—(A suivre.)

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE,

par H. B. DESROSIERS, M. D.,

professeur à l'Université Laval, (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Strophantus et strophantine.—*Traitement de la pleurésie par la caféine.*—*Encore l'antipyrine.*—*Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive.*—*Un nouvel analgésique : l'exalgine.*—*Dosage de la noix vomique.*—*Goudron et apomorphine.*—*Traitement des oxyures par l'huile de foie de morue.*—*La morphine dans le mal de Bright.*—*Les incompatibilités de la pepsine.*—*Le calomel comme diurétique.*—*L'anémone pusatille.*

Strophantus et strophantine.—La question de l'utilité thérapeutique du strophantus et de son mode d'action a occupé l'attention de l'Académie de médecine et de la Société de thérapeutique de Paris dans le cours des mois de novembre et décembre 1888 et janvier 1889. Tous les savants académiciens qui ont pris part à la discussion : MM. Germain SÉE, DUJARDIN-BEAUMETZ, BUCQUOY, LABORDE, Constantin PAUL, se sont accordés à reconnaître au strophantus et à son principe actif une action puissamment tonique sur le cœur, ce qui fait de ce nouvel agent un auxiliaire de la digitale. Ils ont observé l'élévation de la pression artérielle et l'augmentation

d'énergie de la systole, d'où indication de prescrire le strophanthus dans les cas où le cœur est faible (asystolie) surtout dans les lésions mitrales et en particulier dans les rétrécissements. Sous son influence le pouls devient plus fort et plus régulier, la dyspnée disparaît (Bucquoy). L'avantage que présente le strophanthus sur la digitale, c'est qu'il peut être administré et toléré pendant fort longtemps; même quand l'accoutumance est établie, il continue à produire de bons effets; il ne s'accumule pas et n'occasionne pas de nausée. Seul, M. Sée n'a pas observé de diurèse sur l'influence du strophanthus; il préfère, avec M. LABORDE, le glucoside strophanthine au strophanthus, comme du reste tous deux préfèrent les principes immédiats aux médicaments complexes.

La préparation employée par MM. Bucquoy et Dujardin-Beaumetz est l'extrait de strophanthus. Ici nous ne prescrivons guère que la teinture à dose de 5 à 30 minimes.

Traitement de la pleurésie par la caféine.—M. le docteur J. COMBY a présenté à la *Société clinique* de Paris un cas de pleurésie séro-fibrineuse traitée et guérie à l'aide de la caféine. Celle-ci fut donnée à dose de 27 grains par jour (avec égale dose de benzoate de soude) pendant douze jours consécutifs. Il s'en suivit une diurèse abondante sous l'influence de laquelle la pleurésie marcha promptement vers la résolution. Le malade fut mis concurremment au régime lacté. Pour M. Comby, la caféine est un adjuvant précieux du régime lacté, car c'est, dit-il, le diurétique le plus puissant et le plus sûr que nous connaissions, mais il faut la donner à forte dose; c'est également à dose élevée qu'elle procure les meilleurs résultats dans les affections cardiaques avec ascite ou anasarque.

Encore l'antipyrine.—D'après HUCHARD, l'antipyrine serait contraindiquée durant la menstruation, étant apte à arrêter l'écoulement sanguin et à donner lieu conséquemment à des symptômes plus ou moins alarmants.

Dans la coqueluche, l'antipyrine compte des succès. Elle agirait probablement à la fois comme modérateur de l'excitabilité nerveuse et comme antiseptique. Pour M. DUBOUSQUET LABORDERIE, (*Société de thérapeutique*) elle agit efficacement contre les trois éléments de la coqueluche: le catarrhe, la spécificité, l'élément nerveux. Dans 71 cas sur 94, les résultats ont été très appréciables. Tandis qu'une coqueluche sérieuse dure en moyenne de quarante à cinquante jours, quelquefois davantage, dans les cas où l'antipyrine a été employée, la durée de la maladie n'a pas dépassé de dix-huit à vingt-cinq jours. En outre, la gravité de la maladie était amoindrie et les quintes diminuaient très rapidement de fréquence. La dose quotidienne a été de 6 à 18 grains pour les enfants de un à trois ans, et de 36 grains à 1 drachme chez

ceux qui sont plus âgés. La dose de 18 grains aurait été, d'après M. Dubousquet, parfaitement supportée par de très jeunes enfants.

M. le professeur PANAS ayant expérimenté l'antipyrine dans le traitement du diabète lié à la cataracte et en ayant obtenu de bons résultats, les a consignés dans les conclusions suivantes (*Académie de médecine*):

1o L'antipyrine jouit d'une action antiglycogénique efficace et prompte;

2o Elle réussit là où ni le régime ni les autres médicaments préconisés jusqu'à ce jour n'ont pu abaisser le taux de glycose au-dessous d'une quantité donnée;

3o Pour être utile au début, la dose journalière de 54 grains paraît nécessaire;

4o Cette action se fait sentir alors même qu'on continue à accorder aux malades une proportion modérée de féculents.

MM. Germain SÉE, Dujardin BEAUMETZ et Albert ROBIN confirment, avec quelques variantes, les conclusions de M. Panas. Nous avons si peu de médicaments réellement efficaces à opposer au diabète qu'il serait à propos de ne pas négliger l'emploi de l'antipyrine dans une maladie aussi grave.

Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive.—Depuis notre dernière note à ce sujet (*UNION MÉDICALE DU CANADA*, 1888, p. 628), M. le docteur CHAUFFARD a communiqué à la *Société médicale des hôpitaux* de Paris une deuxième série d'observations d'où il résulte que si, d'un côté, le traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive est, à n'en pas douter, efficace contre les coliques hépatiques, d'un autre côté il est certain que la sortie ou expulsion des calculs n'en est pas favorisée, et que les nombreuses concrétions molles retrouvées dans les selles des malades soumis à ce traitement ne sont rien autre chose que des concrétions fécales particulières, résidus de la digestion ou plutôt de l'indigestion du médicament lui-même. "C'est là, conclut M. Chauffard, un des meilleurs exemples des résultats d'une observation incomplète et aussi sans doute un des chapitres les plus topiques de l'histoire des illusions de la thérapeutique."

Un nouvel analgésique : l'exalgine.—L'exalgine ou *orthométhylacétanilide*, dérivé de l'acétanilide, a fait le sujet de communications à l'*Académie des Sciences* et à la *Société de thérapeutique* par MM. Dujardin-BEAUMETZ et BARDER qui ont constaté que ce nouveau médicament, à dose de 8 à 15 grains en une fois, ou de 16 à 18 grains en deux fois, dans les 24 heures, est un puissant analgésique qui s'est montré dans toutes les névralgies, même celles d'origine viscérale, supérieur à l'antipyrine, puisque les mêmes effets sont obtenus à dose plus de moitié moindre. Jusqu'à présent on n'a pas noté dans son emploi les troubles circulatoires observés avec l'antipyrine et l'acétanilide.

L'exalgine est nettement indiquée dans les névralgies en général : sciaticques, intercostales, dentaires, faciales, etc. Elle a donné les meilleurs résultats dans les névralgies *a frigore*, à forme congestive, et les névralgies essentielles. Un malade atteint de troubles angineux a vu disparaître ses douleurs qui, jusque là, n'avaient cédé à aucun médicament. Voici une formule de potion conseillée par M. Bardet : Exalgine, 15 grains ; Essence de menthe, $\frac{1}{2}$ once. Dissoudre et ajouter : Sirop, 1 once ; Eau, $3\frac{1}{2}$ onces. *M. Dose* : Une à trois cuillerées à bouche dans les 24 heures.

Dosage de la noix vomique.—Donne-t-on généralement la noix vomique et son alcaloïde, la strychnine, à dose suffisamment élevée ? Non, répondent MM. HUCHARD, LUTON, STOCQUART, etc., qui tous apportent à l'appui nombre de faits où de fortes doses de ces deux médicaments ont dû être administrées, des doses moyennes ou fractionnées étant restées sans résultat. M. Luton, entre autres, a démontré que la noix vomique est le médicament de l'alcoolisme à la condition de la prescrire à haute dose, et donne lui-même la strychnine à dose de 1|10 gr. deux ou trois fois par jour. Dans les accès de delirium tremens, il prescrit des doses de 2|5 à 3|5 gr. de strychnine par jour.

Est-ce à dire que les alcooliques peuvent tous supporter impunément et avec avantage des doses élevées de strychnine et de noix vomique ? Nous ne le croyons pas, attendu qu'il nous a été donné d'observer plusieurs cas d'alcoolisme chez lesquels la strychnine produisait des effets tellement intenses, même donnée à doses physiologiques, qu'il devenait nécessaire de suspendre l'administration du médicament. Un cas entre autres nous a frappé par sa singularité. Il s'agissait d'un médecin, âgé de 40 ans, alcoolique confirmé, atteint de delirium tremens depuis deux ou trois jours. La strychnine fut administrée à dose de 1|64 gr. trois fois par jour. Dès la troisième dose, du trismus survint avec fourmillement des extrémités. On descendit à 1|128 gr. À cette dose, le trismus était beaucoup diminué, mais le fourmillement persistait, et tellement intense et incommodé qu'il fallut réduire la dose à 1|250 gr. Nous estimons donc qu'avant de se décider à donner la strychnine à haute dose chez des alcooliques non habitués, il importe de tâter en quelque sorte la susceptibilité du malade afin de ne pas s'exposer à des accidents toujours désagréables.

Goudron et apomorphine.—MURRELL recommande l'emploi du goudron associé à l'apomorphine dans le traitement de la toux d'hiver. Dans les cas ordinaires, il prescrit le goudron d'abord, sous forme de sirop (*syrup. picis liquida* Ph. E. U.) mêlé à la moitié de son volume de sirop de cerisier (*syrup. pran. virgina*). S'il faut agir plus énergiquement on ajoute à chaque dose environ $\frac{1}{10}$ gr. d'apomorphine laquelle agit comme expectorant à la fa., on de

tous les émétiques. Les cas à l'appui cités par Murrell sont on ne peut plus concluants. Nous nous demandons quel peut bien être le mode d'action de l'apomorphine dans ces cas, attendu que si ce dérivé de la morphine est un de nos meilleurs vomitifs, il est aussi très peu nauséux. Faut-il invoquer ici encore une action spécifique ?

Traitement des oxyures par l'huile de foie de morue.—Toute la presse médicale a reproduit, dernièrement, une note de M. le docteur CHÉRON recommandant des lavements à l'huile de foie de morue dans les cas d'oxyures vermiculaires. Ce mode de traitement n'est pas nouveau. Notre maître regretté, feu le professeur LARUE, nous le vantait hautement dès 1874, et l'employait couramment dans son service à l'Hôtel-Dieu (Québec), et encore ne prétendait il pas en faire une nouveauté.

La morphine dans le mal de Bright.—M. le docteur Stephen MACKENZIE a fait récemment, à la *Société de médecine* de Londres, une communication relative à l'emploi de la morphine dans le mal de Bright. Il aurait obtenu une amélioration notable de la dyspnée et des palpitations chez une femme albuminurique, par l'injection sous-cutanée de $\frac{1}{2}$ gr. de morphine. Dans un second cas où la néphrite datait de quatre ans, le même traitement amena un soulagement marqué de l'insomnie, des nausées et des palpitations.

Nous n'ignorons pas qu'il faut être très prudent et très réservé dans l'emploi des médicaments actifs et en particulier de la morphine chez les brightiques, étant donné les lésions et les désordres du rein dans ces cas. D'une manière générale il y a plutôt contradiction à l'emploi des opiacés dans tous les cas d'albuminurie. Mais ici encore, comme cela arrive assez souvent, la pratique n'est pas en accord parfait avec la théorie, et il arrive que les opiacés peuvent être parfois donnés aux albuminuriques, non seulement sans accidents, mais encore avec un très réel avantage. Aux deux faits rapportés par le docteur Mackenzie, nous pouvons en ajouter un troisième, observé dans notre clientèle personnelle, et dont nous avons signalé quelques particularités dans une communication à l'*Association des internes de l'hôpital Notre-Dame* (voir plus loin, page 292). Il s'agit d'un malade, âgé de 40 ans, albuminurique confirmé, porteur d'une néphrite chronique mixte, chez lequel la dyspnée était des plus intenses et prenait de temps à autre un caractère paroxysmal périodique qui la rendait très difficile à contrôler. Les antidyspnéiques ordinaires restèrent tous inefficaces. Seule la morphine réussit à soulager l'oppression et à la soulager si absolument que nous dûmes abandonner toute tentative d'essayer d'autres médicaments. Dans le cours des neuf mois durant lesquels nous avons observé ce malade, nous avons nous-même pratiqué chez lui deux-cent-neuf injections hypodermiques de morphine, la dose variant de $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{4}$ gr. Jamais nous n'avons eu d'accident à signaler : le malade n'eut ni constipation, ni nausée, ni

céphalalgie, ni même de contraction pupillaire. Des coliques néphrétiques rendirent de temps à autre l'emploi de la morphine plus impérieux encore, et toujours le soulagement, tant de la douleur que de la dyspnée, fut des plus satisfaisants.

Les incompatibilités de la pepsine.—Trop souvent il arrive que la pepsine est prescrite inconsidérément, et plus inconsidérément associée à des substances qui en neutralisent chimiquement les effets. Il résulte des recherches du Dr R. J. WINSLOW que les médicaments dont suit l'énumération sont incompatibles à la pepsine : les carbonates alcalins, la teinture de fer muriatée, le sublimé, même à 1 5000, l'alcool (les vins de pepsine sont tout à fait inertes et inutiles, en autant du moins que la pepsine y est concernée), les solutions alcalines de sels de bismuth, le tannin, la saccharine.

Le calomel comme diurétique.—M. le professeur Germain SÉE corrobore les faits publiés par Jendrassik, allant à prouver l'action diurétique du calomel dans les hydropisies cardiaques, à dose de 8 à 12 grains par jour, en deux doses. M. Sée fait continuer le médicament pendant trois jours. Les accidents possibles de cette médication sont la salivation, les coliques et la diarrhée. La première se prévient par l'examen quotidien de la bouche du malade et par l'antisepsie buccale. Les dernières ne se montrent pas si l'on a soin d'associer l'opium au calomel.

L'anémone pulsatile (*pulsatilla* des auteurs américains et des homéopathes) est recommandée comme analgésique, dans la dysménorrhée, l'aménorrhée douloureuse, l'ovaralgie, l'orchite, etc. Ce médicament exercerait une action sédatrice toute spéciale sur les filets nerveux de l'appareil utérin. On prescrit la teinture ou l'extrait. Pour notre part nous avons déjà employé l'extrait fluide à dose de 2 à 5 minimes, sans grand succès. L'anémone, glucoside de l'anémone pulsatile, se prescrit à dose de 1 à 2 grains par jour.

* * *

—L'écorce fraîche de sureau (*sambucus nigra*) employée en décoction, jouirait de propriétés vomitives qui en feraient un succédané de l'ipécacuanha. Il fera bon, dans les cas d'urgence, surtout à la campagne, de se souvenir de ce fait là.

—L'éther sulfurique, en pulvérisation, constituerait un excellent moyen de détruire les poux. Avis aux médecins attachés au service de nos dispensaires.

—La *picrotoxine* est recommandée comme antidote dynamique de la morphine et du chloroforme, surtout à cause de son action stimulante sur le centre respiratoire.

HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Il importe de se rappeler que la métrite fongueuse est souvent de nature syphilitique. (Prof. BRENNAN).

Les écoulements de l'oreille se rencontrent fréquemment chez les phthisiques et les descendants de phthisiques. (Prof. FOUCHER).

Les lavements à la glycérine sont peut être ce que nous possédons de plus efficace en fait de lavements purgatifs. (Prof. DESROSIERS).

M. le professeur BRENNAN recommande une extrême prudence dans l'application des caustiques à l'intérieur du canal cervical et de la cavité utérine.

La taille prérectale de Nélaton est moins utile que les autres procédés de lithotomie, et, plus qu'eux, favorise la formation de fistules. (Prof. BROUSSEAU).

Les affections pustuleuses de la conjonctive et de la cornée, ainsi que l'orgeolet, sont fréquentes chez les sujets qui ont eu la variole (Prof. FOUCHER).

Ne soyez pas étonnés de rencontrer une déchirure du col utérin chez une *jeune fille*, et n'exigez pas alors qu'elle vous dise *non*. (Prof. BRENNAN).

Pour obtenir du camphre quelque effet antiaphrodisiaque, il est nécessaire de l'administrer à dose maximum. À petites doses, il est stimulant plutôt que sédatif. (Prof. DESROSIERS).

La moindre opération pratiquée sur les organes génitaux de la femme doit être entourée, avant, pendant et après, de la plus rigoureuse antisepsie. (Prof. BRENNAN).

Dans un cas d'hygroma du genou, M. le professeur BROUSSEAU institue, avec succès, le traitement suivant: Ponction suivie d'injection à la teinture d'iode iodurée, et compression avec bandage élastique.

Dans un cas d'asystolie, M. le professeur LARAMÉE prescrit:

Caféine..... 48 grains

Elixir simple..... 2 onces

Dose: Une drachme 3 fois par jour, entre les repas.

M. le professeur BROUSSEAU fait observer que l'exostose sous-unguéale survient dans l'adolescence, et de préférence chez les jeunes filles. Il pratique l'anesthésie locale au moyen de l'éther et enlève l'excroissance avec des cisailles.

Dans un cas de rhumatisme mono-articulaire, M. le professeur LARAMÉE institue le traitement suivant: Cataplasme de Trouseau sur l'articulation malade; à l'intérieur, iodure de potassium et anodins (surtout l'opium et la morphine sous forme de suppositoires).

