

## 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.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## Des usages thérapeutiques du lait,

par H. E. DESROSIERS, M. D.,

Professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame. (1)

Le lait s'adresse à tous les cas auxquels conviennent les toniques en général et la diète animale. Comme tonique, sa principale indication se trouve dans sa richesse nutritive; sa facile digestion et son action diurétique constituent aussi deux points très importants dans la détermination de ses usages thérapeutiques.

“ Le régime lacté, dit M. Dujardin-Beaumetz, devient de plus en plus un moyen de nourrir et souvent aussi un moyen de guérir.” On l'emploie dans l'anémie, la chlorose, la convalescence des maladies débilitantes, voire au cours de toutes les inflammations, fièvres essentielles, dans les diathèses et les cachexies: cancer, tuberculose, scrofule, syphilis. Dans tous ces cas la diète lactée ne saurait remplacer absolument les autres aliments, mais elle leur est un adjuvant précieux, et peut au besoin les remplacer tous, principalement quand ceux-ci sont mal supportés. Dans la fièvre typhoïde, la diète lactée doit venir en premier lieu comme régime alimentaire. C'est peut-être l'article que les typhiques supportent le mieux en général. C'est également celui qu'ils peuvent digérer le plus facilement, qui leur offre, sous forme liquide, l'aliment le plus complet, celui enfin qui convient le mieux à l'état d'irritation et d'ulcération de la muqueuse intestinale.

Le lait est un admirable médicament dans certaines formes de dyspepsie; c'est l'unique traitement du catarrhe de l'estomac et de l'ulcère de cet organe. En effet, dans le catarrhe gastrique, l'ulcère gastrique, simple, perforant ou alcoolique, le lait donne parfois des résultats étonnants. Il est très utile dans le cancer de l'estomac et constitue souvent alors le seul article de diète que les malades puissent supporter. Très efficace encore dans l'indigestion intestinale chronique, la diarrhée chronique, la diarrhée infantile,

(1) Extrait du *Traité pratique de Thérapeutique, de Matière Médicale et de Toxicologie*, par H. E. DESROSIERS, M. D., (Montréal, J. M. VALOIS, Éditeur, 1890).

tuberculeuse, typhique, etc. Dans tous ces désordres gastro-intestinaux, le lait se donne, soit pur, soit, au besoin, additionné d'eau de chaux ; l'addition d'eau de chaux est surtout utile quand il y a beaucoup d'irritation de l'estomac avec vomissements fréquents et diarrhée, comme cela se montre principalement chez les enfants.

Après les maladies du tube digestif, celles contre lesquelles on emploie surtout la diète au lait sont les diverses formes de néphrites, aiguës et surtout chroniques, et l'albuminurie. D'après M. Dujardin-Beaumetz, le lait peut donner des succès durables dans le traitement de l'albuminurie et du mal de Bright. La clinique de tous les jours est là pour confirmer cette pensée. Tous ont observé les effets, parfois inespérés, obtenus chez les femmes enceintes albuminuriques, les enfants affectés de néphrite scarlatineuse, les brightiques à la suite d'une cure de lait. Ici le lait agit à la fois comme aliment et comme diurétique. Il rétablit les fonctions de nutrition, favorise l'élimination de l'urée, soulage le rein, qui, sous son influence, retrouve une partie de son activité sécrétoire.

Dans les maladies organiques du cœur, le lait est aussi très employé et avec succès. " Dans ces cas, dit M. le professeur Peter, la diète lactée a des effets multiples et plus qu'on ne croit. Elle a d'abord un effet diurétique dont la conséquence physique est de diminuer la tension vasculaire, et, par suite, le travail du cœur ; c'est dans ce sens qu'elle est hydrauliquement bienfaisante. Elle l'est encore, mais dynamiquement, dans cet autre sens qu'elle est un mode de traitement et du foie et des reins en voie de sclérose l'un et l'autre. Or la sécrétion plus active de l'urine et de la bile est encore un moyen indirect de décharge vasculaire et par conséquent de diminution dans la tension artérielle et dans le travail du cœur. D'un autre côté la diète lactée n'est pas sans utilité pour l'estomac, que son hyperémie passive met dans un certain état d'impuissance digestive. Pour toutes ces raisons, la diète lactée est bienfaisante." On administre le lait à la période adynamique des maladies organiques du cœur, c'est-à-dire au moment où se produisent des congestions viscérales, la dyspepsie, la diminution de la sécrétion urinaire et un commencement d'anasarque. Dans la période de cachexie, le lait trouve encore, et à plus forte raison, son indication. M. Dujardin-Beaumetz fait du lait la base principale du traitement diurétique des maladies organiques du cœur non compensées. C'est aussi à ses effets diurétiques que le lait doit les succès qu'on lui attribue dans le traitement de l'ascite, et en général de toutes les variétés d'hydropisie.

Parmi beaucoup d'autres maladies contre lesquelles a été vanté, et avec raison, le régime lacté, signalons la diphtérie, la goutte et ses accidents, le rhumatisme articulaire aigu, l'anévrisme, la gravelle, la cystite, le diabète sucré, l'obésité, l'intoxication saturnine, l'empoisonnement par les acides concentrés, le sublimé, le chlorure de zinc, le nitrate d'argent.

Dans la diphtérie le lait est aussi précieux, comme aliment, qu'il l'est dans la fièvre typhoïde. Ses propriétés diurétiques favorisent en outre l'élimination du principe toxique par le rein et combattent avantageusement l'albuminurie, si fréquente dans ces cas ; chaud, il est enfin utilisé comme gargarisme émollient, non seulement dans la diphtérie pharyngée, mais aussi dans la pharyngite et l'amygdalite simples aiguës. Dans la goutte et le rhumatisme, il agit sans doute comme diurétique en favorisant, avec la diurèse, l'élimination de l'excès d'acides urique et lactique. On a rapporté des cas de guérison de la cystite chronique par une diète exclusivement lactée. Dans l'intoxication saturnine le lait serait agent curatif par son action diurétique, et même prophylactique, car on a rapporté le fait que dans les fabriques de blanc de plomb où les ouvriers avaient été mis à une ration de une pinte de lait par jour, aucun cas de colique saturnine ne fut signalé pendant l'espace de trois ans. Dans l'empoisonnement par le sublimé, les acides, le nitrate d'argent, le lait agit par sa caséine qui se combine avec le poison et forme un albuminate insoluble.

Tscheltsoff a essayé le lait sur 28 scorbutiques et conclut : 1<sup>o</sup> que le régime lacté absolu constitue un traitement abortif du scorbut, n'importe à quelle période de la maladie qu'on l'institue ; 2<sup>o</sup> que ce traitement met à l'abri des rechûtes ; 3<sup>o</sup> que la guérison survient beaucoup plus rapidement qu'avec les traitements ordinairement usités ; 4<sup>o</sup> que l'addition d'un aliment autre que le lait retarde le rétablissement du malade.

Un des principaux inconvénients de la diète lactée est la répugnance, parfois invincible, que viennent à en éprouver les malades soumis à ce régime. Aussi a-t-on cherché, en plus d'un cas, à substituer au lait pur, tantôt le lait écrémé, tantôt le lait de beurre, le petit lait, ou enfin le lait fermenté.

Tyson, de Philadelphie, a particulièrement recommandé le lait écrémé dans le traitement de la glycosurie, de la diathèse urique, de la maladie de Bright, de la dyspepsie simple et de l'obésité. Le lait de beurre remplace aussi avec avantage le lait pur, dans les affections gastriques, l'albuminurie, le diabète, et dans l'alimentation des enfants en bas âge. Le petit lait a donné de bons résultats dans le catarrhe et l'ulcère de l'estomac, la dyspepsie atonique, la dyspepsie des grands mangeurs et des buveurs, etc. Les succès qu'on lui a attribués dans la phtisie sont probablement dûs au grand air, à l'exercice et aux excursions dans les pays montagneux (Suisse, Tyrol, Hongrie), où se font les cures de petit lait. Quant au koumys et au kéfyr, aussi toniques et aussi nutritifs, mais plus stimulants que le lait, on s'en sert principalement dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, de la fièvre typhoïde, dans la convalescence des maladies aiguës et dans tous les états adynamiques exigeant à la fois un tonique et un stimulant.

La question de l'alimentation des enfants par le lait étant plutôt

du ressort de l'hygiène, nous n'en parlerons ici que pour mémoire, et pour établir, en passant, d'après Bartholow, les faits suivants : Le lait de vache, frais, est le meilleur substitut du lait maternel. Le lait condensé remplace aussi avantageusement celui-ci, et les enfants s'en trouvent généralement bien. De tous les constituants du lait, c'est la caséine qui est le plus mal supportée par l'estomac des enfants. L'addition d'eau, d'eau de chaux, de tisane d'orge, assure souvent la digestion et l'absorption de la caséine ; mais il est des enfants qui ne peuvent absolument pas la digérer. On réussit parfois en diluant de la crème dans de l'eau d'orge ou de riz, ou en ajoutant de la crème au lait qui n'en contiendrait pas suffisamment. Jacobi conseille d'ajouter au lait un peu de bouillie d'avoine. Pour notre part ; nous avons plus d'une fois employé avec succès le moyen suivant : A une chopine d'eau ajouter 15 gouttes d'acide muriatique dilué, puis mêler le tout à une pinte de lait et porter à ébullition. L'ébullition commencée, retirer du feu et conserver dans un endroit frais.