Il semble exister un rapport intime entre les affections granuleuses de la conjonctive et celles de la muqueuse pharyngienne. D'un autre côté, les sujets atteints de punaisie présentent souvent des traces d'anciennes granulations, de sclérose, de trichiasis et d'entropion. (Prof. FOUCHER).

A propos d'un cas de rhumatisme articulaire aigu survenu chez une jeune fille, la maladie affectant les articulations coxo-fémorales, M. le professeur LARAMÉE attire l'attention des élèves sur la rareté relative des cas de ce genre. Le rhumatisme articulaire n'affecte l'articulation coxo-fémorale qu'exceptionnellement chez les jeunes sujets; c'est chez les vieillards que se rencontre le plus souvent cette localisation.

Administré avec prudence, et par quelqu'un qui en fait son affaire exclusive sans s'occuper des détails de l'opération en voie de se faire, le chloroforme est aussi sûr que n'importe quel anesthésique. Un accident imprévu peut toujours survenir, il est vrai, mais on peut en dire autant de l'éther, du bromure d'éthyle, etc. Il est absolument nécessaire que le chloroforme soit pur. (Prof. DESROSIERS).

M. le professeur LARAMÉE signale l'importance de bien établir le diagnostic entre le rhumatisme articulaire aigu et le rhumatisme blennorrhagique, quand il s'agit d'examen pour assurances sur la vie. Le pronostic est loin d'être le même dans les deux cas. La durée moyenne du rhumatisme blennorrhagique est de trois mois, quel que soit le traitement employé. Il ne faut pas oublier non plus que l'arthrite blennorrhagique peut quelquefois réveiller une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

De toutes les préparations d'opium, la teinture de camphre composée ou élixir parégorique est peut-être celle qui convient le mieux aux enfants, si tant est que l'opium puisse convenir aux très jeunes sujets. En même temps que le principe narcotique, elle renferme une assez forte proportion de stimulants (alcool, camphre, acide benzoïque, huile essentielle d'anis), pour exposer moins que les autres à l'action délétère de l'opium sur les centres nerveux. Avec cela qu'elle se prête à un dosage exact. (Prof. DESROSIERS).

La douleur est généralement marquée dans les affections du gros intestin, tandis qu'elle est absente ou fort atténuée dans les maladies de l'intestin grêle, ce qui est dû à l'absence de nerfs sensitif dans le gros intestin et à leur présence dans le petit. Les douleurs éprouvées si souvent dans la région précordiale se rattachent la plupart du temps au rhumatisme musculaire ou à une névralgie intercostale et non à une lésion cardiaque. (Prof. LARAMÉE).

Dans un cas de bronchite chronique avec expectoration difficile, M. le professeur DESROSIERS s'est bien trouvé de la potion suivante, modification de la formule de Thomson :

Huile de lin	8 onces
Huile essentielle de gaulthérie.....	1 drachme
Huile essentielle de cannelle.....	1 drachme
Acide hydrocyanique dilué.....	100 minimes
Teinture de belladone	2 drachmes
Glycérine.....	2½ onces
Sirop simple.....	5 "
Eau.....	12 "

M.—Dose : Deux cuillerées à soupe, 3 fois par jour.

Coqueluche.—Simon.

P.—Teinture de belladone } aa
 Teinture d'aconit..... } p. acq.

Dose : De 10 à 30 gouttes dans les vingt-quatre heures.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION

DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 2 mai 1889.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

M. le docteur CORMIER présente une observation en rapport avec un cas où le diagnostic entre la lithiase rénale et la lithiase biliaire présenta quelque difficulté, attendu que l'analyse de l'urine et l'examen des selles ne purent être faits. Le malade accusait une douleur vive au côté droit de l'abdomen avec rétraction du testicule droit, vomissements, ictère, anurie, tympanite considérable, absence de sensibilité abdominale, pouls. 80, température normale; les vomissements furent, à un moment donné, fécaloïdes. Le docteur CORMIER prétend que la tympanite serait due, si toutefois on porte le diagnostic de calcul rénal, à une paralysie réflexe occasionnée par la forte douleur produite par le calcul émigrant du rein vers la vessie. Cela expliquerait, pour quelques cas du moins, l'obstruction intestinale que l'on observe parfois au cours des attaques de colique hépatique.

Le docteur BRENNAN et M. le PRÉSIDENT sont d'avis que, d'après les symptômes énoncés, un diagnostic de calcul biliaire serait probablement plus rationnel.

M. le PRÉSIDENT lit une note relative à un cas de congestion pulmonaire traité par la saignée. La malade faisant le sujet de cette observation est la même dont il a été question à la séance précédente et chez laquelle les émissions sanguines avaient déjà donné de bons résultats. Cette fois, le poumon gauche était seul atteint, et, la malade étant plus faible, douze onces de sang seulement furent tirées de la veine. Le résultat fut très satisfaisant. Deux heures après la saignée, la toux et la dyspnée avaient complètement cessé, la respiration était tombée à 25, de 38 qu'elle atteignait avant la saignée, le pouls était tombé de 120 à 90, l'expectoration rosée avait cessé et les râles sous crépitants ne s'entendaient plus au niveau du poumon atteint.

M. le docteur MOUNT relate deux cas de congestion pulmonaire admis dans le service dans le cours du mois dernier et dont l'un, traité par la saignée, se termina par la guérison, tandis que l'autre, non saigné, succomba.

MM. les docteurs BRENNAN et DELORME rapportent chacun deux cas de calculs biliaires traités avec succès par l'huile d'olive à haute dose. Le soulagement fut absolu et immédiat. Les nombreuses concrétions retrouvées dans les selles étaient plus ou moins molles et de couleur verdâtre; elles n'ont pas été analysées.

M. le PRÉSIDENT relate un cas de maladie de Bright au cours

de laquelle se sont développés des symptômes de calculs rénaux avec coliques néphrétiques et passage de vingt-cinq à trente petits calculs du volume d'un grain de millet. L'urine, de réaction fortement acide, était abondamment albumineuse. Contre la dyspnée, intense toujours et souvent à forme paroxystique, le nitrite d'amyle, l'iodure de potassium, l'iodure d'éthyle, la nitroglycérine sont restés à peu près inefficaces ; seule, la morphine a produit un soulagement marqué, à dose de $\frac{1}{2}$ à $\frac{1}{4}$ gr. en injection hypodermique. Les coliques néphrétiques ont également nécessité l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées, lesquelles ont comme toujours dans ces cas, amené un soulagement immédiat.

M. le docteur GIRARD présente l'observation d'un cas analogue à celui que vient de rapporter M. le président. Il s'agissait d'une femme chez laquelle le passage d'un calcul du rein à la vessie s'accompagna, outre de douleurs violentes, d'anurie presque complète pendant deux jours. L'urine était, avant et après, franchement et abondamment albumineuse. Chose singulière, la fille de cette malade a aussi elle été atteinte de calculs rénaux et de coliques néphrétiques consécutives.

Séance du 23 mai 1889.

Présidence du docteur H. E. DESROSIERS.

M. le docteur BRENNAN présente un *utérus double* qu'il fait accompagner de l'observation suivante :

Je suis appelé le 3 septembre dernier auprès de Dlle. M., âgée de 21 ans, servante, pour une métrorrhagie abondante survenue après une demi-journée de lavage pendant lequel la patiente aurait, à plusieurs reprises, soulevé et déplacé une lourde cuvette.

Je débarrasse le vagin des caillots qu'il contient et je trouve le col ouvert, permettant l'introduction de l'index et du médius. La malade dit avoir eu des règles abondantes, il y a huit jours environ ; elle a été réglée à 14 ans, mais sa menstruation a toujours été irrégulière : toutes les deux ou trois semaines ; une couple de fois elle aurait retardé de sept semaines et alors serait survenue une abondante perte ; le dernier retard aurait eu lieu il y a sept mois et elle attribuait la perte à cette époque à des excès de coït. Elle ne souffre pas de dysménorrhée et a été réglée assez bien depuis son dernier retard.

Elle a eu un enfant à terme il y a deux ans, délivrance sans complications et relevailles de même ; elle n'est pas enceinte à l'heure qu'il est et pour cause, n'ayant pas eu de rapports sexuels depuis plus de quatre mois. Pendant sa grossesse elle aurait eu quelques légères pertes de temps à autres.

Le cas étant pressant, je tamponne le col utérin et le vagin à la gaze iodoformée et à l'acide tannique en poudre et je fais prendre un peu d'ergot—l'idée d'avortement étant éliminée.

Je quitte ma patiente, mais au bout de deux heures l'hémorrhagie s'étant de nouveau produite et la malade étant très faible, je

la fais transporter à l'hôpital dans l'ambulance. Là nous refaisons méthodiquement le tamponnement et cette fois l'hémorragie est contrôlée. Au moyen d'injections hypodermiques d'éther et l'administration persistante de stimulants, la malade, presque exsangue, se ranime un peu. Le lendemain, le mieux se maintient.

Je ne revois Mlle M... que quatre semaines plus tard : elle se mourait d'une péritonite.

Huit jours après son arrivée à l'hôpital, à sa demande et malgré les remontrances des médecins, elle retourne chez elle. Au bout de cinq jours, elle redemande son admission, offrant des symptômes de péritonite : l'hémorragie ne s'était pas reproduite. Elle succomba à sa péritonite le 29 septembre, c'est-à-dire 26 jours après l'apparition de son hémorragie, péritonite qui aurait débuté d'une façon insidieuse sept ou huit jours après sa perte.

À l'autopsie, nous trouvons une péritonite avec épanchement séro-fibrineux, non purulent, abondant et sans beaucoup d'injection capillaire. Pas de tubercules. En enlevant les organes génitaux internes nous trouvons la pièce anatomique intéressante que je vous présente :

Elle est formée de deux utérus distincts parfaitement conformés ; le gauche, siège de la gestation signalée plus haut, est plus développé, sa cavité mesure 7 centimètres ; la cavité de l'utérus droit mesure 5 centimètres.

Ces deux utérus distincts comme corps et ayant chacun leur col interne, n'ont qu'un col externe en commun, et leurs corps ne se fusionnent que pour former ce col externe. Chaque utérus possède un ovaire, un corps de Rosenmüller, un ligament rond et une trompe. Sur leurs bords internes il n'y a aucune trace de trompe ni de ligaments suspenseurs ; les deux utérus paraissent libres de ce côté. Chacun est muni de ligaments larges et utéro-sacrés. À l'intérieur on ne trouve aucune trace d'insertion placentaire, ni de métrite fongueuse ou autre. Pas de fibrome. Les annexes paraissent normales.

Pour compléter l'observation, la sœur de la défunte m'apprend qu'à sa connaissance aucun membre de la famille ne serait atteint de tuberculose, ni d'hémophilie, ni de leucocythémie ; la défunte avait une bonne santé et ne souffrait en apparence d'aucune lésion organique. Pas d'histoire de syphilis ni de blennorrhagie.

Réflexions.—Le cas paraît intéressant à plusieurs points de vue : 1o. La soudaineté et l'intensité de l'hémorragie, l'obscurité qui entoure son étiologie. Une autopsie plus voisine de son apparition—eût-elle pu se faire—aurait probablement comblé cette lacune.

2o. La péritonite insidieusement développée ne pourrait-elle pas—avec un semblant de raison—être rattachée à l'hémorragie abondante dont fut atteinte la malade et qui l'a presque emportée ?

3o. Les utérus sont intéressants par le fait de leurs corps et cols internes distincts, leur col externe et vagin uniques. Organes génitaux externes bien conformés.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

De l'endocardite rhumatismale et de ses symptômes.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Messieurs, j'ai appelé, il y a un instant, votre attention sur une femme de 35 ans, blanchisseuse, atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme a évolué de la façon la plus simple, et ne semble pas devoir présenter de récurrence. Mais ce qu'il était important d'étudier de près en pareil cas, c'étaient les complications possibles, et principalement celles que l'on rencontre le plus souvent, les complications du côté de l'endocarde. Ce problème se compliquait de ce fait que la malade a été déjà deux fois atteinte par le rhumatisme. Par conséquent, deux questions se présentaient à notre examen : N'était-il pas resté, du fait des attaques précédentes, une altération cardiaque ? L'attaque actuelle avait-elle touché le cœur ?

À l'examen, nous trouvions un cœur normal comme matité. Les bruits étaient réguliers, l'impulsion normale. Mais il y avait un léger souffle à la pointe.

Quelle était la signification de ce souffle ? Était-il en rapport avec une lésion ancienne ou avec une lésion récente ?

Pour résoudre cette question, il était nécessaire d'étudier de très près les caractères de ce souffle. Or c'était un souffle que je qualifierai de *périsystolique*, c'est-à-dire qu'il commençait un peu avant le premier bruit, et se terminait un peu après lui. D'ailleurs son timbre ne variait pas. Eh bien, messieurs, si ce souffle se rattachait à une lésion ancienne, il caractériserait une lésion mitrale, et alors, du fait de sa prolongation avant et après le premier bruit il devrait représenter l'association du rétrécissement et de l'insuffisance. Mais alors son timbre ne resterait pas identique pendant toute sa durée. Le fait est impossible, par suite même des conditions qui donnent naissance au souffle en pareil cas.

Nous sommes donc amenés par cette simple considération à repousser l'existence d'une lésion d'orifice, et alors le souffle que nous entendons devrait être rapporté à l'*endocardite aiguë*.

Messieurs, tous les auteurs classiques nous enseignent que l'en-

docardite aiguë n'a d'autre symptôme certain que le souffle. Eh bien, ce souffle peut manquer, et, d'autre part, il peut exister sans qu'il y ait endocardite. Barié a cité l'exemple d'un malade porteur d'un souffle qui s'entendait jusqu'au pied du lit : à l'autopsie on ne trouva pas de lésion organique. Dernièrement, j'ai eu dans mon service une malade qui, à la suite d'un accouchement, présentait une fièvre intense, des frissons, et tous les signes d'une endocardite aiguë ulcéreuse ; mais à l'auscultation, on n'entendait pas de souffle. A l'autopsie, on trouva une endocardite ulcéreuse ayant donné lieu à un caillot volumineux qui remplissait l'oreillette gauche et se propageait dans l'orifice mitral.

Peut-être ce dernier ordre de faits pourrait-il s'expliquer par une expérience que j'ai faite. Si, en se plaçant dans certaines conditions, on bouche un tube par un écheveau de fil de façon à produire un rétrécissement, on peut obtenir un bruit très intense, mais il n'y a pas de souffle, parce qu'il se produit une foule de petits courants qui ne sont pas assez forts pour produire le bruit d'une veine fluide. Un caillot doit, il me semble, produire le même effet.

D'ailleurs, remarquez que dans l'endocardite le souffle est un signe tardif qui indique une lésion déjà avancée.

Mais nous avons à notre disposition des signes bien plus précoces et bien plus constants, et c'est à cette étude que nous allons nous livrer maintenant.

Pour cela, il nous faut jeter un regard sur la manière dont se produisent normalement les bruits du cœur. C'est la *tension des valvules* qui donne lieu à ces bruits. Et, de fait, tout corps mince, s'il est en même temps peu extensible et légèrement élastique, donne lieu, s'il vient à être tendu subitement, à des vibrations. La tension est soudaine pour les valvules aortiques et pulmonaires, d'où le timbre net du bruit qui se produit. Les valvules auriculo-ventriculaires sont plus épaisses et de plus elles sont maintenues par des cordons tendineux doués d'une certaine élasticité. Aussi se tendent-elles un peu moins brusquement, et le bruit produit par cette tension diffère-t-il complètement comme timbre et comme intensité de celui que produit la tension des valvules sigmoïdes.

Eh bien, que se produit-il dans l'endocardite ?

La constitution des valvules se modifie. Le tissu de ces organes rougit, s'imbibé, se vascularise. L'imbibition du tissu amène son gonflement. Il se dépose entre les mailles du tissu conjonctif une sorte de substance gélatiniforme. Bientôt il y a prolifération de ce tissu conjonctif et disparition des fibres élastiques. La valvule devient plus friable et en même temps moins flexible. Plus tard, ce tissu conjonctif de nouvelle formation devient fibreux. La valvule s'indure, devient plus élastique, difficile à tendre. Ces altérations sont ordinairement prédominantes au voisinage du

bord libre. Il y a là une sorte de bourrelet rougeâtre, et plus tard un tissu granuleux, de véritables végétations qui épaississent considérablement la valvule. Il en résulte qu'au moment de la tension, le contact des bords libres se fait avec beaucoup moins de netteté, puisqu'il y a pour ainsi dire un bourrelet interposé, bourrelet qui étouffe le bruit. D'ailleurs par suite des modifications qui se sont produites dans la valvule, la tension est moins soudaine.

Il en résulte les conséquences suivantes :

Si on ausculte chaque jour le cœur, on trouve tout d'abord les bruits normaux. Au bout de quelques jours, le bruit est un peu plus sourd. Puis il devient plus sourd encore. On l'a comparé au bruit d'un tambour recouvert d'un crêpe. La tonalité devient plus basse, et l'intensité diminue.

Mais souvent on n'est pas appelé dès le début, et, lorsqu'on examine le malade, la lésion est déjà produite. La situation est alors un peu plus difficile. Toutefois si l'on ausculte chaque jour son malade, il arrivera un jour où le bruit sera moins éteint, et peu à peu il reprendra son caractère normal. Parfois, à la place de ce bruit éteint, on observe un bruit *plus dur* qu'à l'état normal. Ce caractère *dur* s'associe quelquefois au caractère *éteint*, et donne lieu à ce qu'on a appelé *bruit parcheminé*. Quand la guérison se produit, le bruit dur s'assouplit et l'on revient à l'état normal.