Dans l'administration du lait aux malades et la détermination des doses de ce précieux agent, plusieurs points méritent une attention spéciale. En mettant un malade à la diète lactée il faut se souvenir que le lait ne convient pas nécessairement à tous les estomacs et que même chez ceux qui le tolèrent le mieux au début, il peut finir par déterminer une répugnance qui, si elle devient invincible, doit forcer à suspendre le traitement. Pour ne pas fatiguer le malade, il vaut mieux commencer graduellement, augmentant chaque jour la quantité du lait. Si le malade est docile ou manifeste un goût prononcé pour le lait, on peut établir d'emblée la diète lactée absolue, toute autre nourriture étant mise de côté ; mais il importe de ne jamais insister à ce que le malade continue cette diète lactée absolue quand l'estomac ne supporte pas bien le lait. Les aliments préparés au lait ; riz, tapioca, sagou, farines d'avoine, de blé, de blé d'inde, sont compris dans la diète lactée et servent plus d'une fois à faire supporter le lait. On peut encore ajouter au lait les peptones qui en augmentent nécessairement les qualités nutritives. Le lait cru étant de plus facile digestion et plus nutritif que le lait bouilli, on doit le préférer à celui-ci. Quand l'estomac supporte mal le lait, comme cela a lieu dans la dyspepsie acide, on associe à l'aliment un alcalin quelconque : bicarbonate de soude, eau de chaux, etc. Souvent le lait donne lieu à de la diarrhée, ce qui en indique la non-digestion.

Quant à la dose, elle varie avec les circonstances et les indications particulières à chaque cas, l'habitude, etc. D'après Bartholow, il suffit, au début, de quatre onces données toutes les trois heures ; si tout va bien, on élève la dose, que l'on peut, dans les cas graves ou urgents, porter à deux, trois, quatre et même cinq pintes par jour. Le lait se prend ni trop froid ni trop chaud. En beaucoup de cas le malade consultera ses goûts personnels.

## De l'action polaire positive du courant galvanique constant sur les microbes, et en particulier sur la bactériidie charbonneuse.

par MM. APOSTOLI et LAGUERRIÈRE.

(Note lue à l'Académie des Sciences à Paris, dans la séance du 23 avril 1890).

L'action antiseptique et microbicide du courant galvanique constant entrevue par l'un de nous dès 1886 (1) a été l'objet de nos communes recherches depuis deux ans.

Dans une note déposée sous pli cacheté à l'Académie des Sciences, le 12 août 1889, nous avons consigné les premiers résultats d'expériences entreprises en plaçant d'abord les pôles aux deux extrémités d'une même éprouvette contenant des bouillons de culture, et à peu de distance l'un de l'autre. Toutes nos expériences ont eu le contrôle de l'ensemencement et de l'inoculation à l'animal (lapin ou cobaye). Voici nos premières et principales conclusions :

1o. L'action du courant galvanique constant sur les cultures est en rapport direct avec l'intensité du courant évaluée en milliam-pères.

2o. Pour une même intensité, et toutes choses égales d'ailleurs, il convient de tenir peu de compte de la durée de l'application ; l'intensité du courant restant toujours le facteur principal.

3o. Un courant de 300 milliam-pères et au-dessus appliqué pendant 5 minutes tue constamment la bactériidie charbonneuse. Les ensemencements faits avec la culture ainsi traitée restent stériles ; et l'inoculation au cobaye reste sans effet.

4o. Un courant de 200 à 290 milliam-pères, appliqué pendant 5 minutes ne détruit pas sûrement et constamment la virulence ; quelques cobayes meurent encore, mais plus tardivement que les témoins inoculés comparativement avec la même culture qui n'a pas été soumise à l'action du courant.

5o. Un courant de 100 milliam-pères et au-dessous, même après une application de 30 minutes ne détruit pas la virulence ; il se produit une atténuation qui augmente avec l'intensité du courant et qui s'accuse par ce fait que les cobayes inoculés meurent un à deux jours plus tardivement que les témoins.

Depuis cette époque, nous avons établi que ces effets sont indépendants de l'influence thermique qui accompagne toute électro-

(1) Apostoli. — *Traitement de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine*—1883—pages 33 et 50.

lyse, et nous avons étudié l'influence isolée des pôles et de la portion interpolaire du circuit.

Nous pouvons formuler les conclusions complémentaires qui suivent :

10. On peut supprimer expérimentalement les effets calorifiques du courant, et obtenir quand même la destruction ou l'atténuation de la vitalité microbienne.

20. Le pôle positif seul tue ou atténue la vitalité des organismes pathogènes pour lesquels l'action interpolaire et celle du pôle négatif restent indifférentes.

30. L'action antiseptique du pôle positif (dans un milieu de culture distinct, entièrement séparé du pôle négatif) s'exerce à plus faible dose électrique que dans la première expérience (ou les deux pôles étant contigus atténuent leur action réciproque).

Ainsi le pôle positif ne tue pas à 90 milliampères pendant une durée qui peut varier de 9 à 30 minutes ; mais au-delà, l'atténuation commence et grandit progressivement pour devenir constante dès les cinq premières minutes entre 100 à 190 milliampères.

40. La conclusion générale qui se dégage de nos recherches, c'est que le courant continu à dose, dite médicale, (c'est-à-dire 90 à 300 milliampères) n'a pas d'action sui-generis sur les cultures microbiennes dans un milieu homogène, et que son unique action polaire positive doit tenir au dégagement des acides et de l'oxygène comme nous le démontrerons dans une prochaine note.

Le cœur du médecin doit être un pur diamant à quatre facettes : la bonté, la douceur, la tolérance, la loyauté. — DR. GRELLETY.

\*\*\*

Il est une maladie très répandue, contre laquelle nous ne pouvons rien, c'est la banalité, cette lèpre moderne, beaucoup plus redoutable que celle d'autrefois.

\*\*\*

La chance!... Je ne sais rien de plus bête que ce mot là. La chance a beaucoup de noms : elle s'appelle tantôt le travail, tantôt le courage, la persévérance, le savoir-faire, le talent. — Mais ce mot tout sec, la chance, est un pseudonyme du succès, inventé par les envieux pour déprécier le mérite de leurs confrères. — DR. GRELLETY.

\*\*\*

La bonté est la coquetterie des cheveux blancs, le charme de quelques vieux praticiens : comme au terre-neuve, il leur faut quelqu'un à qui se dévouer.

La bonté est d'ailleurs une réserve de bonheur, puisqu'elle fait jouir du bonheur des autres, quand on a perdu le sien. — DR. GRELLETY.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**Tremblement hystérique à forme de sclérose en plaques.**—Clinique de M. RENDU.—Vous avez vu récemment entrer, dans notre service, un homme dont tout le corps était agité, par un tremblement. Ce malade, âgé de trente-huit ans, nous arrivait d'Auxerre, après avoir été soigné pendant un an à l'hôpital de cette ville. Ce tremblement n'était pas continu; il était nul au repos pendant le sommeil. Il apparaissait à l'occasion des mouvements et s'exagérait sous l'influence des émotions. Quand le malade était debout, tout le corps paraissait animé de petites oscillations, dont le centre semblait être aux genoux; les mollets paraissaient être dans un état de contraction réflexe de demi-contraction.

Pendant la marche, les oscillations étaient bien plus marquées, mais on n'observait ni la démarche des ataxiques, ni le steppage, ni le talonnage: en un mot, le malade restait parfaitement maître du degré d'impulsion à donner à ses membres; il était toutefois rapidement fatigué. Je vous signale, en passant, l'absence du signe de Romberg.

Au repos, les membres supérieurs ne présentaient aucun tremblement; mais dans les mouvements, dans l'action de saisir un verre, les oscillations apparaissaient, assez petites d'abord, puis de plus en plus grandes, à tel point que, dans les premiers temps de son séjour, il lui était impossible de porter le verre à sa bouche pour boire. Tout cela s'est atténué maintenant, et la trépidation ne devient intense que quand il est fatigué. Je vous fais remarquer qu'il n'a jamais présenté de tremblement vrai des doigts, mais seulement des oscillations communiquées.

Dans les mouvements que l'on imprimait à ses membres, on sentait une résistance, une raideur, une sorte de contracture. Nous n'avons constaté, sur le corps, aucune anesthésie, aucune hyperesthésie, ni à la douleur, ni au contact, ni à la température. Les réflexes, tant plantaires que rotuliens, étaient exagérés et, en relevant brusquement la pointe du pied, on déterminait une trépidation intense et prolongée. A la face cependant, on trouvait, et on trouve encore, une plaque d'anesthésie commençant à l'aile



gauche du nez, intéressant la bouche et s'arrêtant brusquement au menton; elle remonte un peu vers la région temporale, mais ne s'étend pas vers la branche montante du maxillaire inférieur. Vous voyez que cette plaque ne correspond pas au territoire de distribution d'un nerf. Il existe aussi de l'anesthésie pharyngienne.

Cet homme est peu intelligent; il était vigneron dans l'Yonne. Sa parole est un peu bredouillée, mais elle n'est ni lente ni saccadée, et elle n'est peut-être que la traduction de son état mental. Quand il est entré, sa vue était altérée; il avait de la polyopie, ce qui a disparu. Il ne présente plus que de la diminution de l'acuité et un léger rétrécissement du champ visuel du côté gauche; du même côté, il entend moins nettement. Sa santé générale est bonne, et il n'accuse aucun autre trouble fonctionnel.