Ces modifications sont assez faciles à percevoir à l'orifice aortique. A l'orifice mitral, la difficulté est un peu plus grande.

Si nous revenons à la malade qui fait le sujet de cette conférence, je vous rappellerai, pour ceux qui ont suivi le cours de l'affection, que dès le début nous avons, pendant trois jours, observé un bruit éteint. Le quatrième jour, il a repris un timbre plus dur; le cinquième jour, il présentait un caractère clair. Aujourd'hui le timbre est presque normal. Il s'agit donc bien d'une *endocardite en voie de guérison*.

Messieurs, vous voyez que les caractères des bruits du cœur peuvent nous faire diagnostiquer l'endocardite et nous mettent en mesure de la combattre.—*France médicale*.

De la rétention d'urine dans la fièvre typhoïde et les fièvres éruptives.—M. FAGE fait remarquer, dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*, que la rétention qui peut compliquer toutes les maladies infectieuses, peut se montrer non seulement dans les cas graves, mais aussi dans les cas les plus bénins en apparence. Il cite, à ce propos, l'observation d'une jeune fille qui, atteinte d'une rougeole de forme moyenne, fut prise, au deuxième jour de l'éruption, d'une rétention d'urine complète pendant trois jours. Il en fut de même chez une autre malade, qui, atteinte d'une fièvre typhoïde bénigne, présenta, au huitième jour, une rétention d'urine qui dura 48 heures.

Même dans la fièvre typhoïde, la rétention d'urine a rarement fait l'objet de remarques particulières, et les auteurs varient beaucoup sur sa fréquence. Louis a dans un cinquième des cas, trouvé la vessie distendue chez les typhiques. Murchison dit n'avoir observé que deux fois la rétention d'urine sur cent cas de fièvre typhoïde, et rapporte que Jenner ne l'a rencontrée qu'une fois sur 23 cas mortels. Guéneau de Mussy n'en a observé que deux cas sur cent.

Dans la fièvre éruptive, la rétention d'urine paraît être moins fréquente. Jaccoud l'a vue dans la rougeole en même temps qu'une paralysie. Trousseau dit aussi que la paralysie frappe la vessie quelquefois, comme le prouve la rétention d'urine ou du moins la dysurie très notable qui survient alors. Gubler a rapporté aussi un cas de variole compliquée de rétention. Mais, jusqu'ici, elle n'a pas été signalée dans la scarlatine.

Importance de la recherche des réflexes tendineux.—Formes de tabes à début insolite, par le Dr. LE GENDRE.—Il y a quelque temps je soignais avec un de mes maîtres une dame d'une soixantaine d'années pour un état gastro-intestinal qui affectait une allure assez singulière. Le début avait été une diarrhée profuse avec douleurs abdominales très vives; la diarrhée s'arrêta, pour faire place à une constipation opiniâtre; la langue était restée sale, l'appétit nul et il y avait quelques vomissements bilieux; les douleurs continuaient, localisées tantôt au niveau du gros intestin, tantôt au niveau de l'estomac, apparaissant et disparaissant sans cause apparente. Une reprise de diarrhée subite, suivie d'expulsion de débris pseudo-membraneux, fut de courte durée. Mais, malgré un régime alimentaire sévère, l'antisepsie des voies digestives, les grandes irrigations intestinales détersives et modificatrices, l'état saburral de la langue persistait et les douleurs ne se modifiaient qu'au point de vue du siège sans diminuer d'intensité. Tous les jours ou tous les deux jours une crise douloureuse subite survenait tantôt au niveau de l'hypochondre droit, et tantôt dans la région interscapulaire, tantôt occupant les deux flancs, tantôt l'épigastre et la région lombo-dorsale simultanément. Il y avait plus d'un mois que durait cet état singulier; au diagnostic primitif de colite avaient succédé les hypothèses peu satisfaisantes de coliques hépatiques frustes, de rhumatisme articulaire viscéral ou musculaire, quand un beau jour mon maître, frappant sur les tendons rotuliens, constata une perte absolue du réflexe patellaire. Nous recherchons les réflexes pupillaires: l'iris est en état habituel de contraction, non pas punctiforme, mais très marqué; il s'accommode bien aux distances, mais il réagit très paresseusement aux impressions lumineuses. Bref, nous sommes très vraisemblablement en présence d'un cas de tabes dont le premier signe apparent a été une crise gastro-intestinale.—Ce n'est pas une marche vulgaire. Les crises gastri-

ques au cours du tabes sont bien connues, mais on ne pense pas toujours à rechercher les réflexes patellaires (signe de Westphal) et lumineux (signe d'Argyll-Robertson) à propos d'une entérite pseudo-membraneuse d'apparence banale.

De ce fait il faut conclure à la nécessité de toujours examiner l'état des réflexes tendineux, non seulement quand on soupçonne une affection cérébro-spinale, mais toujours et systématiquement ; car les recherches de ces dernières années nous ont appris que la disparition du réflexe patellaire est fréquente dans bon nombre d'états morbides où le système nerveux n'est intéressé que secondairement et quelquefois sans lésions, seulement au point de vue fonctionnel. Ici je laisse de côté le tabes et j'ouvre une parenthèse relativement à la recherche des réflexes tendineux.

M. Bouchard a montré que dans beaucoup de cas de diabète le réflexe patellaire a disparu ; ce sont toujours des diabètes graves, le signe de Westphal indique alors une atteinte profonde portée à l'énergie fonctionnelle de la moelle. M. Bouchard ne manque pas non plus de le rechercher dans les gastropathies, notamment dans la dilatation de l'estomac, car l'existence d'une gastro-ectasie ancienne abaisse quelquefois tellement la force nerveuse que les réflexes patellaires s'affaiblissent beaucoup ou disparaissent tout à fait.

Il y a deux étapes dans la disparition du réflexe patellaire. A un premier degré, il n'est qu'affaibli et on peut encore le ramener à l'état normal temporairement en faisant exécuter par l'individu un mouvement volontaire. En effet, Jendrassik, W. Mitchell et J. Lewis ont montré que le réflexe patellaire pouvait être augmenté par des actes volontaires exécutés dans une autre région du corps et que cet accroissement survivait quelque temps à l'influence volontaire.—Voici comment on procède ordinairement pour exercer ce contrôle. On fait asseoir le malade, les jambes ballantes, sur le bord de son lit ou sur une table dans la position la plus favorable à la recherche du signe de Westphal ; on frappe avec le bord cubital de la main ou le marteau de Skoda sur le tendon rotulien au lieu d'élection et on constate, je suppose, que le réflexe tendineux est nul ou très faible.

On commande alors au malade de saisir les doigts de sa main gauche recourbés en crochet avec ceux de sa main droite fléchis dans la même attitude et d'exercer en sens contraire une traction *énergique* avec chacun de ses bras. A peine le malade a-t-il exécuté cet effort, on frappe de nouveau sur le tendon rotulien et on constate souvent que le réflexe est devenu plus fort, presque normal ou normal. C'est un indice relativement favorable ; il prouve que l'axe nerveux est encore capable de reprendre son énergie fonctionnelle sous l'influence d'une excitation ; si, au contraire, malgré l'effort du malade, le réflexe patellaire ne paraît pas ou ne s'exalte pas, il faut établir un pronostic défavorable.

Le renforcement possible des réflexes tendineux sous l'influence d'efforts physiques ou intellectuels est en accord avec les recherches de Sternberg qui a trouvé les réflexes tendineux particulièrement intenses chez les personnes fatiguées. Mais ce renforcement du réflexe à la suite des efforts est passager ; si l'effort se répète plusieurs fois ou est trop intense, la dépression succède à l'exagération fonctionnelle.

La recherche des réflexes tendineux chez les diabétiques et chez les dyspeptiques est importante au point de vue thérapeutique car sa constatation conduit à prescrire des médicaments qui augmentent la réflectivité médullaire et l'énergie nerveuse (la strychnine en première ligne, l'arsenic et autre nervins, les stimulations cutanées par les frictions sèches, aromatiques ou alcooliques, l'hydrothérapie et l'électricité statique.)

Au point de vue du diagnostic entre le diabète confirmé et certaines glycosuries transitoires, la recherche des réflexes peut avoir aussi de l'importance ; car Dreyfous, ayant constaté l'exagération des réflexes rotuliens chez certains glycosuriques, a vu que chez eux il s'agissait d'une glycosurie attribuable à l'excitation du système nerveux par des causes diverses dont la suppression peut amener la suppression de la glycosurie, tandis que chez les diabétiques vrais la disparition des réflexes atteste une insuffisance d'innervation, un épuisement nerveux de fâcheux augure.

Au point de vue chirurgical, M. Reynier a montré par la statistique que les diabétiques dont les réflexes sont abolis succombent presque tous à la suite des interventions chirurgicales. L'absence du réflexe patellaire doit donc être une contre-indication à toute opération chez un diabétique à moins d'absolue nécessité ; en cas de simple diminution du réflexe, il faut attendre, soumettre le malade au régime, qui quelquefois est suivi du retour de l'énergie du réflexe. La nutrition se fait mal chez les diabétiques qui ont perdu leurs réflexes et ils ont de la tendance au spacie. Les idées de Reynier, application de la découverte de M. Bouchard, ont été confirmées par Berger ; il paraît que l'abolition du réflexe existe aussi chez certains albuminuriques et entraîne pour eux des conséquences analogues.

Puisque j'avais commencé à parler du tabes, ce protégé de la neuro-pathologie, dans lequel on peut observer toutes les combinaisons possibles de symptômes, je signalerai certains travaux auxquels il a donné lieu récemment.

J'ai cité tout à l'heure un début insolite par une crise d'entérite. Voici un cas de Sandoz dans lequel un homme de 55 ans est pris en pleine santé de douleurs abdominales violentes et de signes d'occlusion intestinale (vomissements fécaloïdes). Ces accidents cessent au bout de 10 jours. Mais on constate chez cet homme des douleurs fulgurantes, des fourmillements à la plante des pieds, des pupilles contractées, immobiles, l'absence des réflexes rotu-

liens, la marche vacillante, les yeux fermées. Au lieu d'admettre comme l'auteur que la crise gastro-intestinale est devenue le point de départ du tabes, nous dirons qu'elle en a été le premier acte.

On connaît les crises gastriques, rectales, vésicales, laryngées. Oppenheim signale des *crises pharyngées*. Une femme âgée de 33 ans ayant depuis plusieurs années de violents accès de vomissements et des crises rectales, des quintes de toux convulsives et une paralysie des cordes vocales, est prise de temps en temps de mouvements de déglutition convulsifs se répétant 24 fois par minute et s'accompagnant à la fois d'un bruit de glouglou et d'un sifflement. Ces crises durent en général 10 minutes; quand elles se prolongent plus longtemps, elles diminuent d'intensité. Elles se produisent soit spontanément, soit dans la déglutition; mais on les provoque sûrement par la pression sur les côtés du larynx où se trouve un point douloureux.

H. Mollière (*Lyon médical*, 1887) a rapporté un cas d'ataxie où des *troubles trophiques* ont été les premiers symptômes. Un homme de 45 ans, non syphilitique, a en 1881 un mal perforant plantaire à gauche; en 1882, toutes ses dents supérieures tombent en 6 mois sans être altérées et sans que la gencive soit malade; puis survient un nouveau mal perforant plantaire à droite; alors seulement commencent des troubles de l'accommodation suivis des autres signes classiques du tabes.

Miliotti a réuni (Morgani 1887), sous le nom de *masque tabétique* les troubles de la sensibilité de la face observés chez les ataxiques; anesthésie tactile plus ou moins profonde avec hyperalgésie et sensations particulières quelquefois indescriptibles. Ces troubles sensitifs dus à une altération du noyau ou du trajet du trijumeau coexistent avec des troubles dans la sphère d'autres nerfs crâniens, chute des dents, altérations oculaires, altération du goût. Le masque tabétique peut exister aussi bien dans le tabes fruste et la période préataxique que dans le tabes confirmé.

Rappelons l'existence fréquente dans diverses intoxications d'un complexus symptomatique qui rappelle certains symptômes du tabes et qui est imputable vraisemblablement à des névrites multiples. Nous avons décrit jadis ici ces *pseudo-tabes*, d'après la thèse d'agrégation de Brissaud et la thèse de doctorat de Leval-Piquechef. J'ai vu récemment un cas typique de pseudo-tabes alcoolique chez un individu qui était devenu alcoolique inconsciemment, presque sans avoir bu d'alcool. Employé depuis plusieurs années dans une distillerie, il s'était toujours abstenu rigoureusement d'excès alcooliques par ingestion. Il ne buvait que de l'eau rougie à ses repas et ne goûtait qu'exceptionnellement aux produits de sa maison. Mais sejourant plusieurs heures par jour au voisinage immédiat des appareils à distillation et des cuves pleines d'alcool, il respirait une atmosphère saturée de vapeur

alcoolique et présentait au grand complet les symptômes classiques de l'alcoolisme chronique, particulièrement ceux de la poly-névrite à forme pseudo-tabétique.

Dana a cité récemment des observations d'empoisonnement lent par l'arsenic ayant donné lieu à l'ataxie, signe de Romberg, diminution de la sensibilité, du sens musculaire, suppression du réflexe patellaire, troubles de la vue, etc.

En terminant, je rappellerai que c'est le plus souvent contre le symptôme si pénible des douleurs fulgurantes et des crises viscérales que les tabétiques réclament nos soins. Les médicaments que nous avons trouvés le plus efficaces sont le salicylate de soude et l'antipyrine jusqu'à des doses de 3 à 5 gr. qu'on administre en utilisant tour à tour l'estomac, le rectum et la méthode hypodermique.

L'acétanilide nous inspire quelque appréhension à cause de son action fâcheuse sur l'hématose; on sait que sous l'influence de doses très faibles de 0,25 à 0 gr. 50 centigr. on peut voir les malades présenter une cyanose générale des plus alarmantes. Voir le malade *passer au bleu*, comme disait M. G. Sée, dans une certaine discussion académique, n'est rassurant ni pour le médecin, ni pour l'entourage. Quant à la phénacétine, que préconise mon maître M. Dujardin-Beaumetz, elle ne m'a pas semblé agir bien efficacement dans un cas où je l'ai essayée (1 gr. 50 à 2 gr.) *Concours médical*.

Albuminurie due à l'empoisonnement par les eaux d'égout.

—M. George JOHNSON, professeur de clinique à *King's College Hospital*, a déjà à plusieurs reprises éveillé l'attention sur l'albuminurie ayant pour cause les poisons des eaux d'égout. Il a rencontré dernièrement de nouveaux faits qui établissent clairement la vérité de ce qu'il a avancé.

Il s'agit d'un homme, jusque-là en bonne santé, qui fut pris d'albuminurie, alors qu'il venait d'habiter dans une maison nouvelle où le système d'égout était défectueux. Les premiers symptômes notés ont été des troubles du côté de l'estomac et des intestins, de la diarrhée principalement, et, ce qui est important à noter, cette diarrhée cessait quand le malade quittait sa maison pendant un certain temps (trois semaines), et recommençait quand il y retournait. A la longue de l'œdème apparut et les urines qui n'avaient point été examinées jusque-là, contenaient des flocons d'albumine et des cylindres en abondance.

M. Johnson attribua cette albuminurie aux poisons des eaux d'égout, et conseilla au malade de s'éloigner de sa maison pendant qu'on réparait le système d'égout. La diarrhée cessa rapidement; l'albumine devint de moins en moins abondante dans l'urine, l'œdème disparut. La guérison a fini par être complète et s'est maintenue.

M. Johnson cite encore le cas d'un homme de 47 ans qui jouissait d'une santé excellente et qui s'occupait des travaux d'une ville. Il avait dû surveiller les réparations qu'on faisait à des égouts défectueux. Depuis ce jour, il était tombé malade; il avait été intoxiqué. Il avait présenté à la suite une néphrite caractéristique qui se termina par la mort. — *Année médicale de Caen.*

CHIRURGIE

Calcul vésical.—Clinique de M. TILLAUX, à l'Hotel-Dieu.—Le malade atteint de ce calcul vésical est âgé de cinquante-deux ans; son père et sa mère sont morts tuberculeux; personnellement il ne présente aucun antécédent du côté des poumons.

Les premiers accidents de l'affection qui nous occupe remontent à 1869. Il commença à cette époque à rendre de petits graviers; son vase était teinté de rouge. Les accidents les plus sérieux datent de sept ou huit années. Il ressentit alors des troubles du côté de la miction; il y a deux ans enfin, il éprouva une rétention d'urine momentanée.

Bref, ce malade est atteint de *calcul vésical*. Les signes rationnels qui permettent de poser ce diagnostic sont: d'abord les douleurs siégeant dans l'hypogastre, dans la verge, dans l'anus, etc. Le malade souffre quand le calcul vient se mettre en contact avec le col ou avec le trigone de la vessie, ce qui explique qu'on trouve tout à coup des pierres volumineuses. Au repos, la nuit surtout, il n'y a presque pas de douleur. Quand le malade marche ou quand il se trouve dans une voiture mal suspendue, les douleurs sont très vives. La douleur siège dans le pourtour du col de la vessie et se propage jusqu'au gland; souvent elle atteint l'anus et le périnée.

On peut, en second lieu, observer des troubles dans la miction. Ce malade éprouve de fréquentes envies d'uriner, et cela dans la station droite, contrairement à ceux atteints de *cystite*, qui eux, ont ces envies la nuit. Le malade veut uriner, le jet part franchement, puis s'arrête brusquement, et enfin, par quelques mouvements du bassin, continue avec la violence du début. Evidemment, on pourrait croire à des spasmes, mais nous constatons intermittence, instantanéité et indolence.