Quelle est l'affection qui cause ce tremblement? Les alcooliques sont souvent des trembleurs, et notre malade avoue boire immodérément. Mais le tremblement alcoolique se présente sous forme de petites oscillations; il n'affecte guère que les extrémités et il est porté à son maximum quand les doigts sont écartés par le jeu des interosseux, les muscles de la face, la langue tremblent aussi, tandis que notre homme offre un masque presque immobile.

Nous pouvons éliminer l'idée de tremblement toxique mercuriel ou saturnin, puisque le malade a toujours travaillé à la terre. Le tremblement mercuriel ressemble bien au tableau que je viens de vous esquisser; mais, outre la notion professionnelle, il nous manque ici les lésions dentaires et gingivales et la cachexie.

Faut-il incriminer la syphilis? Cet homme, en 1873, a eu un chancre, une roséole et des plaques muqueuses; aussi, à l'hôpital d'Auxerre, on l'a soumis au traitement spécifique, mais sans résultats. La syphilis ne cause guère de tremblements: elle donne plutôt lieu à des paraplégies, à des accidents de myélite diffuse. On pourrait cependant supposer des lésions vasculaires engendrant une sclérose en plaques, qui serait ainsi d'origine syphilitique; M. Marie a montré que la sclérose en plaques succède souvent à une maladie infectieuse ayant causé une endartérite diffuse. C'est tout à fait improbable après la syphilis, et, du reste, le traitement spécifique a été absolument inefficace.

La paralysie agitante a un tout autre aspect: les oscillations se montrent au repos, pour disparaître dans les mouvements volontaires; elles n'existent qu'aux membres supérieurs et ont, généralement, une apparence intentionnelle; les sensations de chaleur, les douleurs rhumatoïdes, les déformations articulaires, la démarche spéciale, etc., font ici complètement défaut.

Il est bien plus difficile de différencier, de la sclérose en plaques, le tableau morbide que je vous ai esquissé; nous en retrouvons la plupart des caractères: absence de tremblement au repos, oscillations graduellement croissantes, troubles sensitifs ou sensoriels imputables à des plaques cérébrales, tendance à la contracture;

altérations de la parole et de la vue, exagération des réflexes, absence de troubles trophiques. L'analogie est grande. Cependant la parole n'est pas lente, scandée, péniblement articulée; le nystagmus et la diplopie manquent; enfin, je vous rappelle que toute maladie infectieuse fait défaut dans les antécédents, sauf la syphilis qui, je vous l'ai dit, ne doit pas être mise en cause. Mais comme il est des scléroses en plaques, à tableau incomplet, à marche lente, on aurait posé ce diagnostic sans hésitation, il y a dix ans. Aujourd'hui, nous devons penser aux faits d'hystérie masculine, de tremblement hystérique, qui sont indéniables, bien que peu connus.

Westphal a publié deux cas ressemblant à de la sclérose en plaques, observés pendant neuf ans l'un et dix ans l'autre, et qui ont donné lieu tous deux à une autopsie négative. Voilà donc une simple névrose, dont le tableau est absolument parallèle à celui d'une maladie à lésions. En 1888, dans le journal anglais *Brain*, Maguire a rapporté l'histoire d'un homme de quarante-neuf ans qui, pendant onze ans, a présenté des symptômes de sclérose en plaques; malgré l'absence d'autopsie, l'auteur conclut à la simple névrose.

Cet homme avait bien eu la syphilis; son tremblement s'était amélioré sous l'influence de l'iodure de potassium, mais associé au bromure et au chloral. Il eut ensuite une rechute et la guérison fut amenée d'une manière presque complète par les douches, le bromure de potassium, l'opium, les calmants, en un mot. L'auteur anglais nomme ce cas : *pseudo-sclérose en plaques*, et il insiste sur ce que la syphilis ne doit pas être mise en cause.

J'ai eu l'année dernière, dans mon service, un marin, déjà vieux, mais encore solide et peu artério-scléreux, qui, à la suite d'une forte émotion, était devenu triste et avait été pris de tremblement, surtout dans le membre supérieur droit; il a été guéri en trois semaines par l'hydrothérapie et la valériane. Ces faits démontrent qu'il existe une névrose qui peut simuler les maladies à tremblement. Je crois que cette maladie est l'hystérie : cherchons-en la confirmation chez notre malade.

Nous ne connaissons rien de ses antécédents héréditaires : c'est un enfant naturel. Comme antécédents personnels, dans son enfance, dit-il, il était insubordonné, nerveux, irritable; comme soldat, souvent puni, il a été envoyé aux compagnies de discipline, et a même été mis "en silo." En 1873, sans cause connue, il a été pris d'une attaque convulsive épileptiforme, avec perte de connaissance et miction involontaire; à la suite, il eut quelque temps un état mental bizarre : il était comme abruti. En 1874 il contracta la syphilis. Les accidents actuels ont débuté il y a un an : il a eu de la céphalalgie, de la somnolence; le tremblement a été bien plus prononcé qu'aujourd'hui, puisque, à Auxerre, la marche était impossible; enfin, il a eu des vertiges, des troubles

de la vue, tels que défaut de perception des couleurs ; il voyait, dit-il, le parquet rose. Encore aujourd'hui, sa vue n'est pas parfaite et il apprécie mal le violet. Il a eu de petites attaques, avec perte de la connaissance et de la parole.

Comme stigmates d'hystérie, nous avons trouvé : 1<sup>o</sup> la plaque d'anesthésie de la face ; 2<sup>o</sup> l'anesthésie pharyngienne ; 3<sup>o</sup> la polyopie ; 4<sup>o</sup> un point sensible sous le sein gauche.

Ce qui me détermine encore à ne pas admettre l'existence de lésions, c'est l'amélioration considérable que nous avons vu se produire en huit jours.

Le tremblement hystérique ne revêt pas toujours l'aspect de la sclérose en plaques ; il peut ressembler à la paralysie agitante. A plusieurs reprises, nous avons revu, dans notre service, un homme qui est un hystérique manifeste, avec attaques apoplectiformes ; depuis quelque temps, ses crises prennent davantage l'aspect d'hystérie féminine ; il a, aux membres supérieurs, un tremblement à petites oscillations bien rythmées, mais dont le centre est au poignet et non aux doigts ; son écriture est celle de la paralysie agitante ; j'ai pu l'examiner assez souvent et constater assez de stigmates, pour n'avoir aucun doute sur la réalité de son hystérie.

Un troisième type est celui dont nous avons eu un exemple récent dans le service ; c'était un hémitremblement qui se montrait pendant le sommeil et non dans les mouvements.

Je vous signalerai, comme quatrième variété, le tremblement limité à un segment de membre, comme je l'ai observé en ville, chez une jeune fille.

Le tremblement hystérique n'est donc pas une entité morbide, qu'on peut diagnostiquer d'après sa seule forme. En général, son début est brusque et il succède souvent à une émotion ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et il peut survenir progressivement. N'oubliez pas, d'autre part, que les symptômes de la sclérose en plaques, ou de la maladie de Parkinson, peuvent avoir un début brusque. Le diagnostic s'établira donc, d'après les antécédents et l'existence concomitante de stigmates hystériques.

Son pronostic n'est pas grave au point de vue de la vie, mais on ne peut pas le dire bénin, car on ne peut pas affirmer que la maladie ne durera pas des années comme dans les faits de Westphal. Pour notre malade, j'ai bon espoir, car son amélioration est déjà considérable.

La partie essentielle du traitement sera l'hydrothérapie, à la fois stimulant puissant et moyen sédatif. Je donne à ce malade de la valériane ; malgré ce qu'on a dit, je crois à l'efficacité de ce médicament : il prend une cuillerée à café de valériane d'amonniaque tous les matins. Le bromure de potassium est aussi indiqué.

Contre l'hémitremblement, il faudrait avoir recours aux aimants. L'électricité statique, la suggestion, l'emploi du dynamomètre, comme but et mesure d'efforts, sont des moyens à utiliser.

Si la névrose était le résultat d'une intoxication métallique (plomb), il y aurait nécessité évidente à changer de profession.—*Gazette des hôpitaux.*

**Appendicite et Typhlite.**—On décrit maintenant séparément les inflammations du cœcum et celles de son appendice, en employant les termes d'appendiculite ou d'iléo-typhlite. L'examen des faits est venu prouver, qu'il existait une grande différence entre la marche de la typhlite ordinaire et celle de l'appendiculite la première n'entraînant à sa suite qu'un phlegmon sous-péritonéal, une *pérityphlite*; tandis que la seconde produit le plus souvent une inflammation péritonéale localisée ou généralisée, soit par propagation, soit par perforation: *péritonite appendiculaire*. L'inflammation de l'appendice entraîne exceptionnellement la formation d'un phlegmon extra-péritonéal. Il ne faut pas néanmoins oublier que les lésions peuvent coexister du côté du cœcum et de l'appendice à la fois, et être la cause des troubles de voisinage propres à chacun d'eux (6 fois sur 136 cas d'après la statistique de Maurin). La péritonite appendiculaire est, d'après le même auteur, le plus souvent généralisée (18 fois sur 87) et lorsqu'elle est localisée, elle peut s'enkyster (2 fois sur 11). Enfin on peut constater en même temps la formation d'un abcès sous-péritonéal et d'une pyléphlébite. Examinons comment se passent les faits dans les différents cas. Comme on le sait, le plus souvent c'est un corps étranger, un calcul qui occasionne l'appendicite. Si celui-ci reste d'une façon passagère dans la lumière du processus, il peut ne développer qu'une inflammation éphémère cédant après l'issue du calcul et son passage dans les selles. Ce phénomène doit être rare, et est même problématique. Le plus souvent l'appendicite évolue vers la perforation. D'après Porter, il faut distinguer ce qui se passe dans les appendices avec ou sans mésentère. Dans le premier cas, d'après cet auteur, le calcul comprimerait les vaisseaux et tendrait à produire une gangrène de la partie distale de l'appendice, puis s'ouvrirait une voie en arrière, entre les feuillets du mésentère où n'existe pas de recouvrement péritonéal.