Dans bien des circonstances, l'urine est mélangée de sang, et c'est le cas chez ce malade. Dans les cystites, le sang ne vient qu'avec les dernières gouttes d'urine; le calculeux, lui, qui pisse du sang voit disparaître son hématurie par le repos; elle est due au choc de la pierre sur les parois de la vessie.

Au sondage de la vessie, on a la sensation d'un corps dur; le

frottement rugueux ne suffit pas, il faut avoir la notion du choc, du bruit, il faut qu'on perçoive nettement le contact de la sonde avec un corps étranger dur. La sensation de frottement rugueux s'éprouve dans le cas de concrétion adhérente à la vessie. Dans le cas qui nous occupe, on sent que le corps qui est touché par la sonde est mobile ; avec un brise-pierre, on peut prendre le calcul entre les deux branches, et lui assigner des dimensions qui sont de 4 centimètres dans un sens et de 2 ou 3 centimètres dans l'autre. C'est une pierre non sphérique, aplatie en forme de galet. En la touchant avec l'instrument, on entend un choc très sensible.

On peut diviser les pierres en *uratiques*, *oxalutiques*, *phosphatiques*.

La pierre qui nous occupe est une *pierre uratique*, car la pierre phosphatique, sorte de pain de craie, ne donne pas la sensation de choc, et la pierre oxalatique date du jeune âge et ne présente presque comme seul symptôme que des troubles dans la miction remontant à l'enfance, ce qui n'existe pas chez le malade dont il s'agit.

Deux procédés opératoires se présentent : la *lithotritie* et la *taille*.

Les premiers chirurgiens qui se sont servis du premier procédé n'avaient pas le chloroforme, aussi avait-on des séances courtes, répétées. Depuis une quinzaine d'années, on brise la pierre complètement et on l'extrait au moyen d'une sorte de pompe.

Mais il existe des pierres qui briseraient l'instrument. ici, ce n'est peut-être pas le cas, mais les dimensions de la pierre ne permettent pas de procéder autrement que par la taille. Dans la lithotritie d'ailleurs, on s'expose à laisser un noyau pouvant donner dans la suite naissance à une autre pierre.

La *taille hypogastrique* est plus simple et moins dangereuse que la *taille périnéale*.

Il faut d'abord entrer dans la vessie avec une sonde molle, vider la vessie, et remplacer l'urine par de l'eau boriquée à 40 p. 1000. On introduit ensuite dans le rectum le ballon de Petersen, on y injecte de l'eau pour le distendre, et pour reporter la vessie en avant.

Puis on fait, au niveau du pubis, une incision couche par couche, de façon à former une plaie en entonnoir, tout en prenant garde de blesser le cul-de-sac péritonéal. On fend la vessie et on prend la pierre avec une curette, on porte les tubes de Perrier jusqu'au fond de la vessie pour en bien laver toutes les parois, on ouvre le ballon de Petersen en laissant les deux tubes de Perrier dans la vessie et on ne les enlève qu'au bout de cinq ou six jours. Le temps de la cicatrisation de la plaie est variable suivant les malades.—*Praticien*

L'eau chaude dans les fractures périarticulaires.—M. DURAND propose pareil traitement des entorses et des fractures pé-

riarticulaires des bains locaux d'une durée de 25 minutes avec de l'eau aussi chaude qu'on peut la supporter (45, 48 et même 50 degrés). Ce traitement amène très rapidement la disparition de la douleur, du gonflement, et en 4 ou 5 jours l'épanchement est absorbé.

M. Chauvet, dans le rapport qu'il a lu à la Société de chirurgie sur le travail de M. Durand, sans nier l'utilité de ce traitement, se demande s'il est supérieur à la compression et au massage dont les succès sont si remarquables.—*Lyon médical*.

Examen chirurgical du rein.—Dans une intéressante leçon, le Prof. GUYON étudie la valeur de l'examen direct de la région rénale, pour l'appréciation de l'état du rein : lorsque cet organe est normal, la palpation peut en être considérée comme négative ; cette méthode ne donne de renseignements utiles que dans les états pathologiques.

On place le malade dans l'attitude du repos musculaire absolu, étendu à plat sur le dos, les jambes allongées ; on pratique l'exploration en mesure, c'est-à-dire en évitant toute pression pendant l'inspiration et en utilisant la détente produite par l'expiration pour pénétrer successivement dans les profondeurs du ventre. En agissant avec lenteur et douceur, on arrive graduellement à aller pour ainsi dire au contact de la paroi postérieure. On a soin de contourner les côtes, et, pour cela, aussi bien en avant qu'en arrière, on cherche à pousser les doigts au-dessous d'elles.

La recherche du rein d'après le procédé de M. Glénard (préhension du rein par pincement avec une seule main) ne peut permettre un examen complet, c'est-à-dire de se mettre en contact de sa paroi antérieure et de sa paroi postérieure. La chose n'est possible que chez les sujets maigres à parois souples ; pour peu que l'abdomen soit développé, on aboutit à un échec à peu près certain. Mieux vaut utiliser pour l'exploration l'action combinée des deux mains. La main postérieure a pour mission de soutenir la paroi lombaire et d'aller aussi directement que possible à la rencontre du rein ; glissée à plat sous le malade, en déprimant le matelas, elle s'applique sur la partie de la région lombaire correspondant au rein. La main antérieure doit être placée parallèlement à la ligne médiane, immédiatement au-dessous des cartilages costaux. Dans la majeure partie des cas, où il n'y a pas d'état douloureux, on peut exercer dans une mesure suffisante la palpation profonde. Mais lorsque la sensibilité est anormale, ni la position du sujet ni la palpation méthodique n'arriveront assez sûrement à leur but, et il deviendra nécessaire de neutraliser par d'autres moyens la contraction musculaire : c'est au chloroforme qu'il faudra alors faire appel.

Voyons jusqu'à quel point ces différentes manœuvres d'exploration du rein permettent d'apprécier : sa sensibilité, son augmenta-

tion de volume ou sa diminution, son absence, sa mobilité, ses déplacements et enfin sa consistance.

L'interrogation de la sensibilité du rein est d'autant plus importante qu'elle donne la certitude d'un état pathologique; car, à l'état normal, le rein n'est nullement sensible à la pression. Il importe de faire un examen comparatif de la région opposée et de ne pas confondre les symptômes douloureux avec la sensibilité superficielle, si facilement développée chez certains sujets au contact de cette région très sensible au chatouillement.

Lorsque l'augmentation de volume est prononcée, la palpation suffit. le rein est facilement senti au-dessous des côtes. Mais, pour apprécier une légère augmentation, il est nécessaire d'employer une manœuvre particulière à l'aide de laquelle on perçoit le ballotement : on peut ainsi apprécier les plus faibles augmentations de volume et le premier degré des déplacements.

L'exploration manuelle, de quelque façon qu'on l'emploie, ne peut renseigner ni sur la diminution de volume, ni sur l'absence du rein.

A part les cas exceptionnels, où le cliquetis des graviers a pu être senti dans un rein ectopie, l'exploration manuelle ne donne pas de résultats dans la recherche des calculs rénaux.

Quant à la mobilité et aux déplacements du rein, on peut en apprécier l'existence et les degrés à l'aide de trois signes : la mobilité lombo-abdominale qui donne la sensation du ballotement; la mobilité abdomino-lombaire qui consiste dans le retour absolu ou relatif d'une tumeur tout à l'heure abdominale, dans la région lombaire ou à son contact, la mobilité due aux mouvements respiratoires. Les changements de position peuvent, dans certains cas, être la condition même de la constatation d'un déplacement du rein.

Enfin la consistance du rein est en réalité difficile à apprécier par le palper, on peut se rendre compte des degrés extrêmes dans la dureté et dans la mollesse, mais non dire avec certitude que le rein est ou non fluctuant; on trouve de la rénitence, mais il est rare que la sensation soit plus indicatrice.—*Concours médical.*

Hydropisie des ventricules cérébraux.—A une assemblée de la *Philadelphia County Medical Society*, le DR. W. KEEN présente le rapport d'un cas de paracentèse des ventricules latéraux du cerveau. Il aurait enlevé une couronne de trépan d'un demi-pouce, fait une ponction de $1\frac{3}{4}$ pouce de profondeur, jusque dans le ventricule et introduit un drain en erin qu'il aurait remplacé quelque temps plus tard par un tube en caoutchouc. Il s'écoulait de 2 à 8 onces de liquide cephalo-rachidien par jour. L'opération aurait été suivie d'un amendement considérable dans les symptômes. Le docteur a, en outre, exploré avec un stylet le lobe occipital à deux reprises à une profondeur de $3\frac{1}{2}$ pouces. Il a, plus tard,

ponctionné le ventricule latéral opposé à celui déjà ponctionné et drainé et aurait ainsi établi une irrigation d'un côté à l'autre avec une solution d'acide borique.—On laisse entendre que l'enfant sur lequel ses diverses opérations ont été pratiquées est en voie de guérison.

Traitement de la coxalgie.—Le Dr. A. B. JUDSON, dans un long article dans le *New-York Medical Journal* disserte sur l'opportunité de la non-intervention dans les abcès de la coxalgie. S'appuyant sur des cas où ces abcès se sont résorbés sans avoir été touchés, il conseille la tolérance dans bien des circonstances; lorsque surtout l'abcès forme une accumulation indolore sans réaction générale. Il s'attache surtout à traiter la lésion osseuse et laisse l'abcès s'ouvrir seul, s'il manifeste cette tendance, et qu'il n'y ait pas d'indication formelle d'intervenir: douleur, etc.

1o Il procure aux os et à l'articulation le repos mécanique le plus absolu; 2o il insiste sur une alimentation abondante et variée, mais dont le lait constituerait la plus grande partie; 3o il conseille l'opium à dose voulue.

L'auteur ne craint pas l'abondance du pus ni son infiltration; il dit que le pus est secondaire à la lésion osseuse et ne réagit pas sur celle-ci pour la propager, d'où indication nette de traiter cette maladie articulaire par l'immobilisation absolue plutôt que de recourir au préalable, aux incisions, aux grattages et aux résections.

Moyen de taxis, par le docteur PERRO, in *Annals of Surgery*.—Le bassin est soulevé par un oreiller, les cuisses sont fléchies et portées dans l'abduction. On saisit de la main gauche le scrotum et la hernie et on les élève sur les parois abdominales en exerçant une certaine compression; l'index droit est alors introduit dans le canal inguinal par des mouvements de rotation et dirigé en haut vers la portion horizontale du pubis. Ce mouvement sollicite la réduction de la partie étranglée. Le docteur aurait réussi par ces moyens dans six cas où le taxis ordinaire avait échoué.

Corps étrangers des voies digestives.—Le docteur SALZER rapporte à la *Société Médicale de Vienne* trois cas de corps étrangers des voies digestives traités par la méthode conseillée par le docteur Cameron, de Glasgow, qui consiste à ne faire manger au patient pendant plusieurs jours que des patates. Dans les trois cas—le premier, celui d'un garçon qui avait avalé un petit poids, le second, celui d'une femme voulant digérer un ratelier, et le troisième, celui d'une petite fille prise d'affection gastrique pour un clou—le traitement a pleinement réussi. Ce moyen, dit-on, origine des filous de Londres, qui ayant avalé certains objets volés, vivent de patates jusqu'à ce que ces articles soient rendus *per vias naturales*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'infection puerpérale.—I.—On a depuis longtemps discuté sur la pathogénie des accidents qui surviennent chez les accouchées et qui, à de certaines époques, exercent—ou plutôt exerçaient—parmi elles de si terribles ravages. Sans rappeler les théories anciennes telles que celles de la suppression des lochies, de la métastase laiteuse (Pujos), c'est vers la fin du siècle dernier que surgit la théorie anatomique. On plaça tour à tour le siège de la maladie dans le péritoine, dans les reins utérins (Dance), enfin dans les lymphatiques (Tonnelé, Dayau, Nonat, etc.)

On connaissait mieux les lésions causées par l'infection ; mais on n'était guère fixé sur le mode de production de ces accidents et il faut arriver à Semmelweis (1849), pour voir mettre en relief la théorie de la contagiosité des accidents puerpéraux. Cette donnée nouvelle, qui devait révolutionner l'art obstétrical, se vulgarisa peu à peu en France, grâce surtout aux travaux du Pr Tarnier (1857).

Il n'est pas inutile de rappeler que dès 1858 Trousseau entrevoyait complètement la vérité : il parlait d'un ferment inconnu, montrait l'infection se faisant par la plaie, affirmait l'analogie des accidents infectieux puerpéraux et celle des accidents infectieux chirurgicaux.

Pestait à trouver le germe, le ferment de nature encore inconnue qui causait la fièvre puerpérale : quelques expérimentateurs, s'inspirant des méthodes pastoriennes, se mirent à l'étude (Mayerhofer, Recklinghausen, Waldeyer, Quinquaud, etc.) Coze et Feltz, en 1869, furent les premiers à reconnaître l'existence des microbes en chaînettes. Mais c'est M. Pasteur qui, en 1879, établit la présence fréquente de ce microbe, pendant la vie ou après la mort, chez les femmes atteintes de fièvre après l'accouchement. Le premier il put isoler et cultiver ce microbe : il en donna les caractères et montra le rôle principal joué par lui dans les accidents infectieux d'origine puerpérale.

Un an après parut l'importante thèse de Doléris qui découvrit quatre espèces d'organismes dans l'infection puerpérale : mais ces espèces ne sont là en réalité que les formes différentes d'un même organisme aux diverses périodes de son développement.

En 1884, MM. Chauveau et Arloing purent produire chez les lapins des septicémies expérimentales variant suivant le procédé de culture mis en usage : par analogie ils crurent pouvoir conclure que les formes de la septicémie puerpérale reconnaissent un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre forme. Cet agent est un microbe unique, mais qui n'est pas spécial à la puerpéralité.

Notre collègue et ami, le Dr Widal, très versé dans la science nouvelle de bactériologie, vient de reprendre avec succès ces recherches, en les faisant porter sur des femmes présentant les différentes formes de l'infection puerpérale; il est le premier microbiologiste qui ait pratiqué ces recherches sur des femmes mortes de septicémie sans lésion et sans suppuration, ou d'infection à forme pseudo-membraneuse.

Le très-remarquable travail de Widal comprend nombre de questions du plus haut intérêt et de données nouvelles, par exemple sur la pathogénie des abcès pulmonaires d'origine puerpérale. ~~sur la virulence des liquides épanchés dans la plèvre, sur les relations de la phlegmatia alba dolens, et de la septicémie puerpérale, etc.~~

Nous ne pouvons que signaler les points les plus saillants de cette étude qui comprend une description technique complète de "ce micro-organisme banal, répandu partout, le streptococcus pyogenes, qui suffit à lui seul à produire les formes cliniques diverses et les lésions anatomiques les plus variées de l'affection puerpérale à porte d'entrée utérine."

Nous étudierons donc, en suivant pas à pas le travail de Widal, les portes d'entrée de la fièvre puerpérale, ses différentes formes, ses rapports avec la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle.

II. DES PORTES D'ENTRÉE DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE. — Sur douze autopsies d'infection puerpérale à streptocoques, Widal a trouvé douze fois le micro-organisme dans l'utérus: la muqueuse utérine est donc la porte d'entrée ordinaire de l'infection. En effet, au moment de l'accouchement, il y a exfoliation complète de l'épithélium de la muqueuse entraîné par la chute de la caduque: rien d'étonnant à ce que les microbes pathogènes pénétrèrent par cette véritable plaie.

Lorsqu'il y a infection, on trouve dans la cavité utérine des micro-organismes de genres différents qui, au milieu des détritits de toute sorte, constituant les lochies, trouvent un excellent milieu de culture pour se multiplier et exalter leur virulence. De tous ces organismes, le streptococcus pyogenes parvient seul à infiltrer les parois utérines: de telle sorte que la muqueuse utérine agit à la façon d'un filtre qui laisse passer seulement le streptococcus pyogenes, à l'exclusion des autres microbes contenus anormalement dans l'intérieur de la matrice.

Quand ce microbe a franchi la muqueuse, il se propage dans les lymphatiques et les veinules de l'utérus: il traverse parfois cet organe sans y laisser la moindre gouttelette de pus, et va déterminer au loin des suppurations dans une articulation, dans un muscle, dans une séreuse. C'est alors le microscope qui seul peut déceler dans les vaisseaux utérins la présence des chaînettes et montrer ainsi la voie suivie par l'infection.

L'infection chez l'accouchée n'est pas toujours due au streptococcus pyogenes : sur seize cas d'infection puerpérale, dont il a pratiqué l'examen bactériologique en étudiant le pus pendant la vie ou les organes après la mort, Widal a retiré de ses cultures quatorze fois le streptococcus pyogenes et deux fois un bâtonnet ayant les caractères de la bactérie décrite par MM. Albarran et Hallé comme cause de l'infection urinaire. Dans ces cas très rares où l'infection a pour cause un micro organisme différent du streptococcus, on peut admettre que cet organisme a pénétré par le périnée, la vulve, le vagin contusionnés ou déchirés pendant l'accouchement ou par la muqueuse vésicale, enflammée à la suite de la compression exercée par l'utérus gravide.

III. DES DIFFÉRENTES FORMES DE L'INFECTION PUERPÉRALE.—

Nous laisserons d'ailleurs de côté ces cas relativement rares pour n'étudier que les différentes formes de l'infection puerpérale causées par le streptococcus pyogenes : 1^o forme avec suppuration ; 2^o forme diphthéritique ou pseudo-membraneuse ; 3^o forme septicémique pure.