Là, bientôt, la perforation aurait lieu. Si la gangrène n'est pas complète, mais localisée, l'engorgement des parois cœcales diminuerait, la perforation se ferait après coup, le calcul filerait dans le tissu cellulaire retrocœcal et y développerait une collection purulente. Si le processus n'a pas de mésentère, ou si le corps étranger se présente au-delà de l'insertion des feuillets péritonéaux, la perforation se fait rapidement, et la conséquence est une péritonite suppurée. La perforation se ferait pour Porter sur la ligne de démarcation de la portion gangrénée et de la portion vivante, et toujours au-dessus du corps étranger.

Pour Roux, il se fait une oblitération de l'orifice cœcal de l'ap-

pendice, soit par un calcul, soit par des matières fécales, puis dans ce dernier s'accumule du mucus sécrété en abondance par la muqueuse. Les parois s'engorgent, les vaisseaux sont comprimés, les tissus se gangrènent et la perforation a lieu par l'action de la pression du contenu liquide et n'est pas liée au point d'étranglement du calcul. Pendant les symptômes prémonitoires, qui passent souvent sous silence, se fait le travail inflammatoire des parois de l'appendice, et, de plus, le péritoine prend part à ce processus; d'où formation de fausses membranes autour de l'appendice qui se trouve fixé. Les anses intestinales s'agglutinent et l'englobent. Lorsqu'à la suite d'un effort, d'un écart de régime, la perforation a lieu, le liquide (sans le calcul) contenu dans l'appendice se répand autour de lui, décollant plus ou moins les adhérences et provoquant les douleurs, vomissements, etc., pris souvent pour des phénomènes initiaux de l'appendicite. Puis le pus se collecte autour de l'appendice, donnant naissance à un phlegmon, et les douleurs cessent ou diminuent, à moins que la perforation, faite d'adhérences, n'ait eu lieu dans la cavité péritoneale. Pour Roux la péritonite généralisée serait donc rare (3 fois sur 18 cas de sa statistique personnelle), tandis que nous avons vu que, d'après Maurin, qui a colligé toutes les statistiques, cette péritonite généralisée d'emblée serait le cas le plus fréquent. Ceci tient sans doute à ce que le premier n'a reçu de ses confrères médecins que les cas à opérer chez lesquels on avait pu faire le diagnostic, tandis que souvent, dans les services de médecine, viennent mourir un assez grand nombre de malades de péritonite généralisée dont on ne fait le diagnostic étiologique qu'à l'autopsie.

Nous avons déjà, en 1888, exposé les différentes formes que peut présenter la marche de l'appendicite; nous reviendrons néanmoins sur certains faits dont l'interprétation s'est modifiée. L'appendiculite peut entraîner soit une *péritonite d'emblée généralisée* (forme perforante aiguë de Talamon), soit une *péritonite localisée ou enkystée*, soit enfin un *abcès pérityphlitique*.

La première forme se manifeste d'ordinaire brusquement avec nausées, vomissements, tympanisme et épanchement intra-abdominal, parfois matité dans les deux fosses iliaques, constipation opiniâtre pouvant faire croire à un étranglement interne. La marche est progressive et la mort arrive le plus souvent au bout de 2, 3, 6 jours. On peut retrouver les signes physiques que nous allons mentionner dans la deuxième forme.

Dans le mode à péritonite localisée ou enkystée, après les signes prémonitoires de douleur vague dans l'abdomen accompagnée de constipation et de troubles digestifs, après les phénomènes aigus annonçant la perforation, on peut constater la présence de l'abcès péri-appendiculaire. La douleur est intense, déchirante dans la fosse iliaque droite; elle s'irradie vers le pli de

l'aîne, le pubis, l'ombilic, l'épigastre, le flanc droit, les organes génitaux et est réveillée par le moindre mouvement et par la palpation. Dès 24 à 48 heures après le début, on peut constater dans la fosse iliaque la présence d'une tuméfaction circonscrite, limitée, avec empatement, donnant à la percussion un son hydro-aérique dû à la présence de gaz dans son intérieur. La palpation donne la sensation d'une tumeur *limitée*, arrondie ou ovoïde, de *petite dimension*, dont l'axe est parallèle au ligament de Poupert, et dont le contenu ne présente pas de tendance à envahir le côlon. Parfois, si le cœcum est rempli de matières fécales, il est impossible de limiter l'abcès appendiculaire. La tumeur s'accroît chaque jour, malgré les évacuations abondantes. Dans la forme à péritonite localisée, la mort n'est pas fatale, néanmoins la péritonite généralisée peut lui succéder. La guérison peut se faire par l'ouverture du foyer à l'extérieur ou dans un organe voisin, mais il est bien chanceux d'attendre cette guérison naturelle, et, comme nous le verrons postérieurement, il est nécessaire, lorsqu'on a diagnostiqué une appendicite, d'intervenir plus ou moins rapidement, suivant le cas. La typhlite et la pertyphlite ordinaires s'en distinguent par la présence d'une masse volumineuse, en boudin, perpendiculaire ou oblique par rapport à l'arcade crurale, s'affaissant pour la première fois lors d'évacuations alvines. D'autre part, la typhlite stercorale a un début moins brusque, moins effrayant que l'appendicite. Parfois encore la confusion pourra se faire entre cette dernière et un étranglement interne, ou une invagination iléo-cœcale. De même, le volume de la tumeur est moindre que dans ce dernier cas; la constipation est moins absolue, les vomissements sont rarement fécaloïdes, la fièvre apparaît dès le début avec des douleurs intenses, tandis que dans l'étranglement interne la température s'abaisse dès l'origine des accidents.—*Progrès médical.*

**Pleurésie purulente à pneumocoques; importance pour le pronostic.**—On sait aujourd'hui que divers microbes peuvent être les agents de la suppuration et que même elle peut se montrer sans micro-organisme. Mais il en est de plus nocifs les uns que les autres, et l'examen bactériologique des collections de pus peut avoir son utilité. La pleurésie purulente est ordinairement causée par des bacilles, ou les organismes vrais de la suppuration, streptocoques, staphylocoques; mais parfois elle peut ne renfermer que le pneumocoque de la pneumonie. Dans ce dernier cas elle est généralement consécutive à une pneumonie, et survient le septième ou huitième jour de la maladie primitive; plus rarement elle est spontanée.

Elle a une marche spéciale: son début est insidieux, la fièvre a un caractère plus continu que celle de la pleurésie purulente ordinaire, l'épanchement est souvent enkysté, le pus est lié, verdâtre, ressemblant à celui des abcès chauds.

Les points les plus importants sont :

1o Une *bénignité* plus grande, car, après évacuation du pus par simple ponction, elle guérit rapidement ;

2o Une tendance à la *perforation pulmonaire*, occasionnant une vomique suivie aussi fréquemment de guérison. Enfin on a cité un cas de résorption spontanée, sans empyème et sans vomique. Elle est fréquente, particulièrement chez les enfants dont les pneumonies se compliquent si souvent de pleurésie.—*Praticien*.

**Traitement de la constipation rebelle et de l'obstruction fécale par la dilatation forcée de l'anus.**—Le docteur Moxod a eu plusieurs fois l'occasion de constater les bons effets de la dilatation du sphincter anal contre la constipation opiniâtre et les accidents qui en sont la conséquence. Il n'est pas contraire aux données de la physiologie de croire que la fermeture habituelle de l'orifice anal peut amener un état de ténacité exagérée du sphincter que ne peut vaincre l'action déjà affaiblie des fibres musculaires dont le rôle est de dilater l'anus en l'attirant en haut. En supprimant l'action prédominante du sphincter et laissant ainsi toute leur force aux agents propulseurs des matières on leur permet même de récupérer et d'augmenter leur énergie primitive.

La dilatation est pratiquée à l'aide de l'instrument de M. Trélat construit par Collin, elle est suivie du curetage de l'intestin, fait avec le doigt, la curette métallique pouvant présenter des dangers. Il importe de débayer l'ampoule rectale des masses qui s'y sont accumulées. Du reste ce débayement peut se faire en plusieurs jours, au moyen de douches rectales et d'un ou deux laxatifs, les matières finissant par se désagréger et tomber de l'intestin dans l'ampoule rectale.

Une fois le résultat obtenu, il faut naturellement en assurer la durée par une hygiène bien comprise et la série des précautions ordinaires réclamées par la constipation.

A notre avis une demi-dilatation peut suffire et on peut la pratiquer avec les pinces sans aller jusqu'à la rupture comme s'il s'agissait de fissure à l'anus.—*Praticien*.

### Les psychoses des albuminuriques. La folie brightique.—

M. RAYMOND, après avoir rappelé que certaines affections mentales peuvent donner lieu à l'albuminurie, a insisté sur le rapport inverse qui existe entre l'urémie et l'apparition d'un délire parfois bruyant, frénétique, revêtant des allures d'un véritable accès de folie maniaque.

M. Dieulafoy, a déjà réuni sous le nom de folie brightique des types très divers ; manie aiguë avec hallucinations, lypémanie, délire des persécutions, délire érotique et religieux. Il disait que ces malades ne doivent pas être traités comme les aliénés par le gavage et la douche froide, mais comme des néphrétiques, par le régime lacté.