1^o FORME AVEC SUPPURATION. C'est de beaucoup la plus fréquente et elle peut présenter différentes variétés. Tantôt la suppuration se localise dans l'utérus ou le tissu cellulaire qui l'entoure, tantôt dans le péritoine ; enfin, elle peut se généraliser à toute l'économie et causer la pyohémie.

a) *Forme avec suppuration localisée dans l'utérus ou le tissu cellulaire péri-utérin.* Les phlegmons du ligament large, de la fosse iliaque, de la région rétro-pubienne sont des exemples de suppurations locales qui peuvent passer à l'état chronique, mais qui généralement guérissent. Dans certains cas cependant, la mort peut survenir assez rapidement : elle n'est pas alors tant causée par la suppuration limitée au tissu cellulaire péri-utérin que par l'invasion de toute l'économie par les micro-organismes.

Ces faits sont prouvés par l'examen bactériologique, qui montre que chez la même femme le streptococcus pyogenes peut produire des suppurations en foyer dans certains tissus, en même temps qu'il infiltre certains organes et y détermine des lésions histologiques sans faire de pus. De telle sorte que des infections qui paraissent s'être localisées à un foyer de suppuration, sont parfois des infections généralisées à toute l'économie.

b) *Péritonite suppurée.* La suppuration du péritoine est si fréquente, chez la femme infectée, après l'accouchement, que Baudelocque identifiait la fièvre puerpérale avec l'inflammation de la séreuse. Aussi, nombre de pathologistes ont-ils considéré la fièvre puerpérale comme la localisation primitive de la maladie ; M. Siredey a affirmé, au contraire, que la péritonite puerpérale était toujours consécutive à une lymphangite utérine. C'est, en

effet, la voie la plus fréquemment suivie par les micro-organismes pour se rendre de la muqueuse utérine au péritoine ; mais il y a d'autres moyens de propagation (par les trompes par exemple.) La péritonite puerpérale infectieuse, même généralisée, peut rester purement fibrineuse. Dans la forme fibrino-purulente, les fausses membranes fibrineuses tendent à enkyster le pus et peuvent déterminer un processus de guérison.

Même dans les formes les plus graves, la thérapeutique doit essayer de lutter : une indication formelle consiste à immobiliser par l'opium à haute dose l'intestin dont on pratique l'antisepsie suivant la méthode de M. Bouchard.

1^e) *Forme pyohémique* (infection purulente puerpérale.) On comprend dans cette catégorie les cas où la suppuration s'est généralisée à distance de l'utérus et du péritoine dans les parenchymes, les articulations, les muscles, le tissu cellulaire. Lorsque chez les femmes ainsi infectées, on trouve au milieu des foyers de suppuration, le streptococcus pyogenes mélangé à d'autres micro-organismes, on peut arriver, à l'aide d'une méthode spéciale à prouver que le streptocoque est le seul agent pathogène.

Contrairement à la théorie classique, les abcès à distance de la pyohémie ne reconnaissent pas toujours pour cause une phlébite utérine ou péri-utérine préalable. Des microbes charriés par le sang peuvent déterminer au loin des foyers de suppuration, sans qu'ils aient besoin de fragments de caillots comme véhicule.

Dans l'affection purulente chronique, les microbes, au bout d'un certain temps, restent enkystés dans le pus des abcès ; on ne les retrouve plus ni dans le sang, ni dans les organes. L'infection, qui était généralisée d'abord, est devenue localisée.

Quant à la pleurésie purulente, elle se présente chez les femmes puerpérales dans des conditions très diverses sur lesquelles nous ne pouvons insister ici.

2^e) *FORME DIPHTÉRIQUE OU PSEUDO-MEMBRANEUSE.* La fausse membrane fibrineuse que l'on observe quelquefois au cours de l'infection puerpérale, a tout l'aspect de celle que l'on rencontre dans la diphtérie légitime, et se présente, soit associée à diverses suppurations, soit à l'état pur sur la vulve, le vagin, la muqueuse utérine, les séreuses. Quant à la pathogénie et à la nature de cette diphtérie puerpérale, les uns la considèrent comme une forme d'infection spéciale, les autres n'y voient aucune différence avec la diphtérie légitime, maladie de Bretonneau et Trousseau. L'examen microbiologique, pratiqué dans les cas où la fausse membrane s'observe à l'état pur et dans ceux où elle est associée au pus, prouve l'inexactitude de l'une et de l'autre opinion : ces fausses membranes ont la même provenance que le pus des abcès et sont produites par l'action du streptococcus pyogenes.

3^e) *FORME SEPTICÉMIQUE PURE SANS SUPPURATION NI FAUSSES MEMBRANES.* Dans certains cas la mort survient chez la nouvelle

accouchée au milieu de tous les symptômes de l'infection puerpérale, sans que l'examen minutieux des organes décèle en aucun point de l'économie la moindre trace de suppuration ou la moindre parcelle de fausses membranes : c'est à cette forme d'infection que Widal réserve le nom de *forme septicémique pure*.

L'évolution de cette variété de septicémie est rapide ou lente. En s'appuyant uniquement sur les examens microbiologiques pratiqués dans trois autopsies, Widal affirme que cette forme septicémique, comme la forme pyohémique, comme la forme pseudo-membraneuse, reconnaît pour cause le streptococcus pyogenes.

IV. PATHOGÉNIE DE LA PHLEGMATIA ALBA DOLENS PUERPÉRALE.

—RAPPORTS DE L'ÉRYSIPELE ET DE LA FIÈVRE PUERPÉRALE.— C'est encore ce micro-organisme que Widal nous montre produisant la phlegmatia alba dolens : il a pu le rencontrer dans deux cas sur la coupe des veines atteintes se ralliant pleinement à la théorie nouvelle de l'origine parasitaire de la phlegmatia puerpérale, il vient l'appuyer à l'aide de faits probants et de constatation microbiologiques positives.

Cliniquement, il n'y a pas de plegmatia alba dolens puerpérale sans symptômes fébriles préalables : la phlegmatia n'est que le second temps d'une infection dont la première étape avait été marquée par l'apparition de symptômes fébriles dans les quatre ou cinq jours consécutifs à l'accouchement.

De plus, l'anatomie pathologique et la microbiologie démontrent qu'entre la phlegmatia alba dolens la plus légère et la phlébite suppurée la plus grave, il n'y a que des différences de degré : la lésion est la même et la cause est identique.

Cette cause, c'est l'inflammation de la veine par dépôt sur son endothélium du streptococcus pyogenes charrié par le sang. Le caillot se forme consécutivement à cette inflammation de la paroi ; contrairement à l'opinion générale des auteurs, le caillot se transforme parfois en liquide, non pas puriforme, mais véritablement purulent.

Nous ne pouvons que signaler aujourd'hui rapidement l'importance pratique de ces données nouvelles, d'après lesquelles toute phlegmatia puerpérale d'origine utérine est de nature infectieuse ; appuyé sur des observations positives, Widal a pu ainsi affirmer, ce que bon nombre d'accoucheurs tendaient à admettre depuis quelque temps, ce que nous avançons timidement il y a quelques mois, en écrivant : " Nous sommes convaincu que nombre de ces accidents (certaines formes de plegmatia alba dolens, phlegmons du ligament large, pyo-salpingites, embolies, abcès métastiques, pleurésie purulente, etc.), proviennent de l'infection : le rôle de l'antisepsie consiste à les prévenir en veillant à

l'asepsie de l'accouchement et des suites de couches." Reste à savoir si toutes les phlegmatias qui surviennent dans le cours de la puerpéralité sont d'origine utérine, en un mot si cette complication est toujours due à une faute commise contre les règles de l'antisepsie.

Enfin (et ce n'est pas là un des chapitres les moins nouveaux de ce travail), Widal aborde la question des rapports de l'érysipèle et de l'infection puerpérale: l'analogie de ces deux affections a été depuis longtemps indiquée en s'appuyant sur différents arguments cliniques tirés: 1° de la coïncidence des épidémies de l'une et de l'autre affection; 2° des faits de contagion réciproque observés chaque jour entre les deux maladies; 3° de la présence fréquente chez la même femme de l'infection puerpérale et de l'érysipèle.

À la suite des expériences qu'il a pratiquées sur ce sujet, Widal a pu montrer que: 1° le streptocoque qui occasionne la dermatite érysipélateuse peut causer à lui seul la suppuration dans l'érysipèle phlegmoneux; 2° avec le streptocoque isolé des humeurs d'une femme atteinte d'infection puerpérale, on peut produire l'érysipèle comme avec le streptocoque isolé d'une plaque érysipélateuse.

V. Quelles conclusions tirer des faits intéressants, et pour la plupart nouveaux que nous venons d'analyser. Ici encore nous laisserons la parole à Widal, qui ne se contente pas de mener à bien les recherches les plus intéressantes, mais qui sait aussi manier habilement la plume et exposer ses idées sous une forme claire et élégante. "Un seul organisme, dit-il, le streptococcus pyogenes, suffit à produire les différentes formes cliniques et anatomiques aiguës ou chroniques de l'infection puerpérale vulgaire à porte d'entrée utérine. Il détermine la fausse membrane fibrineuse, le thrombus de la phlegmatia alba dolens, de simples altérations histologiques des parenchymes, aussi bien que le pus des abcès. Le polymorphisme des lésions qu'ils occasionne est le point le plus intéressant de son histoire.

Ces formes morbides si diverses sont expliquées dans l'immense majorité des cas par des variations dans la virulence du microbe qui est leur cause commune.

Jusqu'à présent, dans l'étiologie des maladies infectieuses, on a coutume de compter seulement avec quatre facteurs: 1° la nature du microbe pathogène; 2° la quantité de germes infectants; 3° la porte d'entrée par laquelle ils pénètrent; 4° le terrain sur lequel ils évoluent. Il faut s'habituer à compter avec un cinquième: la virulence."—Dr G. LEPAGE, in *Concours médical*.

Action de l'opium sur le fœtus.—M. RUTH de Nuscätine, ayant étudié les effets de l'opium sur les jeunes enfants, a constaté que ce médicament, même à des doses très faibles, produit des

convulsions qui pourraient devenir mortelles. Dans ces conditions il pense que lorsqu'on administre de l'opium à une femme enceinte, l'enfant qu'elle porte doit en ressentir les effets nuisibles et ces effets doivent se traduire par des convulsions.

C'est ce qui eut lieu dans un cas dont l'auteur cite l'observation : une femme enceinte, qui avait pris de fortes doses d'opium, constata, quelque temps après l'administration du médicament, des mouvements de son enfant, violents et presque insupportables. On ne peut penser que si la dose eût été plus forte, l'enfant serait mort.

C'est donc à tort qu'on donne de l'opium quand on veut éviter un avortement. M. Ruth, d'ailleurs, a remarqué, dans sa pratique, que les cas d'avortements qu'il a traités avec de l'opium ont été suivis d'insuccès, autant, si ce n'est plus, que les cas qu'il a traités sans opium (repos au lit, hanches élevées, etc.)—*Bulletin médical.*

PÆDIATRIE.

Pleurésie infantile.—Le traitement de cette maladie est ainsi décrite par H. GILLET, dans la *Revue générale de clinique* :—Les moyens médicaux consistent dans les purgatifs, les diurétiques et les résolitifs ; on en comprend l'action. Parmi les purgatifs, le plus recommandable est le calomel, qui joint à sa qualité laxative son action diurétique, antiplogistique et même antiseptique. On l'ordonne avec ou sans scammonée à la dose de 5 à 10 centigrammes à l'âge de 6 mois, 4 à 6 ans en 2 ou 3 prises (Sevestre).

Pour ne pas continuer tous les jours le calomel, on entretient la liberté du ventre avec les purgatifs plus doux, comme la manne, la magnésie, etc., par exemple :

Eau bouillante	100 gr.
Manne en larmes.....	30 —
Follicules de séné.....	4 —
Café	10 —

Comme diurétiques on emploiera surtout le lait, la scille, la digitale et la caféine et on fera prendre un peu de tisane de chien-dent nitré, de queues de cerise, d'ava ursi ou de l'infusion de thé et de café vert.

L'application d'une série de ventouses sèches se répète selon le besoin, ainsi que celles des petits vésicatoires ; ils seront camphrés et l'on surveillera leur dessiccation qu'on activera le plus possible.

La saignée, vantée par Ziemssen, trouve peu d'adhérents en France.

Après ces moyens médicaux viennent les procédés chirurgicaux ; nous en résumons les règles. La *thoracentèse* se pratique soit d'urgence, soit de propos délibéré. S'il y a menace d'asphyxie ou de syncope par suite de la grande quantité de l'épanchement et de son augmentation brusque, par son siège à gauche avec déviation au cœur, par sa bilatéralité, le médecin a la main forcée et n'a pas plus de choix, il doit faire la thoracentèse avec l'appareil aspirateur.

~~Quand il la pratique de propos délibéré, il y est amenée par la~~ lenteur de la résolution, par la résistance de la maladie aux seuls médicaments ; mais dans ce cas les auteurs sont loin d'être assez sobres d'intervention, du moins dans la pleurésie séro-fibrineuse. Au contraire, dès qu'il y a du pus dans la plèvre, il faut au plus tôt l'évacuer et la tendance générale est de recourir à l'ouverture large et aux pansements antiseptiques. Avant de se décider à l'opération de l'empyème, quelques médecins préfèrent faire la ponction aspiratrice qu'ils répètent tous les quatre ou cinq jours (Cadet de Gassicourt), ou plus encore toutes les vingt-quatre heures, deux fois en vingt-quatre heures (Desplats) ; mais, si le pus ne semble pas tarir, ils changent vivement de méthode et ouvrent la poitrine, car tout atermoiement mettrait le petit patient dans de plus mauvaises conditions de guérison et, lorsque la pleurésie est tant soit peu septique, la décision doit être promptement prise. Sauf chez les jeunes enfants où les espaces sont petits, les pansements difficiles (Descroizilles), la guérison s'obtient souvent en peu de jours, en général, et sans grande déformation.

Antisepsie intestinale dans la fièvre typhoïde chez les enfants.—M. le Dr. LEGROUX applique à l'hôpital Trousseau la méthode d'antisepsie intestinale préconisée par M. le professeur Bouchard de la manière suivante :

La maladie étant reconnue, donner 0,30 à 0,60 centigrammes de calomel suivant l'âge de l'enfant en 2 ou 3 fois. Le lendemain, si la diarrhée est assez abondante, donner :

Naphtol.....	} aa 2 grammes 50
Salicylate de bismuth	

divisées en 10 paquets qu'on administrera toutes les heures en délayant la poudre dans un peu de lait.

Si la diarrhée est moyenne, ne donner que :

Naphtol B.....	2 grammes 50
----------------	--------------

en 10 paquets, un toutes les heures.

S'il y a constipation, formuler :

Naphtol B. }
 Salicylate de magnésie..... } aa 2 grammes 50

à diviser en 10 paquets, un toutes les heures.

Les résultats obtenus ont été très favorables, on peut les résumer ainsi :

Diminution et désinfection des selles, diminution ou suppression du météorisme intestinal, amélioration de l'état buccal.

Atténuation des accidents nerveux, diminution de l'albuminurie, abréviation de la convalescence qui en général évolue sans complication.—*Nice médical.*

SYPHILICRAPHIE

Diagnostic du chancre syphilitique. Clinique de M. le prof. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis.—Le diagnostic du chancre syphilitique présente deux ordres de difficultés. D'une part nous avons les difficultés de diagnostic que chacun sait avec le chancre mou, avec l'herpès, etc., d'autre part, et c'est là ce qui nous occupera aujourd'hui, on peut se trouver en face de difficultés auxquelles on ne songe nullement d'ordinaire. Nous allons nous occuper : 1° des indurations factices ; 2° des nodosités blennorrhagiques ; 3° de l'ecthyma scabieux.

C'est M. Ricord qui a bien fait connaître la nature des indurations factices. Ces infiltrations de tissu absolument rondes, à base rénitente, simulent bien l'induration du chancre syphilitique. Quoique ces infiltrations de tissu puissent prendre naissance spontanément, elles sont ordinairement causées par l'application de topiques médicamenteux quelconques, d'un caustique.

Si, par exemple, on cautérise aujourd'hui une érosion herpétique avec du nitrate d'argent, le lendemain cette petite érosion présente une base absolument indurée impossible à différencier de la base indurée d'un chancre syphilitique. Le vitriol, l'acide phénique, l'acide acétique, l'acide chromique, etc., sont capables de déterminer cette induration.

M. Fournier fabrique de toutes pièces en quarante-huit heures un chancre induré. Une goutte de nitrate acide de mercure, placée dans la rainure glando-préputiale, donne au bout de ce temps une ulcération qui est la reproduction exacte du chancre syphilitique. M. Fournier rappelle à ce propos une femme venue à l'hôpital l'année dernière. Elle présentait à la lèvre inférieure une érosion ayant absolument l'apparence d'un chancre induré. Elle l'avait tout simplement provoqué en cautérisant une gerçure qu'elle avait à cette lèvre avec de l'acide azotique étendu d'eau.

A la longue liste des caustiques on peut ajouter encore le tannin, l'alcool, l'alun, qui produisent ce même résultat. On peut en dire également autant du vinaigre de Bully, de l'eau de Lubin, de l'eau de Cologne, de l'alcool camphré, de l'eau blanche,

etc. On peut appeler toute cette série les topiques de fantaisie appliqués sur des ulcérations par l'imagination du malade. Les soldats ont recours à la cendre de pipe.

Aussi faut-il se méfier de ces causes d'erreur. Et quand un malade se présente à nous, faut-il lui demander avant tout s'il a mis quelque chose sur l'érosion dont il est porteur.