M. Raymond vient d'observer un cas de folie du doute qui lui paraît devoir être rattaché à la folie brightique. Chez la malade le parallélisme était complet entre l'intensité de l'albuminurie et la psychose. Chaque fois qu'un traitement approprié abaissait le taux de l'albumine, l'état mental s'améliorait.

Ces faits sont évidemment forts importants au point de vue thérapeutique et médico-légal.

M. Ollivier pense que les malades de M. Raymond et Dieulafoy ne sont pas des brightiques purs, mais des gens qui ont de l'hérédité névropathique dans leurs ascendants. L'urémie a pu provoquer chez ces prédisposés la lypémanie, le délire des persécutions ou la folie du doute, mais seule elle ne l'eût pu faire sans la prédisposition. Aussi M. Ollivier blâme-t-il le mot de folie brightique.—*Concours médical.*

**De la sciatique.**—Clinique de M. le professeur JACCOUD—Deux malades entrés dans le service pour se faire traiter d'une sciatique ont présenté deux formes si différentes de cette affection que leur comparaison présente un certain intérêt. Chez l'un, en effet, la maladie n'a duré que trois semaines; chez l'autre, après six semaines de durée, il n'y a pas d'amélioration et il est même impossible de se prononcer sur le retour complet des fonctions du membre. Cette différence que l'on observe si souvent dans l'évolution de la maladie peut relever de différentes causes. Tout d'abord il faut tenir compte de l'individualité. Mais il y a de plus l'étiologie des différences qui doivent appeler l'attention. Chez le premier la maladie a été accidentelle; elle s'est développée rapidement, à la suite d'un violent effort, sorte de traumatisme, mais traumatisme sans gravité. Chez l'autre elle s'est produite spontanément et graduellement. Or une affection accidentelle, d'origine traumatique, est toujours moins sérieuse qu'une affection spontanée lorsqu'il ne s'est pas produit de désordre sérieux. C'est là une première cause de la diversité de l'évolution de la maladie; mais, de plus, le premier malade a cessé son travail et s'est fait soigner dès qu'il a été atteint, tandis que le second, moins souffrant tout d'abord, a continué à travailler pendant longtemps encore. On peut donc supposer que pendant tout ce temps la congestion répétée du névrilème a pu déterminer une névrite. Ce qui montre bien, d'ailleurs, qu'il existe ici une inflammation du nerf, c'est que, bien que le traitement ait fait disparaître les douleurs spontanées, il n'a pas fait cesser les douleurs à la pression dont la persistance empêche le malade de marcher. Le premier malade, au contraire, n'a pas dépassé la période de congestion.

Parmi les causes si nombreuses qui peuvent produire la sciatique, M. Jaccoud insiste sur un fait qui est peu connu et qui peut cependant être invoqué pour quelques cas. Toutes les tumeurs



abdominales, on le sait, peuvent produire la sciatique par compression; or le varicocèle est souvent accompagné d'un développement considérable des veines intra-pelviennes qui peuvent alors, par leur volume, jouer le rôle d'une véritable tumeur. Dans ces cas, on voit alors souvent la sciatique ne provoquer qu'une douleur sourde tant que le malade ne se fatigue pas, puis se révéler à l'état paroxystique s'il y a quelque excès de fatigue.

Au point de vue du traitement, la condition fondamentale est le repos au lit, surtout si la maladie est récente: et, la préoccupation constante du médecin doit être non pas seulement de soulager le malade, mais aussi d'empêcher la maladie de s'aggraver jusqu'à la névrite. Celle-ci s'établit quelquefois d'emblée, mais pas le plus habituellement.

Aussi est-il bon de recourir aux ventouses scarifiées dès le début de la maladie sur tous les points douloureux. Les injections de morphine sont souvent nécessaires, mais c'est seulement à titre de calmant. L'emploi des vésicatoires de grandes dimensions ou disposés en lanières rend encore des services à cette période; ces moyens externes doivent toujours s'ajouter aux moyens internes que l'on peut employer. Ces derniers sont tout d'abord le salicylate de soude, si l'on suppose que l'affection est d'origine rhumatismale. Mais en dehors de cette condition étiologique, on n'obtient ainsi aucun résultat. Il faut alors donner la quinine à forte dose, le bromhydrate de préférence, à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes le premier jour, autant le second et troisième s'il est bien supporté; on le supprime alors pendant quelques jours, puis on recommence la médication. Quant à l'antipyrine, elle ne paraît donner ici que de médiocres résultats.

À la période chronique, on peut employer avec succès, dans certains cas, un mélange d'iodure et de bromure de potassium. Les malades prennent chaque jour trois grammes de chacune de ces substances dans une même solution. C'est dans ces cas aussi que la térébenthine a été employée à l'intérieur, mais il en faut des doses si élevées, 10 grammes environ, qu'il est bien difficile de la faire supporter. Il ne faut pas négliger non plus à ce moment de poursuivre la douleur par des vésicatoires répétés. C'est à ce moment aussi que les pulvérisations de chlorure de méthyle peuvent être bonnes, mais à la période encore récente, elles peuvent exaspérer les douleurs.—*Journal de médecine pratique.*

**Diarrhée et constipation**, par le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ.— C'est surtout dans les diarrhées putrides et infectieuses que les lavages antiseptiques de l'intestin peuvent nous donner de bons résultats. Il faut user de solutions antiseptiques d'acide borique à 10 pour 1000, et introduire ces solutions aussi haut que possible. Vous y arriverez en abandonnant l'irrigateur et en vous servant des tubes à lavage pour l'estomac, et en particulier du

tube de Debove, dont l'extrémité plus rigide permet une introduction plus facile dans le rectum. Puis en remplissant l'entonnoir et en l'élevant à des hauteurs variables, vous faites pénétrer cette solution plus ou moins activement dans le gros intestin, et par ces moyens antiseptiques vous remédiez à tous les accidents qui découlent de ces diarrhées putrides.

Il est même certaines formes de cancer du rectum, cancer à marche extrêmement lente, analogue à ces carcinomes utérins ou à ces carcinomes du sein qui durent dix ou quinze ans sans produire de phénomènes cachectiques; ces cancers, qui n'oblitérent pas complètement la lumière de l'intestin, peuvent être traités par les purgatifs, par les lavages de l'intestin et par un régime végétarien, et, sous cette forme, la médication antiseptique est complètement applicable et permet même au malade d'engraisser et de vivre relativement bien avec de pareilles lésions. J'en ai eu, pour ma part, de nombreux exemples sous les yeux.

Enfin, nous arrivons au régime; ici, nous devons l'étudier dans les deux cas: diarrhée et constipation.

Pour la diarrhée, je dois vous rappeler que le lait est un des aliments les plus précieux dans la cure des diarrhées chroniques; on peut dire que le régime lacté est une des médications les plus actives de ces diarrhées. Toutefois, il est des personnes chez lesquelles le lait provoque la diarrhée, ou chez lesquelles le lait seul ne suffit pas à guérir cette affection. Dans ces cas, sans abandonner le lait, il faut l'additionner d'eau de chaux médicinale.

A côté du lait, il faut placer le régime végétarien, et j'ai l'habitude, dans les diarrhées chroniques qui proviennent surtout des pays chauds, de suivre la méthode suivante: je commence d'abord par soumettre mon malade au régime exclusif du lait additionné ou non d'eau de chaux médicinale, puis je fais intervenir, au bout d'un certain temps, les œufs sous forme de jaunes d'œuf dans du lait ou du lait de poule, ou d'œufs à la coque, ou encore de crème américaine. Vous savez que, par ce mot, on désigne la préparation suivante: deux jaunes d'œufs battus avec du sucre en poudre, additionnés de quelques gouttes de kirsch ou de rhum, de vin d'Espagne ou de Sicile; sans faire subir à ces œufs la moindre cuisson ni leur ajouter la plus faible quantité d'eau.

Puis j'interviens avec les féculents, que je prescriis sous forme de purée, et je conseille alors la purée de pommes de terre, de lentilles, de haricots, les bouillies au gruau de blé, de riz, d'orge, de maïs et d'avoine, le riz sous toutes ses formes, les panades passées, le racahout, la farine lactée et même la douce revalescière qui, malgré la réclame dont elle s'entoure, n'en constitue pas moins un bon mélange alimentaire; enfin, vous pouvez aussi autoriser les pâtes alimentaires et, en particulier, les nouilles et le macaroni.

Si toutes ces substances sont bien supportées, je passe alors à

d'autres aliments et je donne des légumes verts, autant que possible à l'état de purée, comme la purée de carottes, de navets, de petits pois, de julienne, et ce n'est que quand tous ces aliments ont été administrés que j'aborde les viandes, et je commence toujours par les plus cuites, telles que du poulet au riz, puis du bœuf à la mode, du veau en gelée, des volailles en daube, etc., et ce n'est que lorsque le malade est pour ainsi dire guéri que je lui donne des viandes saignantes et peu cuites.

C'est là un ordre qui est rarement suivi, car c'est plutôt par la viande crue que l'on débute, et l'on fait succéder au régime du lait celui de la viande crue. Cette méthode, excellente chez les enfants, est moins indiquée chez les adultes.

D'ailleurs, il faut s'entendre sur ce mot de diarrhée, et il me paraît très important de distinguer les diarrhées ayant leur origine dans l'estomac et l'intestin grêle, de celles qui proviennent du gros intestin. Les premières, seules, sont tributaires d'un traitement par un régime alimentaire; sur les secondes, au contraire, cette influence est beaucoup moins marquée, et c'est surtout les lavages et les pansements du gros intestin qui donneront les meilleurs résultats.

J'ai prononcé tout à l'heure le mot de diarrhée des enfants, c'est là un grand chapitre de la pathologie infantile que je ne veux pas aborder ici; toutefois, je veux signaler l'heureuse influence de l'acide lactique dans la diarrhée verte, qui, comme nous l'ont montré les travaux de Damaschino, de Hayem et Lesage, est une diarrhée microbienne. Vous administrerez l'acide lactique en solution à 2 pour 100, et par exemple, vous donnerez une cuillerée à soupe toutes les deux heures de la solution suivante :

Acide lactique.....	3 gram.
Eau de fleurs d'oranger.....	30 —
Eau de tilleul.....	120 —

Il me reste, pour terminer cette leçon, à vous parler du régime alimentaire applicable aux constipés.

Au pain de son et au pain de seigle déjà employés, il faut ajouter le pain de soja. Lorsque je vous ai parlé de ce haricot du Japon dans ma première leçon, je vous ai signalé l'huile purgative qu'il renferme et dont on le débarrasse plus ou moins complètement pour la panification. Mais cette séparation n'est jamais assez totale pour enlever au pain de soja son action purgative.

Le pain de Lecerf, pris en trop grande quantité, est réellement purgatif, et celui de Bourdin (de Reims), qui renferme à la fois du gluten et du soja non débarrassé de son huile, l'est davantage, et, n'était le goût toujours un peu fort de ces sortes de pain, nous aurions là, il faut le reconnaître, un des agents les plus actifs du traitement de la constipation habituelle.

Le régime végétarien n'est pas sans influence sur les constipés. Tandis que le régime carné plus ou moins exclusif donne des matières fécales dures et rares, il en est tout autrement du régime végétarien, qui fournit des fécès molles et pâteuses analogues à celles des herbivores.

Il faut donc toujours faire prédominer dans l'alimentation des constipés ce régime végétarien qui, comme vous le voyez, joue un rôle considérable dans le traitement de la diarrhée et de la constipation, puisqu'il est applicable à l'un et à l'autre de ces états du tube digestif.

Ce régime, en effet, favorise l'abondance des garde-robes dans les cas de constipation, et il influe tout aussi heureusement dans les cas de diarrhée, en calmant l'irritation et l'inflammation de la muqueuse intestinale, qui est toujours en activité dans les cas de flux intestinaux chroniques, et je vais m'efforcer de vous montrer, dans la prochaine conférence, que cette influence est tout aussi grande que dans une autre affection, l'insuffisance rénale.—  
*Bulletin de thérapeutique.*

**Exploration objective du foie dans la diabète.**—M. FRANTZ GLÉNARD, de Lyon, a fait l'exploration de 324 diabétiques. Il a employé, pour explorer le foie les deux méthodes, la méthode classique par la paroi abdominale antérieure et la méthode qu'il a décrite sous le nom de *procédé du pouce*.

Ce procédé consiste à rapprocher le plus possible le bord du foie de la paroi abdominale antérieure par une pression simultanée de la région lombaire droite qu'on soulève avec les quatre derniers doigts de la main gauche, et du flanc droit que l'on comprime de bas en haut avec la main droite; puis à placer, en tâtonnant, la pulpe du pouce gauche, qui est libre, profondément en arrière et au-dessous de la ligne où l'on soupçonne la présence du foie. Si, alors, on fait exécuter au malade une profonde inspiration, le bord du foie peut s'abaisser en avant du pouce et il n'y a qu'à ramener en même temps la pulpe de ce doigt, d'arrière en avant et de bas en haut, pour faire sentir le bord du foie et apprécier ainsi sa forme, son épaisseur, ainsi que la densité et la sensibilité du tissu hépatique. Si l'exploration par le procédé du pouce donnait des résultats aussi négatifs que l'exploration par la méthode classique, alors seulement on aurait le droit de dire que le foie est normal ou tout au moins ne présente pas de signes objectifs (mais il peut aussi être atrophié, ce que vérifiera la percussion).

Grâce au procédé du pouce, on peut diviser la face et le bord antérieur du foie en trois régions : au milieu, la région du lobe carré, entre deux lignes parallèles à l'axe du corps, passant, l'une par l'extrémité libre du cartilage de la neuvième côte droite, l'autre par l'appendice xiphoïde (ou, plus exactement, la ligne

parasternale droite); à droite, la région du lobe droit; à gauche, la région du lobe épigastrique. Le "procédé du pouce" permet donc d'ajouter à la notion des caractères généraux tirés de la forme, du volume, de la sensibilité ou de la densité, la notion de la localisation de ces caractères à un, à deux ou aux trois lobes du foie. Or, cette localisation est très variable; il en doit être tenu compte, surtout pour un organe comme le foie, dont la sémiologie est encore si mal connue.

M. Frantz Glénard tire les propositions suivantes :

1o. Le foie diabétique est le siège d'un processus évolutif constant, et les variétés objectives notées chez les diabétiques ne sont que les phases de ce processus :

Le lobe carré est le plus instable dans ses lésions, le lobe droit est le plus stable et en même temps le seul lobe du foie qui ne soit jamais restitué *ad integrum*.

2o. Il n'existe pas de variété objective du foie qui soit caractéristique du diabète et le distingue à la fois de l'alcoolisme et de la lithiase biliaire.

Les lésions sont plutôt localisés à un lobe (lobe droit) dans le diabète, à deux lobes (lobe droit et carré) dans la lithiase biliaire, aux trois lobes dans l'alcoolisme.

M. F. Glénard propose le terme d'hépatisme pour exprimer la parenté, par un trouble fonctionnel du foie, de toutes ces maladies.

3o. Il existe un diabète alcoolique fréquent qui, est un diabète vrai et non une simple glycosurie symptomatique.

Le diabète vrai alcoolique a toute la valeur d'un diabète expérimental. Il est ici la conséquence d'une stéatose ou d'une hépatite alcooliques avortées, retardées, enrayées ou limitées dans leur évolution (précirrhose, cirrhose parcellaire, etc.)

De ce que les signes objectifs d'une altération du foie ne sont pas constants dans le diabète alcoolique, ou n'est pas plus en droit de conclure à l'intégrité du foie, qu'on ne le fait, en pareil cas, dans les autres manifestations morbides, non glycosuriques, que peut provoquer l'alcoolisme.

Mais certaines des altérations du foie constatées dans le diabète alcoolique se retrouvent aussi avec des caractères identiquement les mêmes dans le diabète vierge de tout éthyliisme. N'est-on pas en droit d'en inférer que d'autres causes diabétogènes pourraient peut-être, tout aussi bien que l'éthyliisme, n'engendrer le diabète que par l'intermédiaire de lésions du foie, analogues à celles que détermine l'alcool ?

Sans discuter en aucune façon la légitimité d'interprétations pathogéniques du diabète basées sur l'expérimentation, M. F. Glénard croit pouvoir écrire :

La clinique affirme, en dépit de la médecine expérimentale ou de l'anatomie pathologique, le rôle important joué par le foie dans le diabète. La clinique affirme l'existence d'un diabète vrai

produit uniquement par une affection du foie, d'origine exclusivement alcoolique.—*Paris médical.*

**Pleurésie du stade roséolique de la syphilis.**—MM. CHANTENESSE et WIDAL appellent l'attention sur un fait non étudié jusqu'à ce jour, c'est le développement de poussées inflammatoires du côté des séreuses articulaires au début de la période secondaire de la syphilis, et également du côté de la plèvre. Ils relatent deux faits dans lesquels il ont constaté la présence d'un épanchement pleurétique.

M. DUPONCHEL, du Val-de-Grâce, à l'appui de cette opinion, dit qu'il a constaté à Bordeaux un certain nombre de péricardites et d'endocardites au cours de la première et de la deuxième période de la syphilis.—*Paris médical.*

—Évitez de mettre en vue, dans votre cabinet, des portraits ou des emblèmes qui indiquent vos préférences politiques ou religieuses ; le médecin est un homme public, son bureau est à l'usage de tout le monde ; or parmi ses clients, il y en aura qui, ne partageant pas les mêmes opinions, seront fâchés de voir le médecin manifester aussi ouvertement les siennes.—*Dr. Cathill.*

Il est tout naturel que les <sup>\*\*\*</sup>jeunes gens des écoles n'aient pas grand plaisir à séjourner dans leurs petites chambres, si froides et si modestes.—Je conçois qu'il soit agréable pour eux, après avoir buché énormément tout le long du jour, à l'école pratique ou dans les hôpitaux, de retrouver à la brasserie leurs camarades et de causer de tout ce qui n'est pas la politique. Ces lieux de réunions, où on peut pourtant être libre comme dans la solitude, évitent l'horreur d'être seul. Mais il est permis de se demander si le jeu en vaut la chandelle, ou pour parler plus exactement, les aveuglants bees de gaz?—Pour le plaisir d'échanger des vocables, de faire flamber la pyrotechnie des mots et des phrases, il faut subir les criminelles absinthes, les tragiques vermouths, les bitters dénaturés, la bière obnubilante et autres mixtures perfides : c'est chèrement payé !

Les bibliothèques et les cabinets de lecture de la Montagne-Sainte-Geneviève excitent à lire comme les cabarets, artistiques ou non, provoquent à boire, seulement leur breuvage est plus sain. En effet, les bons livres endorment les angoisses de l'esprit et sont excellents pour la santé morale.