Une autre cause qui peut faire croire à l'existence de l'induration syphilitique, cause que M. Fournier croit n'avoir pas été encore décrite, ce sont les nodosités blennorrhagiques. Ces nodosités se produisent quelquefois, ce que ne signalent pas exactement les auteurs, sur le trajet des lymphatiques en forme d'olive, et elles se placent de préférence dans le sillon glando-préputial. Aussi quand un malade arrive avec un phimosis et que l'on sent aussi une nodosité dont on ne peut, *de visu*, déterminer la nature, et si d'un autre côté l'adénopathie ganglionnaire n'est pas nettement accusée, il faut réserver absolument le diagnostic.

M. Fournier rapporte douze cas d'erreur de diagnostic de ce chef, dont deux lui sont personnels. Parmi ceux-ci, il raconte celui d'un jeune médecin de province qui vint le consulter. Il avait contracté la blennorrhagie, à la suite de laquelle était survenu un phimosis considérable, et s'étant aperçu de cette induration, il réclamait un traitement spécifique. M. Fournier demanda à attendre quelques jours, et peu de temps après le phimosis ayant disparu, il se trouva simplement en face d'un noyau de lymphangite blennorrhagique.

Si maintenant nous ajoutons que la lymphangite à forme nodulaire peut s'ulcérer, on comprendra qu'alors le diagnostic devient très embarrassant, et qu'on se trouve en face d'une lésion ayant absolument l'aspect d'un chancre induré.

La gale, chacun le sait, affectionne la verge. L'ecthyma scabieux, soit sous la forme croûteuse, soit sous la forme excoriative, peut simuler le chancre syphilitique, et la ressemblance est tellement grande qu'il est impossible de faire la différence. M. Fournier, à ce sujet, rapporte le cas d'un malade qui, atteint de gale, présentait sur la verge quatre lésions croûteuses à base large et indurée. Le diagnostic était embarrassant. M. Fournier présenta le malade à plusieurs de ces confrères. Et il est à remarquer qu'aucun d'eux n'établit de différence entre ces quatre lésions croûteuses. Or, voici ce qu'il en advint. Après la frotte à laquelle fut soumis le malade, trois disparurent parfaitement sous l'influence de ce traitement, mais il en resta une qui était tout simplement un chancre syphilitique, ainsi que le prouva ultérieurement l'évolution de la maladie. Pour bien se figurer que la gale peut simuler le chancre induré, il faut encore ajouter qu'elle retentit souvent sur les ganglions de l'aîne, et l'erreur de diagnostic devient de plus en plus possible.

Aussi en présence de ces cas douteux, il faut attendre avant de poser son diagnostic, il faut voir évoluer l'affection. De tout cet

exposé, il résulte que d'autres lésions plus nombreuses que celles qu'on décrit ordinairement peuvent simuler, à s'y méprendre, le chancre syphilitique; aussi faut-il bien le connaître.—*Praticien.*

Lésions syphilitiques rénales et cérébrales.—Clinique de M. le prof. JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Il y a quelques jours est entré dans le service une femme atteinte d'hémiplégie droite, de paralysie de la partie inférieure de la face et enfin d'aphasie. Ces accidents s'étaient produits trois jours seulement auparavant. L'artérite syphilitique généralisée était la cause de ces incidents.

~~Nous examinerons les lésions rénales et cérébrales de cette ma-~~
lade.

En nous occupant d'abord de la néphrite et à propos d'elle, nous dirons d'abord : 1o les lésions rénales syphilitique ne sont pas rares; 2o la syphilis peut toucher le rein à toutes les périodes. La syphilis rénale, en effet, peut se montrer avec la roséole, puis en même temps que les éruptions papulo-squameuses.

La syphilis rénale précoce, dans la plupart des cas, se caractérise par une simple albuminurie plus ou moins intense. Mais cette albuminurie dure longtemps. Malgré tout, si cette albuminurie n'était soignée en aucune façon, on verrait apparaître d'autres accidents consécutifs à la néphrite.

Il peut cependant se faire que la néphrite s'établisse tout d'un coup, avec tous ses caractères de néphrite aiguë scarlatineuse. Il y a de l'albumine dans les urines, de la température, des douleurs lombaires, de l'anasarque généralisée, etc.

Une fois (Burckmann) on a vu des phénomènes d'urémie éclater soudainement sans autres prodromes.

Pour ce qu'il s'agit du traitement, dans l'albuminurie simple, sans autres accidents de néphrite, on instituera sans tarder le traitement mixte. Sous l'influence de l'iodure de potassium et du mercure combinés, on verra l'albumine disparaître rapidement et survenir une amélioration rapide.

Si maintenant on se trouve en face d'accidents soudains de néphrite, il faudra avoir recours aux drastiques, même à la saignée, enfin à tous moyens empêchant la production des accidents urémiques. Ce dernier point obtenu, on aura alors à employer le traitement mixte. Mais il ne faut pas oublier que, dans ce dernier cas, la guérison sera très longue à obtenir, et il peut s'agir là d'une question d'années.

La forme avec albuminurie simple peut heureusement passer inaperçue, de même que la forme avec incidents urémiques d'emblée peut être prise pour des accidents de simple néphrite albumineuse, la syphilis étant méconnue. Et l'on conçoit combien il est important de ne pas faire cette erreur de diagnostic au point de vue du traitement.

Pour ce qui est maintenant de la syphilis rénale tardive, elle

est de beaucoup la plus commune. Elle se manifeste entre la période secondaire et la période tertiaire, ou bien dans la période tertiaire elle-même. On observe deux formes anatomiques, la dégénérescence amyloïde et la forme granuleuse.

Malgré tout, le pronostic des lésions rénales syphilitiques est toujours très grave.

Quelquefois la syphilis rénale se complique tout à coup de lésions aiguës. Par exemple, les vaisseaux sont atteints, les épithéliums, les tissus interstitiels, tout enfin est pris. C'est dans ce cas-là qu'on voit apparaître l'hématurie et alors la maladie ~~marche rapidement, et bien souvent tout se termine par la mort.~~

Quant à la malade qui nous occupe, on ne semble pas avoir à craindre chez elle d'accidents aigus. Sa néphrite est apparue dans la période tertiaire, elle revêt une forme rapide et il semble qu'elle sera peu sensible au traitement spécifique.

Occupons-nous un peu maintenant des lésions cérébrales syphilitiques que présente notre malade. A son arrivée à l'hôpital, les accidents hémiplegiques disparaissaient, et il était permis à la malade de faire déjà quelques mouvements dans les membres du côté droit.

En examinant avec grand soin la malade, on trouvait le réflexe rotulien légèrement exagéré du côté droit, avec une légère trépidation du pied. On pouvait provoquer de la contracture dans le membre paralysé.

A son arrivée dans le service, la malade commençait à parler. Depuis ce temps l'amélioration que l'on remarquait alors est de jour en jour plus sensible.

Mais l'on doit se demander quelle est la nature de cette aphasie.

Car avec elle il n'y a pas de troubles intellectuels. Elle entend et comprend bien ce qu'on lui dit. Elle a aussi l'intelligence de la vision des mots, et ses gestes répondent aux questions qui lui sont adressées. Ni la langue, ni les lèvres ne sont paralysées. On peut dire qu'elle a seulement ce que M. Jaccoud appelle la *logopédie*, ce qu'on appelle à tort l'aphasie motrice.

Est-ce une lésion vasculaire qui peut donner lieu à une aphasie avec de tels symptômes? On est en droit de soupçonner une embolie, étant donnée la soudaineté avec laquelle sont apparus les accidents. Puis il faut dire qu'il y a un an cette femme a déjà eu une hémiplegie brusque du côté opposé et cette fois, naturellement, sans aphasie. Et étant donnés les accidents de contracture faciles à produire, etc., on supposera facilement une embolie de la sylvienne, et embolie en train de disparaître.—*Praticien.*

De la syphilis par conception.—Le professeur FOURNIER, dont l'enseignement est toujours aussi clair qu'utile, vient d'abor-

der, dans ses leçons cliniques, cette importante question de la *syphilis par conception* : c'est là un mode de contamination par la syphilis qui présente un intérêt pratique d'autant plus grand qu'il en découle des précautions prophylactiques importantes.

Ce sont surtout les jeunes femmes récemment mariées qui paient de cette manière leur tribut à la vérole. Voici comment se passent habituellement les choses : une jeune fille, pure et saine, se marie avec un homme ayant eu autrefois une syphilis incomplètement traitée. Elle devient enceinte, puis ne tarde pas à présenter des accidents manifestes de syphilis (roséole spécifique, plaques muqueuses, maux de tête, alopécie, etc.). Le médecin consulté recherche de suite l'accident initial, le *chancre* ; malgré un examen minutieux et complet, il ne le trouve pas. Non seulement le chancre ne peut être découvert, mais son compagnon habituel, son témoin posthume, le *bubon* ; n'existe pas. Il n'y a même pas de vestige d'adénopathie syphilitique.

Malgré ces faits insolites, il n'y a pas de doute possible : la femme est manifestement syphilitique. Le médecin s'étonne de ne pas trouver le chancre, mais compte bien trouver chez le mari la lésion qui a causé l'infection. Nouvelle surprise : l'examen du mari ne révèle aucune manifestation spécifique récente ; le mari, averti du danger d'une contamination possible, affirme, jure que, depuis son mariage, il s'est observé attentivement et qu'il n'a jamais aperçu la moindre rougeur ni la moindre érosion. L'examen complet du sujet est négatif.

Ainsi, voilà une femme qui a pris la syphilis au contact d'un homme n'ayant présentement aucun symptôme capable de donner la vérole : c'est une dérogation complète aux lois usuelles de la vérole. Si ces faits étaient exceptionnels, on pourrait les révoquer en doute ; mais on les rencontre assez fréquemment, non pas à l'hôpital, mais dans la clientèle de la ville où les malades s'observent mieux et peuvent être plus facilement suivis.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un tel cas et qu'on interroge la femme, on apprend qu'elle est enceinte, qu'elle a été enceinte ou qu'elle vient d'avorter ; il est alors légitime de supposer qu'elle a été infectée par son fœtus. Cette supposition est d'autant plus fondée que l'enfant naît syphilitique. Or, dans des cas de ce genre, le sort de l'enfant est lamentable : sur 22 faits de syphilis par conception recueillis par Diday, 15 fois la grossesse a été interrompue par un avortement, 7 fois le fœtus est né à terme ou près du terme, est venu mort ou n'a pas tardé à succomber avec des manifestations syphilitiques. Ces chiffres sont confirmés par la statistique du professeur Fournier.

La syphilis de l'enfant est donc constante ; comme celle de la mère, c'est une syphilis anormale, une syphilis *décapitée* sans période primaire. La femme ne la doit ni au mari, ni à un autre homme ; on conçoit que, chez elle, la contamination ait eu lieu

par le contact intime pendant plusieurs semaines avec un sujet syphilitique, le fœtus; rien d'étonnant à ce que la femme soit infectée par ce foyer de vérole qu'elle porte dans son sein.

Voyons maintenant si cette théorie de l'infection de la mère par le fœtus pendant la vie intra utérine est en contradiction avec les recherches récentes sur le passage des microbes à travers le placenta; cherchons si cette théorie de la syphilis par choc en retour, de la transmission possible par le placenta, n'est pas au contraire étayée par les données nouvelles de la science sur les maladies infectieuses.

~~Tout d'abord, on sait que nombre de maladies se transmettent de la mère à l'enfant par le placenta; telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine. Parmi les maladies à microbes bien déterminés qui rentrent dans ce cadre, il faut citer la septicémie expérimentale aiguë, le choléra des poules.~~

On croyait, il y a quelques années, que le placenta constituait un filtre parfait qui tamisait les microbes pathogènes; il n'en est rien. Les expériences mémorables de Straus et Chamberland ont montré que le placenta laissait passer certains microbes; elles ont montré que la bactériidie charbonneuse pouvait être retrouvée dans le sang du fœtus. On admet donc que certaines maladies sont transmissibles de la mère à l'enfant par l'intermédiaire du placenta.

La syphilis en a donné depuis longtemps la preuve clinique. Ainsi, une femme syphilitique devient enceinte des œuvres d'un homme sain, indemne de syphilis; l'enfant naît syphilitique. Il est bien certain alors que c'est par l'intermédiaire du placenta que le fœtus reçoit de sa mère la syphilis. On admet couramment ces phénomènes d'exosmose au niveau du placenta; pourquoi ne pas admettre le courant inverse et l'infection par endosmose? Si, par le placenta, la syphilis peut se transmettre de la mère au fœtus, pourquoi, inversement, la même infection ne se transmettrait-elle pas de l'enfant à la mère?

Il y a une raison de plus qui plaide en faveur de la possibilité de transmission de la syphilis du fœtus à la mère par la voie placentaire: c'est que la syphilis de la mère présente alors la même forme que la syphilis du fœtus qui doit la vérole à sa mère. Dans les deux cas, il s'agit d'une syphilis *décapitée* sans accident initial, sans période primaire, *d'une syphilis générale d'emblée*. Cette similitude de forme des deux syphilis confirme donc l'identité du mode d'introduction de l'agent virulent; la bactériologie et la pathologie expérimentale viennent encore appuyer ici cette théorie de la syphilis par co-reception. On sait, en effet, aujourd'hui que les effets des virus varient essentiellement; que ces virus donnent lieu à des symptômes très variables, suivant leurs modes de pénétration. Pour le charbon, par exemple, si c'est par la peau qu'on l'inocule à un animal, il se développe un charbon véritable, terrible, mortel; si l'injection est faite dans le sang, on ne produit

pas le charbon ; on crée, au contraire, l'immunité, la vaccination charbonneuse. Ne résulte-t-il pas de ces expériences, qui jusqu'ici n'ont pas été contredites, que des effets semblables produits par un même virus dans des conditions différentes impliquent l'identité de pénétration ? Lorsque le fœtus en dehors de toute influence paternelle, contracte *in utero* la syphilis qui n'est survenue chez la mère que pendant le cours de la grossesse, il est infecté par le sang maternel qui vient dans le placenta : de même n'est-il pas logique de supposer que, lorsque la femme présente pendant la grossesse des accidents spécifiques sans chancre initial, n'est-il pas logique de supposer qu'elle doit cette syphilis à un mode de contamination spécial, qu'il s'agit, en un mot, de syphilis par contamination sanguine ?

D'ailleurs l'infection de la mère par l'enfant s'impose par absence de toute autre cause qui puisse expliquer l'infection ; du moment où on ne peut incriminer directement ni le mari, ni un autre facteur mâle, ni aucune contagion tégumentaire extérieure, n'est-il pas plus logique d'incriminer le fœtus, lui qui est syphilitique et qui presque toujours en mourra ? N'est-ce pas là un excellent foyer d'infection que la femme porte en elle, dans sa chair, dans sa substance ?

Ainsi, en se basant sur la clinique, sur la bactériologie et la physiologie pathologique, on doit admettre qu'il existe pour la femme un mode de contamination spéciale : *une femme saine, concevant un enfant syphilitique d'un homme syphilitique, peut être infectée par son enfant*. Ainsi peut-être formulée cette variété de contamination syphilitique, dite *syphilis conceptionnelle* ; c'est le professeur Diday qui lui a donné ce nom. Il en a été non seulement le parrain, mais pour ainsi dire le père ; car c'est lui qui, le premier, a bien étudié et décrit cette entité morbide. Il n'y a plus aujourd'hui le moindre doute sur la réalité de ces faits, malgré les objections qui se sont produites.

La principale objection des auteurs qui nient la syphilis par conception, consiste à dire que cette variété de contamination est une création de fantaisie, inventée à tort de mieux ; que c'est commettre une double erreur matérielle que d'admettre une syphilis sans période primaire, d'admettre que dans ces cas-là le mari est sain. Si l'on n'a pas trouvé de chancre, c'est qu'il a passé inaperçu ; il était sans doute minime, petit, éphémère, fugitif, il siégeait peut-être dans une région insolite ou il était difficilement accessible (chancre du vagin, du col), etc. ; d'ailleurs ne sait-on pas que ces caractères du chancre se rencontrent fréquemment chez la femme, et qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on méconnaisse l'accident initial ?

D'autre part, lorsqu'on affirme que le mari ne présentait aucun accident contagieux au moment du coït fécondant, quelle preuve a-t-on de cette immunité du mari ? Cet homme, en le supposant

même de bonne foi, ne peut-il pas se tromper? Une lésion minime, insignifiante en apparence, n'a-t-elle pas pu échapper à son observation? A la rigueur même, en admettant que cet homme fût sain, pourquoi ne s'agirait-il pas d'une syphilis transmise par le sang, due à une érosion, une écorchure qui se serait produite de part et d'autre pendant le coït? La syphilis par conception n'existe pas : c'est une chimère.

Il est facile de répondre à ces objections. Si ces cas de cet ordre ne se présentaient que de temps à autre, si c'étaient des faits isolés, on pourrait leur opposer une fin de non recevoir, mais ces faits s'observent d'une façon commune, et le professeur Fournier en a recueilli personnellement plus de 50 observations authentiques; sans doute, de temps à autre, un chancre peut passer inaperçu; mais n'est-il pas illogique d'admettre que tous les auteurs qui ont rapporté de telles observations se sont trompés, ont commis une erreur d'observation? Pourquoi le chancre serait-il toujours méconnu, justement dans le cas où la femme est enceinte? Prétendre que ces observations sont mauvaises, se réfugier dans une telle fin de non recevoir, c'est aller à l'encontre de la logique et du bon sens.