—Malheureusement, beaucoup de futurs médecins et de futurs magistrats délaissent la Sorbonne pour les cours du soir de la maison Bullier et leurs journées sont consacrées à prendre des ré pétitions dans les brasseries à femmes ; ils trouvent plus de saveur au jus du houblon qu'au jus romanum.—*DR. GRELLETY.*

## CHIRURGIE.

**Diagnostic et traitement des tumeurs de la vessie.** Clinique du professeur GUYON, à l'hôpital Necker.—Messieurs, il y a longtemps déjà que j'ai appelé votre attention sur le diagnostic des néoplasmes de la vessie ; parmi tous les symptômes par lesquels ils se manifestent, vous vous rappelez qu'il en est un d'une importance capital : c'est l'hématurie. Si vous observez avec soin son mode d'apparition, ses retours, son abondance, vous pouvez d'emblée éliminer toutes les autres affections des voies urinaires qui se traduisent par des pissements de sang.

En effet, le caractère dominant les hématuries des néoplasmes vésicaux est leur spontanéité. Tout à coup, sans aucun signe prémonitoire, un malade rend des urines rouges, également teintées pendant toute la durée du jet ; ordinairement, ce phénomène se reproduit pendant plusieurs mictions successives, puis, l'hématurie cesse brusquement, comme elle était apparue. Un temps plus ou moins long s'écoule avant qu'une deuxième crise hématurique reparaisse ; cet intervalle est ordinairement de plusieurs semaines ou de plusieurs mois, parfois de quelques années. Tôt ou tard, une seconde hémorrhagie se reproduit, toujours brusque, spontanée, ne s'accompagnant d'aucune douleur ; puis, après un nouvel intervalle, ordinairement plus court, les crises se rapprochent et l'abondance des hématuries augmente ; dans un assez grand nombre de cas une cystite vient interrompre cette marche régulière.

Si telle est, très rapidement présentée, l'évolution ordinaire de ce symptôme, il existe des exceptions et des variantes, dont je me propose de vous entretenir aujourd'hui. Les exceptions sont rares ; vous en avez cependant vu un exemple récemment dans nos salles et j'ai opéré devant vous un malade qui n'avait jamais uriné de sang ; à ce fait, je ne puis, sur le très grand nombre de néoplasmes que j'ai eu sous les yeux, en joindre que deux autres.

Ces trois faits exceptionnels ne méritent pas moins d'être retenus, sans qu'on doive y attacher une très grande importance ni détourner son attention des symptômes rencontrés dans l'immense majorité des cas. C'est alors l'endoscope auquel vous aurez recours ; nous aurons à revenir sur ce procédé d'exploration.

L'hématurie apparaît toujours spontanément ; mais ici de grandes différences existent ; tantôt elle s'installe d'emblée définitivement et le sang va continuer à couler sans interruption pendant

des semaines et des mois, et dans quelques cas, jusqu'à la mort du malade, épuisé par ces pertes incessantes. A cette catégorie, appartient un malade que vous avez vu dans nos salles et chez lequel l'hématurie avait duré trois mois ; bien que ma conviction soit faite depuis longtemps sur la valeur des divers hémostatiques en présence d'un néoplasme, on avait cependant essayé diverses injections vésicales, entre autres des solutions de tannin dont le titre avait été porté jusqu'à 3 0/0, sans qu'on ait obtenu d'autre résultat qu'une irritation de la vessie.

J'opposerai à ce fait l'observation d'un autre malade et chez lequel la première hématurie remontait à plus de quatre ans ; la seconde n'avait eu lieu que deux ans après et enfin, de temps en temps apparaissaient des saignements peu abondants. Il a eu quinze jours seulement une hémorrhagie abondante.

En envisageant ces deux faits, il semble que dans le premier cas, dans celui où on a eu affaire à une hémorrhagie si rebelle, que la vessie ait été le siège d'un néoplasme étendu, volumineux, ulcéré ; que dans l'autre, au contraire, la tumeur soit restée petite et peu développée. Il n'en est rien, ainsi que vous pouvez le constater sur les pièces que je vous présente. L'autopsie du premier malade a montré qu'il s'agissait d'une toute petite production, d'une sorte de verrue pédiculée, de la grosseur d'une lentille ; l'autre malade, au contraire, a été opéré et j'ai enlevé une tumeur du poids de 60 grammes. Dans ces cas, en effet, ainsi que j'ai déjà montré, la vessie toute entière participe au saignement, tant est grande la congestion développée autour de ces petits néoplasmes ; quant aux grosses tumeurs, elles ne s'ulcèrent pas.

Chez un autre malade, qui m'était adressé de Russie, la première hématurie remontait à sept ans, puis, de temps en temps survenaient de petites hémorrhagies qui se montraient surtout à la fin de la miction. Ce n'est pas ainsi que les choses se passent ordinairement, et cette anomalie m'a été expliquée par les lésions trouvées au cours de l'opération ; une tumeur volumineuse siégeait sur le côté gauche de la vessie, mais, en plus, de petites tumeurs polypiformes occupaient la région cervicale ; irritées par les contractions vésicales de la fin de la miction, elles étaient vraisemblablement la source du sang mélangé aux dernières gouttes d'urine.

De telles hématuries sont caractéristiques et conduisent au diagnostic. La recherche des signes physiques, vient cependant apporter une confirmation importante. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'examen de la vessie avec une sonde métallique reste stérile le plus souvent ; elle donne des renseignements assez vagues, lorsqu'il s'agit d'une grosse tumeur ; elle ne révèle absolument rien, si la tumeur est petite, pédiculée. Il n'en est pas de même de l'exploration de la vessie, à l'aide d'une sonde



molle, de caoutchouc rouge, dont la flaccidité rend le contact avec les parois vésicales tout à fait inoffensif. Après avoir lavé la vessie doucement et sans violence, on laisse la sonde en place un temps assez prolongé et on observe; les dernières gouttes du liquide ressortent d'abord limpides; puis au bout d'un certain temps, on voit des gouttes de plus en plus rouges sortir de la sonde, puis enfin du sang presque pur. Un tel phénomène, bien observé, est pathognomonique et ne peut révéler que la présence d'un néoplasme vésical. Je vous ai dit déjà combien ce signe était précieux pour établir le diagnostic différentiel entre les tumeurs du rein et celles de la vessie.

A ce dernier point de vue, l'examen endoscopique constitue une précieuse ressource. Des appareils très perfectionnés donnent aujourd'hui un bon éclairage et permettent d'explorer les diverses régions de la vessie; dans beaucoup de circonstances on précise ainsi un diagnostic et on acquiert des notions exactes sur le siège, le volume, la forme, le mode d'implantation du néoplasme. Chez certains malades où il est difficile de décider si le sang provient du rein ou de la vessie, l'endoscope est utile; il l'est plus encore dans les cas exceptionnels où la présence du néoplasme ne s'accompagne pas d'hématurie. On ne doit cependant pas exagérer l'importance de ses services; s'il s'agit d'une tumeur d'un certain volume, il ne sert, ainsi que je l'ai montré, qu'à préciser le diagnostic; si la production est petite, elle peut échapper à l'examen: or, en face d'une hémorrhagie caractéristique, je n'hésiterai pas à diagnostiquer un néoplasme vésical, même si l'examen endoscopique reste négatif. L'erreur s'explique facilement par la petitesse même de la tumeur et dernièrement encore, après avoir ouvert la vessie par la taille hypogastrique et ayant toute sa surface interne sous les yeux, j'éprouvai quelque difficulté à trouver la toute petite production qui avait causé des hématuries graves, et je me demandai un instant si le néoplasme siégeait bien dans la vessie.

C'est donc encore et toujours l'hématurie que vous observerez avec la plus grande attention. Vous en surveillerez également l'abondance, la répétition ou la continuité. Sachez bien qu'il ne faut pas attendre trop longtemps avant de prendre une décision opératoire; lorsque les hémorrhagies se prolongent ou se répètent, les malades s'anéantissent rapidement et l'opération devient dangereuse par elle-même. J'ai présents à l'esprit quatre ou cinq malades que j'ai opérés, après des pertes de sang considérables, et qui ont succombé, soit pendant l'opération, soit quelques heures après. Dès que votre diagnostic sera posé avec certitude et que les symptômes vous paraîtront commander une intervention, proposez l'opération au malade et pratiquez-la sans laisser passer le moment opportun.

Je ne vous dirai aujourd'hui que quelques mots d'anatomie pa-

thologique ; les pièces que je fais passer sous vos yeux sont des exemples de tumeurs nettement pédiculées, et ayant acquis un certain développement. D'autres pièces que vous voyez également ici représentent de petites tumeurs, grosses comme un pois ou une lentille et supportées par un pédicule très grêle. Cette disposition est fréquente, mais il n'en est pas toujours ainsi et nous aurons à parler bientôt des productions sessiles, s'étalant sur la muqueuse vésicale. La consistance de ces tumeurs est molle ; elles sont friables et s'écrasent facilement entre les doigts ou les mors d'une pince.