Quant à récuser le témoignage du mari, sans doute il faut être réservé dans l'appréciation de son dire; mais il ne faut cependant pas être trop incrédule, lorsqu'on se trouve en présence de sujets intelligents, de bonne foi, qui avouent avoir eu la syphilis, mais qui, prévenus des dangers possibles d'une contamination, s'observent anxieusement avant et après chaque coït? Ils sont souvent alors plutôt disposés à s'alarmer inutilement qu'à s'endormir dans une quiétude trompeuse. D'ailleurs, dans certaines observations, le mari était médecin; on ne peut guère, en vérité, mettre en doute de telles affirmations.

Enfin il existe, parmi les faits de syphilis par conception, des observations irréprochables qui défient toute critique. Tel le cas rapporté par M. Gailleton : une jeune fille de 16 ans, vierge, devient enceinte à la suite d'un seul et unique coït; le jeune homme—ravisneur de cette virginité—avait eu la syphilis six mois auparavant, mais depuis un mois ne présentait plus aucun accident. Effrayé des conséquences possibles, il vient, dès le lendemain, consulter M. Gailleton qui l'examine très complètement, ne découvre pas la moindre lésion spécifique et rassure l'imprudent. Mais la jeune fille, devenue enceinte, présente deux mois après de violents maux de tête, de la roséole, des plaques muqueuses, en un mot une syphilis nettement caractérisée sans trace de chancre. L'enfant présente des accidents spécifiques quinze jours après sa naissance. Est-il un exemple plus probant? Devant de tels faits, le doute n'est plus permis; et l'on peut dire que la syphilis par conception a pris droit de cité dans la science.

Quant au mécanisme suivant lequel l'infection se transmet du

fœtus à la mère, c'est là un problème qui n'est pas encore résolu : l'infection est-elle transmise par l'ovule, alors que l'ovule est dans la trompe ou qu'il est déjà dans l'utérus ? L'infection ne se fait-elle que plus tard par la voie placentaire sur l'ovule greffé dans la cavité utérine ? Autant d'hypothèses qui ne sont actuellement que des hypothèses et qui ne pourraient qu'entraîner dans une discussion sans fin.—*Union médicale.*

Syphilis pulmonaire.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'Hôtel-Dieu.—A la salle des femmes est couchée une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, et exerçant la profession de mécanicienne. Malgré sa faible constitution, sa santé a toujours été bonne. Il y a deux ans, à la suite d'un accouchement difficile, elle eut une phlébite. C'est alors qu'elle commença à maigrir, et un peu plus tard qu'apparaissaient une éruption sur le corps et un mal de gorge.

Depuis quelques mois, elle a maigri et ses forces l'ont abandonnée. La toux est survenue en même temps qu'une dyspnée considérable.

Elle entre alors à l'hôpital, et à l'examen voici ce que l'on trouve. presque pas d'élévation de température, le pouls est faible ; à l'auscultation de la poitrine, on observe de la submatité et une respiration rude, puis quelques craquements ; tout ceci à droite. Il y a du souffle dans les jugulaires.

Si l'on examine les membres inférieurs de la jeune malade, on aperçoit encore des restes de l'éruption qu'elle a eue. On ne peut méconnaître la nature de cette éruption, qui est nettement de nature syphilitique. Notre malade est donc atteinte de syphilis.

Il s'agit donc maintenant, ce dernier point étant acquis, de se demander si les lésions pulmonaires que nous avons constatées sont dues à la syphilis.

Les formes pulmonaires de la syphilis sont au nombre de trois : 1^o gomme ; 2^o sclérose du poumon ; 3^o sclérose et gomme réunies.

La *gomme* du poumon, qui est ordinairement ronde et de la grosseur d'une tête d'épingle, peut cependant, quoique rarement, atteindre un volume beaucoup plus considérable. Ordinairement la gomme n'envahit qu'un seul poumon. Elle est formée par une enveloppe dure, fibreuse, contenant dans son centre une matière jaunâtre, semi-liquide.

La ressemblance qui existe entre la gomme et le tubercule est remarquable, et il est bien difficile de les différencier. La cellule géante qui semblait appartenir en propre au tubercule se trouve aussi dans la gomme. Mais le follicule tuberculeux ? Eh bien, il y a de même dans la gomme certains éléments qui ressemblent d'une façon étonnante au follicule tuberculeux. Enfin, dira-t-on, le bacille de la tuberculose, le bacille de Koch, ne se rencontre pas dans la gomme syphilitique. Là encore l'interprétation est difficile. Le microbe que Lustgarten a retrouvé dans la syphilis peut être confon-

de avec celui de la tuberculose; il n'y a pas entre eux de distinction bien absolue, bien nette.

L'examen à l'œil semble pouvoir donner, chose curieuse, un diagnostic plus certain que les examens bactériologiques. L'enveloppe de la gomme est plus résistante; la gomme se localise sur la surface du poumon, en saillie et principalement à la base de cet organe. On s'aidera aussi de l'examen général du malade, qui pourra présenter ailleurs des lésions syphilitiques.

La sclérose pulmonaire est produite par la prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Cette prolifération fait disparaître les alvéoles et donne lieu à des cicatrices dans l'intérieur du tissu du poumon.

Enfin deux lésions, gomme et sclérose, s'associent quelquefois.

Quoique les symptômes de la syphilis n'aient rien de pathognomonique, on pourra cependant, étant donné leur ensemble et leur association, diagnostiquer la syphilis du poumon.

Dans la gomme, toux sans expectoration, hémoptysies peu abondantes, dyspnée intense que ne justifient pas les lésions perçues à l'auscultation; les signes physiques ne diffèrent pas de ceux de la tuberculose. Nous avons vu plus haut que la syphilis du poumon affectionne la base de cet organe, mais ce n'est pas là une règle absolue, d'autant plus que la tuberculose, rarement il est vrai, peut se localiser aussi à cet endroit.

La syphilis du poumon n'atteint pas l'état général du malade ainsi que la tuberculose. La maladie est d'ordinaire au début peu cachectisée. La syphilis pulmonaire, qui apparaît d'ordinaire deux ou trois ans après l'infection syphilitique, peut cependant se faire jour beaucoup plus tard. Dans le cas qui nous occupe, l'accident primitif semble dater d'un an seulement. Ce serait là un cas de syphilis pulmonaire précoce, comme on en a déjà rapporté deux. Il ne faut pas confondre la syphilis pulmonaire avec la bronchite syphilitique, qui apparaît quelquefois au moment de la roséole.

Pour aider le diagnostic difficile de la syphilis du poumon, il ne faut pas oublier que chez elle il n'y a jamais élévation de la température. On a voulu, à ce sujet, employer la thermométrie locale; elle n'a donné aucun résultat.

L'apparition du bacille de Koch dans les crachats a une grande valeur, mais il faut bien se garder de rien préjuger de son absence.

—Praticien.

The Times and Register, tel est le titre d'un nouveau journal hebdomadaire résultant de la combinaison du *Medical Register*, du *Philadelphia Medical Times* et du *Dietetic Gazette*, et qui est publié, à Philadelphie, par la Compagnie de la Presse Médicale, sous les auspices de l'Association de la Presse Médicale américaine. Nos meilleurs souhaits.

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, JUIN 1889

Assemblée semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le Bureau des Gouverneurs se réunit à Montréal, le 8 mai, sous la présidence de M. le docteur Hingston.

Sont présents : les docteurs Hingston (président), Hon. J. J. Ross et J. L. Leprohon, vice-présidents, C. E. Lemieux, Rinfret, Parke, L. Larue (régistrare), T. Larue, Dagenais, Mignault, Watters, Marsil, Badeaux, Duchesneau, Guay, Belleau, (secrétaire pour Québec), Lachapelle (trésorier), Desjardins, Simard, Geo. Ross, Labrecque, Longpré, Lafontaine, Turcot, Craik, Paré, Ladouceur, Christie, Rousseau, Gibson et F. W. Campbell (Sec. pour Montréal).

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente réunion.

Le secrétaire informe l'assemblée qu'il a reçu une lettre du docteur Stewart, régistrare de la Faculté de médecine McGill, donnant avis que le docteur Geo. Ross a été choisi pour représenter la dite Faculté dans le Bureau, au lieu et place de feu le docteur R. P. Howard, et qu'avis a aussi été donné par l'Ecole Victoria, que le docteur Desjardins remplace le docteur Duroch.

Le docteur Campbell, secrétaire pour Montréal, se lève et donne lecture de la proposition suivante :

Attendu que le Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec a appris avec un profond regret la mort inattendue du docteur Robert Palmer Howard, doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill, ex-président de ce Collège, un de ses plus anciens membres et aussi, jusqu'au moment de sa mort, un des membres les plus distingués de la profession médicale du *Dominion* et un de ses professeurs les plus éminents ;

Il est résolu que les Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens désirent exprimer combien ils sont sensibles à la grande perte que le Collège et la profession toute entière viennent d'éprouver par la mort du docteur Howard. En même temps ils se font un devoir d'exprimer à madame Howard et à la famille

la profonde sympathie qu'ils leur portent dans le malheur qui les frappe.

Cette résolution est appuyée par les docteurs Parke, Lemieux, J. J. Ross et Desjardins qui, tour à tour, font l'éloge du défunt et déplorent la grande perte que le Bureau vient de faire.

Il est proposé par le docteur Longpré et appuyé par le docteur Parke:

Que le Collège désire enregistrer le regret avec lequel il a accueilli la nouvelle de la mort de M. le docteur R. A. Kennedy, un des représentants du Collège Bishop, et exprime le sentiment de gratitude et d'admiration qu'il lui porte en souvenir de sa fidélité à remplir ses devoirs.

Le docteur Hingston annonce que, dans le but de faciliter aux Licenciés de ce Collège les moyens de se faire enregistrer en Angleterre, il a, avec l'assentiment des Gouverneurs, introduit devant la Législature un court amendement à l'Acte médical actuel. L'amendement a été adopté et sanctionné par le Lieutenant-Gouverneur. Il remercie l'hon. Dr Marsil de l'appui qu'il a donné à l'amendement en facilitant l'adoption au Conseil Législatif.

Le rapport de M. C. E. Lamirande est lu et est consigné aux rapports.

Le secrétaire lit une lettre de M. C. E. Lamirande, par laquelle celui-ci offre sa démission à prendre effet au 1er juillet prochain.

Les rapports des assesseurs des Universités McGill, Victoria, Bishop et Laval sont lus et, étant considérés satisfaisants, sont adoptés.

Le comité dit des *créances* est formé comme suit: docteurs LaRue, Desjardins, Lachapelle et Campbell.

Il est résolu de remettre la nomination d'un remplaçant à M. Lamirande à la première réunion du nouveau Bureau.

Le secrétaire attire l'attention du Bureau sur l'opportunité de prendre arrangement avec le Collège des Médecins et Chirurgiens du Manitoba, à l'effet d'établir la réciprocité des licences. Il est d'avis que rien ne s'oppose à cet arrangement.

Cette affaire, ainsi que la nomination d'un remplaçant à M. Lamirande est déferée à un comité composé des docteurs Hingston, Leprohon, Geo Ross, Marsil et Campbell.

On défère aussi à ce comité la question des difficultés dans lesquelles se trouvent impliqués les membres de ce Collège résidant sur les limites des provinces de Québec et d'Ontario, avec la suggestion qu'on en vienne à un *modus vivendi* en attendant une législation inter-provinciale.

Le Bureau s'ajourne jusqu'à 2 h. p. m.

À la reprise de la séance, M. le docteur Hingston occupe le fauteuil.

Le secrétaire donne lecture du rapport du Bureau des Examineurs pour l'admission à l'étude de la médecine. Sur 108 candi-

dates, 53 ont subi l'épreuve avec succès, 30 ont été refusés sur certains sujets et 23 ont été refusés sur l'ensemble.

Les candidats heureux sont : MM. Aurèle Nadeau, A. Adélar Riverin, J. E. Lamoureux, Eugène Lafontaine, T. Parizeau, E. T. Semple, Hubert Larose, J. C. Bernard, Ovide Chênevert, Louis Jos. Tétreault, L. A. Montpetit, Jos. Pichette, Jos. Labrèche, Jos. E. M. Bessette, Alfred Fréchette, Edmond Brindamour, Elie G. Asselin, Jos. Lavoie, R. L. Paradis, A. S. Deschênes, Omèr Milot, Raoul Archambault, Jovite Chagnon, J. L. Warren, Arthur Pratte, Jos. Archambault, Urgèle Bérard, Léon J. N. Ouellet, F. Raymond Giroux, Alfred Lespérance, Camille Bernier, J. P. Bédard, Antoine Duquette, M. J. S. Martel, Eugène Gervais, H. Beauchemin, C. Beausoleil, Clément A. Cholette, Félix Choquet, J. A. Demers, A. H. Denis, Fabien Dussault, L. A. Genest, René Hébert, Louis Lacombe, L. Z. Lajoie, Michel Lambert, Lucien E. Lupien, M. A. McCoy, Anatole Mirault, L. P. H. Nolin, F. X. Sylvestre, Jos. Tremblay, Aimé Vary et J. Schiller.

Le comité dit des créances présente son rapport, et les gradués dont les noms suivent reçoivent la licence du Collège :

Université-Laval : Arthur Potvin, Ls. Philippe Legendre, Michel Gaudiose Giroux, James Foy, Eugène McKay, Emile Ostiguy, Jos Desjardins, Ls. Jos. Désy.

Université Victoria : Henri Lapièrre, Cyrille Améric Bernard, Gustave Desy, Jos. A. Riberdy, Auguste Mathieu, Louis Ed. Fortier, Séraphin Boucher, Jos. Emile Fortier, Charles Guilbault, Alex. Biron, Jos. Téléphore D. Fontaine, Léonard Girouard, Jos. Euchariste Piché, Bénoni Thérien, J. G. Aubry, Omer Hélie, Josias D. Sicard.

Université McGill : Albert L. Shanks, F. A. Hopkins, Geo. Gordon Campbell, Geo. Alex. Brown, Thos. McCurdy, Albert E. Vipord.

Université Bishop : Chs. Edward Elliott, Thos. Scott Nichol, Wm Bentley Towle, Jos. McP. Jack.

Melle Elizabeth S. Mitchell, graduée du *Queen's College* (Kingston), L. S. A. London, L. R. C. P. Edin., L. R. C. S. Edin., L. F. P. et S., Glasgow ;

F. N. Wiltshire Robbins, M. R. C. S. Eng., L. R. C. P. London ; W. A. Goodall, gradué du *Victoria College*, Toronto, M. C. P. & S. Ontario, Lic., K. & O. College Phys., Ireland.

Le comité fait rapport que le docteur J. A. Alfred Hamelin n'est pas dûment qualifié, attendu qu'il n'a pas subi l'examen préliminaire. Le président dit que ce monsieur a suivi des cours de théologie, mais a discontinué ces études pour celle de la médecine. Ce fait, joint au certificat (produit) donné par Mgr l'archevêque Fabre, pourrait être accepté aux lieu et place de l'examen préliminaire.

La question étant soumise au Bureau, le vote est pris et le résultat est adverse à M. Hamelin.

Le jury d'examens fait rapport que des deux candidats à l'examen de la licence, l'un s'est retiré et l'autre a été rejeté.

Le jury d'examens pour les Sages-femmes fait rapport que trois candidats se sont présentés, qui ont tous été refusés.

Le Secrétaire attire l'attention sur l'interruption des affaires du Bureau par le fait que le comité des *créances* n'avait pas terminé ses travaux. Il est alors proposé, appuyé et adopté à l'unanimité, qu'à l'avenir les membres du comité des *créances*, conjointement avec les secrétaires, se réuniront le jour précédant l'assemblée du Bureau et parachèveront leur ouvrage ce jour-là, afin de pouvoir mettre leur rapport devant le Bureau à l'ouverture de la séance, et que les dits membres du dit Bureau soient payés au taux ordinaire.

Et la séance est levée à 4.30 p. m.

(Officiel).

Nous sommes heureux de voir que le Bureau a enfin songé à s'occuper de la question de *réciprocité* inter-provinciale et nous souhaitons qu'il la mène à bonne fin. Seulement, nous avons lieu de regretter que celle des provinces du *Dominion* avec laquelle nous avons le plus d'intérêt à avoir cette *réciprocité*, est précisément celle avec laquelle il sera le plus difficile de s'entendre, nous voulons parler d'Ontario. Il est certain que Manitoba, non-seulement n'a aucune objection à présenter contre le projet de *réciprocité*, mais encore est directement intéressée à ce qu'il soit adopté, aussi le sera-t-il sans encombre. La *réciprocité* avec le Royaume-Uni, à laquelle M. le président s'est employé avec un zèle plein de désintéressement, est tout à l'avantage de la mère-patrie qui pourra en pleine liberté déverser sur le Canada le trop plein de ses produits.....universitaires et désencombrer la profession médicale de là-bas pour encombrer davantage la nôtre. Il est probable en effet que, pour dix de nos gradués qui iront chaque année exercer en Angleterre et s'y prévaloir des droits de *réciprocité*, il y aura cinquante (ou même plus encore) praticiens anglais qui, las de jouer le rôle de meurt-de-faim dans leur noble patrie, viendront tenter fortune au milieu de nous.

Quant à Ontario, elle nous a jusqu'aujourd'hui constamment refusé la *réciprocité* sous le prétexte que nous n'avons pas, comme elle, un Bureau central d'examineurs, et que les examens subis par les gradués de nos universités ne sauraient représenter, au point de vue de la valeur et du mérite, les épreuves subies par les siens devant le Bureau central. Ontario n'entend pas badiner sur ce sujet et s'il arrive à un des nôtres pratiquant sur la limite des deux provinces d'aller exercer dans Ontario, on vous l'apprehende au corps et on vous l'emprisonne sans plus de cérémonie, sans

préjudice d'une forte amende. N'est-ce pas que c'est gentil? Et quand il prend envie à un gradué d'Ontario de venir exercer parmi nous, notre Bureau, obéissant à la lettre de la loi, se met à plat ventre devant lui et lui octroie la licence du Collège avec toute la bonne grâce dont il est capable! Evidemment nous avons besoin d'un *modus vivendi* un peu plus en rapport avec nos intérêts. Deux moyens sont à notre disposition et nous espérons que le nouveau Bureau aura assez de souci de sa dignité pour adopter l'un ou l'autre: organiser un Bureau central, ou bien exiger que tous les gradués d'Ontario subissent un examen sérieux avant que de recevoir leur licence.

..*

Encore un peu plus, et l'on accordait la licence *ad practicandum* à un gradué qui n'avait pas subi l'examen préliminaire. Il est vrai que ce gradué avait suivi un cours de théologie et qu'il était porteur d'un *certificat* de Mgr l'archevêque de Montréal. Nous voudrions bien savoir ce que les études théologiques et le certificat précité pouvaient avoir à faire dans le cas présent. Ce qui nous surprend bien un peu, c'est de voir que M. le président du Bureau, gardien naturel des intérêts et des privilèges du Collège, ait cru devoir émettre l'opinion que *cela pourrait être accepté au lieu et place de l'examen préliminaire*. Il y en a assez, Dieu merci, qui ont ainsi obtenu leur licence grâce à un acte de la législature ou autrement. Si nous avons des règlements et des obligations ils doivent être les mêmes pour tous sans exception.

..*

Un jeune candidat,—fruit sec d'une Faculté qui ne l'a pas jugé en état de recevoir un diplôme, se présente pour subir l'examen requis des candidats à la licence.

—Dites nous, monsieur, à quelle dose se donne l'huile de croton.

—A la dose d'une cuillerée à soupe.

—Hem! et faut-il répéter la dose?

—Oui, au bout de trois heures.

La séance est ajournée *sine die*.

La réunion triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens

Nous rappelons une dernière fois à nos lecteurs que la réunion triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens aura lieu à Québec, le deuxième mercredi de juillet prochain, et que pour avoir droit de voter aux élections qui s'y feront, tout membre devra avoir payé sa contribution pour l'année courante (1889) ainsi que les arrérages s'il en a. Ceux à qui il sera impossible de se rendre à l'assemblée pourront cependant, comme les années précédentes, voter *par procuration*.

Nous avons déjà, dans notre livraison de mars dernier, exposé notre manière de voir au sujet des réformes qu'il serait urgent de faire subir à notre *Acte médical*. Ceux qui ont l'habitude de nous lire savent que nous avons toujours envisagé au point de vue de l'intérêt général seulement, les amendements que l'on a tenté, de temps à autre, d'introduire dans notre législation. C'est aussi à ce point de vue que nous nous plaçons aujourd'hui pour demander une fois encore la création d'un Bureau central d'examineurs pour l'admission à la pratique. La profession s'est déjà plus d'une fois montrée favorable à ce projet et l'a approuvé par plusieurs votes. Elle l'approuve encore, nous en sommes persuadé, et en verra l'adoption avec une vive satisfaction.

La création d'un Bureau central d'examineurs s'impose nécessairement à la pensée de tous ceux qui ont intérêt à voir se relever le niveau des études professionnelles. Aujourd'hui, aux États-Unis même, des projets de loi sont présentés à la législature de plus d'un Etat, demandant la formation d'un semblable Bureau. Dans l'Etat de Pensylvanie, entre autres, on est à élaborer un *bill* dans ce sens. La question vient d'être soulevée dans le Maryland, et nous sommes heureux de dire que c'est sur l'initiative d'un ci-devant montréalais, M. le professeur OSLER. Le premier acte public de M. Osler en arrivant à Baltimore (où, comme on le sait, il occupe la chaire de clinique médicale à l'hôpital Johns Hopkins), a été une conférence devant la Faculté médico-chirurgicale du Maryland, conférence dont le but principal a été de démontrer la nécessité d'établir dans chaque Etat de l'Union un Bureau central pour l'examen des candidats à la pratique de la médecine. Le savant professeur a même cité, à l'appui de sa thèse, l'exemple d'Ontario où un Bureau central existe depuis 1866 et fonctionne à la satisfaction de tout le monde.

Comme la question est très importante, qu'elle touche aux intérêts les plus intimes de la profession et qu'elle a été traitée à fond et de main de maître par M. le docteur Osler, nous nous ferons un devoir de publier en entier dans notre prochaine livraison le discours du savant professeur de l'université Johns Hopkins. Ce sera, croyons-nous, notre meilleur argument en faveur du Bureau central.

Pathologie et traitement de la diphthérie.

Les récentes découvertes de MM. ROUX et YERSIN au sujet de la diphthérie et de son microbe, découvertes qui ne sont, à tout prendre, que la confirmation de celles de Klebs, Talamon, Loeffler et autres, viennent de faire enfin le jour sur cette partie restée jusqu'ici passablement obscure de la pathologie infantile, et l'on

peut aujourd'hui, en toute sécurité, considérer comme acquis les faits suivants :

La diphthérie est une maladie à microbe; on peut la définir, avec Jules SIMON, une maladie caractérisée par des fausses membranes contenant le microbe ou bacille auquel Klebs a attaché son nom. Tous les symptômes de la diphthérie ont le bacille pour point de départ. La maladie est d'abord locale; il y a production de fausses membranes primitivement au point d'innoculation ou d'implantation du microbe. Ces fausses membranes, chargées pour ainsi dire de bacilles, restant en contact avec la muqueuse pendant un certain temps, le microbe se multiplie, et de plus, fait très important, il sécrète un principe toxique qui, résorbé par la muqueuse malade, donne lieu (surtout si elle l'est sur une grande étendue par suite de la propagation de la fausse membrane) à des symptômes graves d'infection générale caractérisant ce qu'on peut appeler la diphthérie infectieuse ou toxique. Sur ces divers points, les données de la science, telles qu'exposées par MM. Roux et Yersin, sont entièrement d'accord avec l'observation clinique dont elles sont l'éclatante confirmation. Il est également prouvé que la diphthérie n'est pas inoculable par le contact d'un produit diphthéritique avec une muqueuse intacte. Il est nécessaire de léser cette muqueuse, mais il suffit de la lésion la plus légère, une bénigne angine *a frigore*, par exemple, pour érailler la muqueuse du pharynx et favoriser l'inoculation du bacille.

Voilà les faits en résumé, tels que confirmés à maintes reprises, et par les expériences sur les animaux, et par la clinique. Que faut-il en déduire au point de vue du traitement ?

Tout d'abord, faire de la prophylaxie: isoler les malades, éviter le contact des sujets atteints avec les individus sains, traiter immédiatement par des moyens appropriés tout mal de gorge, même le plus bénin, toute affection quelconque de la muqueuse nasopharyngienne.

La maladie étant confirmée et reconnue, il faut se hâter de détacher les fausses membranes, (ayant grand soin, toutefois de ne pas excorier la muqueuse sous-jacente), au moyen d'applications antiseptiques: pulvérisations, insufflations, irrigations, badigeonnages, etc., avec le tannin, l'acide salicylique, le jus de citron, l'acide phénique, l'eau chloroformée, le sublimé, l'aseptol (phénol, 100 parties, acide sulfurique, 90 parties,) le thymol, le perchlorure de fer. Ce traitement local doit être continué, *mutatis mutandis*, tant que la fausse membrane ne s'est pas détachée et que la muqueuse, restant excoriée, offre un accès facile à la résorption du poison diphthéritique.

Si, en dépit de tous les efforts, le poison élaboré par les bacilles a été résorbé et exerce ses ravages dans l'économie, il faut en favoriser l'élimination. Inutile de chercher à le combattre directement dans le sang, aucun médicament antiseptique ne saurait atteindre

ce but. L'élimination se fait surtout par la voie intestinale et la voie-rénale : par l'intestin, au moyen des purgatifs (purgatifs salins, rhubarbe, séné, etc.) ; par le rein, au moyen des diurétiques vasculaires (digitale, strophanthus, spartéine, etc),

Avec cela, alimentation riche et tonique, diète généreuse, stimulants au besoin.

Nous ne prétendons pas avoir, dans le rapide exposé qui précède, traité à fond et épuisé le sujet toujours très intéressant de la pathologie et du traitement de la diphthérie. Nous avons seulement tenu à mettre sous les yeux de nos lecteurs, en peu de phrases, le dernier mot de la science sur la nature intime de cette maladie et en déduire quelques conclusions pratiques en rapport avec le traitement. Sur ce dernier point en particulier il y a encore beaucoup à dire, surtout au sujet du traitement local, le seul important à proprement parler, puisqu'il s'adresse au point de départ même de l'affection et que de son succès ou de son insuccès dépend la marche bénigne ou aggravée que devra prendre le processus pathologique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

PAJOT.—**Travaux d'Obstétrique et de Gynécologie précédés d'éléments de pratique obstétricale**, par M. le professeur PAJOT. Deuxième édition revue et augmentée. 1889. Octavo royal de 800 pages. Les questions que le professeur y traite sont : Les difficultés du diagnostic de la grossesse. Mécanisme de tous les accouchements—Céphalotripsie—Embryotomie—Forceps—Faus-ses routes vaginales — Endométrite — Stérilité — Obstacles à la fécondation, etc. En vente chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

MARTIN.—**Traité clinique des maladies des femmes** par le Dr. AUG. MARTIN, privat-docent de gynécologie à l'Université de Berlin, traduit sur la deuxième édition allemande par les Drs. H. Varnier et Fr. Weiss—Préface par S. Pozzi, agrégé à la Faculté de Paris —210 gravures sur bois—octavo-royal de 658 pages—1889— Chez G. Steinheil, éditeur 2 Rue Casimir Delavigne, Paris.

PINARD.—**Traité du palper abdominal au point de vue obstétrical et de la version par manœuvres externes**, par A. PINARD, professeur agrégé à la Faculté de Paris. 37 figures dans le texte et préface de M. le Professeur PAJOT.—Deuxième édition 1889— Octavo royal de 400 pages chez G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

TUFFIER.—Études expérimentales sur la chirurgie du rein —néphrectomie—néphrorrhaphie—néphrotomie—urétérotomie par T. TUFFIER, chirurgien des hôpitaux de Paris. Octavo-royal, 166 pages—1889—chez G. Steinheil, éditeur—no. 2 rue Casimir Delavigne, Paris.

POUSSON.—Traitement chirurgical de l'extrophie de la vessie.—Exposition, comparaison.—Appréciation des méthodes et procédés opératoires, par Alfred Pousson, professeur agrégé à la faculté de Bordeaux—in 8. 156 pages 1889—G. Steinheil, éditeur—2 rue Casimir Delavigne, Paris.

FRIOT.—Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations, par le Dr. ALBERT FRIOT (de Nancy), G. Steinheil, éditeur, 2, rue Casimir Delavigne. Paris. 1889.

Extra-uterine pregnancy :

- I. *Its Pathology.* By FRANKLIN TOWNSEND, M.D.
- II. *Its Diagnosis.* By JOSEPH PRICE, M.D.
- III. *Its Treatment.* By E. E. MONTGOMERY, M.D.
- IV. *Observations—Clinical, Pathological and Surgical.* W. H. WATHEN, M.D.
- V. *A Critique of its Management.* By J. M. BALDY, M.D.
- VI. *The Technique of the Operation.* By JOHN B. DEEVER, M.D.
- VII. *Its Management when the Fetus Survives Tubal Rupture and goes on to the Period of Viability.* By L. S. McMURTRY, M.D.
- VIII. *Its Treatment (concluded).* By A. VANDER VEER, M.D.

A Discussion from the Transactions of the American Association of Obstetricians and Gynecologists, 1888. Together with an Editorial Review of Tait's *Ectopic Pregnancy and Pelvic Hematocoele*, from the *Buffalo Medical and Surgical Journal*. Philadelphia: Wm. J. Dornan, 1889. Price, 75 cents.

Once a week.—Journal hebdomadaire illustré. Cette publication, absolument unique en son genre, est ce que nous pourrions appeler le miroir fidèle de la société et du *high-life* américain. Chaque article est très bien soigné et vaut à lui seul dix fois plus que le prix d'abonnement de toute l'année. *Once a week* se distingue de ses nombreux confrères par un trait caractéristique. Il publie chaque semaine, en entier, sous forme de supplément, tout un roman emprunté à la littérature américaine ou étrangère, le tout formant un numéro de 48 pages, in-folio, très compactes.—Abonnement : \$4.20 par an, ou \$4.00 si payé d'avance ; chaque No. se vend 10 centins. Adresse : P. F. Collier, propriétaire, 104 à 110, Attorney str. New-York.

Le Monde Illustré.—Journal hebdomadaire illustré, publié à Montréal. Berthiaume & Sabourin, propriétaires. Bureaux : 40 Place Jacques-Cartier. Abonnement : Un an, \$3.00 ; six mois, \$1.50.

Le Monde Illustré est le seul journal illustré de langue française publié en Canada. Il a sa place toute trouvée dans le salon d'attente du médecin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Les anciens internes du *Charity Hospital*, New-York, au nombre de cinquante, viennent de se former en association à l'exemple de ceux de l'hôpital Bellevue.

Le *British Medical Journal* nous informe que l'*Association médicale britannique* tiendra sa 57^e réunion annuelle à Leeds, les 13, 14, 15 et 16 août 1889.

M. le professeur BARTHOLOW vient de publier, chez Appleton, la septième édition de son *Traité pratique de matière médicale et de thérapeutique*. La première édition de cet ouvrage, aujourd'hui indispensable à tout praticien, ne date que de juin 1876.

C'est avec un très vif plaisir que nous avons reçu le numéro de la *Gazette de Gynécologie* portant la date du 1^{er} avril 1889. Après un repos de quelques mois, notre distingué confrère, M. le docteur P. Ménière reprend la publication de son intéressant journal. Nous le félicitons de son rétablissement et le complimentons de s'être adjoint, comme secrétaire de la rédaction, M. le docteur Gaudin dont on nous a déjà vanté les hautes qualités scientifiques.

La livraison de mai des *Annals of Surgery* publie comme article de fond, le rapport, par le docteur J. R. FOWLER, de Brooklyn, d'un cas unique de tumeur emphysémateuse du cou causée par une hernie de la plèvre au cours d'un pneumothorax. Le rapport est accompagné d'une blanche lithographiée et d'une photogravure. Les articles éditoriaux ont traité aux sujets suivants : Blessures du cœur, traitement des abcès cérébraux, cancer du larynx, traitement de l'hypertrophie prostatique par l'électrolyse. Le département consacré aux progrès de la chirurgie est très bien fourni et contient une série intéressante d'analyses empruntées aux publi-

cations américaines et étrangères, au nombre d'environ quarante. Puis vient la revue bibliographique, toujours bien alimentée. Les *Annals* tiennent toujours le premier rang comme publication scientifique et sont devenues une *nécessité* pour tout praticien soucieux de se tenir au courant des progrès de la chirurgie.

Association des internes de l'hôpital Notre-Dame.—La quatrième réunion mensuelle des internes de l'hôpital Notre-Dame aura lieu à l'hôpital, jeudi, le 20 juin, à 8.30. P. M.

Ordre du jour : *L'antiseptie obstétricale.*—*Traitement des douleurs post-puerpérales.*

Nécrologie.—CANADA : A St-Roch de l'Achigan, M. le docteur Tellier LAFORTUNE.

ETRANGER : A. Bordeaux, M. le docteur DENUCÉ, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Bordeaux.—A Nantes, M. A. HERBELIN, professeur de pharmacie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

Va et vient.—M. le J. LAFOREST, retour de Paris et Londres où il a suivi les leçons des gynécologistes du jour, exerce à Montréal depuis le 1er mai.—M. le Dr. C. N. BARRY s'est transporté au No. 1715 rue Ste-Catherine.—M. le Dr. R. BENOIT, ancien interne à l'hôpital Notre-Dame, a ouvert son cabinet de consultation au No. 141 rue St-Laurent.—M. le Dr. E. P. LACHAPELLE, président du Conseil d'Hygiène de la province de Québec, se transportera, le 1er juillet, au No. 476 rue Sherbrooke, entre les rues Ste-Elizabeth et des Allemands.—M. le Dr. A. DAVID, ancien interne de l'hôpital Notre-Dame, a laissé Burlington pour revenir à Montréal (437 rue St-Denis.)

Association médicale du Canada.—M. le Dr. Bell, secrétaire-général de l'Association, nous informe qu'à l'occasion de la réunion à Banff, la Compagnie du chemin de fer le Grand-Tronc, offre aux membres de l'Association, désirant voyager par cette ligne, des avantages égaux à ceux offerts par la Compagnie du Pacifique. Les membres résidant près d'aucune station du Grand-Tronc pourront donc tout de même se rendre à Banff au même prix que ceux faisant tout le trajet par le Pacifique. Ceux qui résident au centre de la province d'Ontario peuvent de la sorte venir joindre le train d'excursion à North Bay.

Les médecins désireux de faire le voyage devront s'adresser à M. le docteur BELL pour en obtenir le certificat attestant leur qualité de délégués. Ils devront y mentionner le nombre de leurs compagnons de voyage s'ils en ont. Les billets émis sur réception de ces certificats ne seront valables pour le voyage en question que si le trajet de Montréal ou autre lieu à Banff est terminé le 13 août.