Quant à leur structure histologique, j'ai établi depuis longtemps qu'il s'agissait d'épithélioma dans la plupart des cas. Les travaux de mes élèves sont venus confirmer cette manière de voir. Dans un relevé fait il y a plusieurs années, j'ai trouvé 19 épithéliomas sur 22 tumeurs opérées par moi. Depuis lors, cette proportion ne s'est guère modifiée. On a dit ailleurs, en se basant sur des travaux d'une haute valeur, que le plus grand nombre de ces productions vésicales étaient des papillomes : après un examen superficiel, on pourrait se ranger à cette conclusion ; mais si vous jetez un coup d'œil sur ces deux planches, vous vous rendrez compte de la cause de l'erreur. Ces deux figures représentent, vues à un fort grossissement, deux parties de la même tumeur vésicale ; la première est une coupe pratiquée vers la partie terminale de la saillie, la seconde, une section près de la base. Or, vous reconnaissez dans l'une la structure d'un papillome, dans l'autre celle d'un épithélioma. Ce fait n'est pas exceptionnel et beaucoup de ces tumeurs sont mixtes ; elles obéissent toutes à une règle générale, c'est toujours à la base qu'on rencontre la structure épithéliomatense. Même dans les petites tumeurs, on aperçoit au centre du mince pédicule qui les relie à la vessie, une traînée de ce tissu qui se prolonge jusqu'à dans la muqueuse. Ce serait donc faire une besogne incomplète que de se borner à extirper la partie supérieure et flottante de ces productions verruqueuses.

La clinique vient d'ailleurs confirmer les résultats donnés par le microscope ; après l'ablation de ces tumeurs, si petites qu'elles soient, la récurrence est la règle. Mais cette récurrence est plus ou moins retardée et peut l'être indéfiniment ; des cas existent où après plusieurs années il n'y a pas trace de repullulation. Quoique rares, ces succès thérapeutiques sont encourageants ; ils ont été obtenus grâce à un diagnostic précoce qui permet une opération hâtive. Je me hâte de déclarer ici qu'un tel diagnostic précoce trouve une utile confirmation dans l'emploi de l'endoscope.

Une opération est donc efficace, soit que vous vouliez tenter une cure radicale, soit que vous ne la considériez que comme un palliatif qui assure une survie plus ou moins longue au malade et qui surtout diminue ses souffrances. Aujourd'hui, je me bornerai

seulement en terminant à retracer quelques détails de la technique opératoire.

La voie hypogastrique ayant été choisie et les premières incisions pratiquées, on arrive sur la vessie dont le globe fait saillie entre les lèvres de la plaie. Un des points les plus importants pour les manœuvres ultérieures, est d'avoir un champ bien découvert et il faut s'y préparer d'avance ; j'ai proposé pour cela de traverser chacune des lèvres de la plaie avec un fil de soie qui permet de les attirer en haut et en dehors, de les rendre béantes et de permettre des manœuvres étendues. Mais cette transfixion est quelquefois difficile, les parois vésicales ayant une tendance à se rétracter, après l'incision. Or, dans les cas de tumeurs vésicales, il est nécessaire d'être rapidement maître de la vessie, car les parois sont très vasculaires et souvent des artères d'un calibre notable fournissent abondamment. On a conseillé de faire passer les fils au travers du globe vésical, au moyen d'une aiguille très courbe, avant de pratiquer l'incision ; ce procédé m'a donné de mauvais résultats. J'arrive à agir rapidement et sûrement de la façon suivante : je pratique à la partie supérieure de la vessie une ponction avec le bistouri, dans une étendue à peine suffisante pour laisser passer l'index ; je suis ainsi certain de soulever la vessie et en l'attirant en haut je passe un fil de soie dans l'une et l'autre lèvre de la plaie vésicale ; la vessie ne risquant plus d'échapper, je continue l'incision et un peu plus bas je passe deux autres fils de la même manière, je suis donc bien ainsi maître du champ opératoire, et à l'aide de ces fils, modérément tendus d'une part, de l'autre avec une large valve placée dans l'angle supérieur de la plaie, on découvre toute la cavité vésicale.

Il s'agit maintenant d'attaquer la tumeur ; celle-ci, vous le savez, peut être pédiculée ou sessile ; les manœuvres différeront dans l'un et l'autre cas. J'envisagerai d'abord le cas d'une tumeur d'un volume important, pédiculée. Dans ce cas, devrez-vous chercher à faire une extirpation complète et tenter tout d'abord de disséquer la base d'implantation de la tumeur, d'enlever en un mot la partie attenante de la vessie ? C'est ce qu'il semble rationnel de faire, mais vous allez vous heurter à des difficultés énormes. Dans la plupart des cas, la tumeur est implantée sur le segment inférieur de la vessie, dans la région sous-pubienne de cet organe ; de plus, elle est surmontée d'une partie étalée, d'une sorte de champignon qui recouvre le pédicule et en masque l'implantation. Si vous voulez le récliner avec une pince, les mors de celle-ci vont pénétrer dans le tissu, le déchirer et produire un saignement inquiétant ou gênant. Il vaut donc mieux agir en deux temps, extirper la partie exubérante, puis s'occuper de la base d'implantation.

Les doigts étant introduits dans la cavité vésicale saisissent la tumeur et la soulèvent légèrement, puis une anse galvanique est

placée à la base, mais on prendra la précaution de ne pas passer le fil au ras de la muqueuse et de laisser saillante une certaine partie de la tumeur. On s'assure de nouveau avec les doigts de la position du fil, puis avant de faire passer le courant, on exerce à l'aide du tourniquet, une constriction aussi énergique que possible sur le point enserré. Cette précaution est des plus importantes à observer, elle permet d'éviter de redoutables hémorrhagies; comprimées par le fil, les artères s'applatissent et se vident, l'accrolement de leurs parois se fera facilement au moment de la cautérisation ignée, tandis que gorgées de sang, elles resteraient béantes; or, les artères du pédicule sont quelquefois importantes; je les ai souvent senties battre sous mon doigt. On fait passer le courant galvanique; on maintiendra la température au rouge sombre et la tumeur tombera sans hémorrhagie.

Le moignon apparaît alors au fond de la vessie et il faut s'en occuper. À l'aide de pinces à mors longs et courbes, à angle presque droit, rappelant les mors d'un lithotriteur, on saisit la partie supérieure du moignon sur lequel on pratique une torsion; pendant qu'on le soulève ainsi, on en circonscrit la base et l'ablation se fait avec le couteau condensé du galvano-cautère. L'opération s'exécute ainsi avec la plus grande sécurité, on en surveille tous les temps et on suit les progrès de la section; tous les accidents peuvent ainsi être conjurés. Tout dernièrement j'opérais de la sorte une tumeur volumineuse; pendant que je disséquais le pédicule, un jet de sang volumineux fut projeté entre les lèvres de la plaie vésicale, aussi volumineux que s'il avait été fourni par une radiale. Le vaisseau fut saisi facilement à l'aide d'une pince, et lié au catgut. Dans ces cas de tumeurs pédiculées, je conseille donc de faire l'opération en deux temps, en abrasant consécutivement toute la région du pédicule sans faire, à proprement parler, de résection de la vessie.

Au contraire, si la tumeur est sessile, elle est attaquable par toute sa périphérie et l'hémorrhagie est moins à craindre; en tout cas, vous pouvez vous en rendre maître plus facilement. Il y a d'ailleurs une distinction à établir suivant la région de la vessie qu'elle occupe; si elle est accessible, si elle occupe par exemple les parties latérales ou postérieures, ce qui est malheureusement rare, pratiquez la dissection de dedans en dehors en tâchant de dépasser les limites de la production néoplasique. Je dois d'ailleurs vous rappeler que vous y réussirez difficilement, car vous savez qu'en dehors de l'infiltration sensible, accessible à la vue et au toucher, il y a une infiltration larvée, à peine reconnaissable au microscope et dont les limites sont encore inaccessibles aux moyens chirurgicaux. J'ai opéré, il y plusieurs années déjà, un malade à qui j'ai réséqué une partie de la vessie, en comprenant toutes ses tuniques et en intéressant même la graisse périvésicale; malgré cela, le malade revenait deux ans après dans mon

service avec une récidive à laquelle il succomba quelque temps après. Quoi qu'il en soit, il faut tâcher d'aller aussi loin que possible ; les récidives n'en seront que plus sûrement retardées.

Lorsque la tumeur est sous-pubienne, c'est-à-dire lorsqu'elle occupe le bas-fond et la région cervicale, on ne pourrait agir de même qu'en pratiquant une résection du pubis ; une semblable complication opératoire ne trouve pas sa justification dans l'importance du résultat à obtenir ; il faut alors chercher à agir comme avec une tumeur pédiculée, en circonscrire la plus grande partie avec l'anse galvanique, puis, dans un second temps, abaisser la base avec le couteau galvanique de préférence au thermocautère.—*Gazette médicale de Paris.*

**Accidents des injections d'éther iodoformé dans les abcès froids.**—Le professeur VERNEUIL est grand partisan du traitement des abcès froids par l'éther iodoformé, mais ce dernier employé en injections a occasionné quelques accidents contre lesquels il est bon de se mettre en garde.

Bœckel a cité un fait d'injection éthérée dans un abcès du cou ayant déjà presque ulcéré la paroi d'une grosse veine. Sous l'influence de la dilatation produite par l'éther, la veine se rompit, la vapeur éthérée pénétra brusquement dans le torrent circulatoire, et la mort survint par embolie gazeuse.

D'autres fois, l'absorption de l'éther donne lieu à une variété d'anesthésie, peu dangereuse d'habitude, mais pouvant néanmoins occasionner un collapsus inquiétant.

Si l'abcès est sur le point de perforer la peau, il peut se produire, à l'endroit où elle est amincie, une plaque de gangrène ; il arrive même parfois qu'il y a élimination de la membrane pyogénique comme si c'était une enveloppe kystique, mais cela n'a aucune gravité.

Si l'abcès par congestion a fusé le long d'une branche nerveuse importante, l'éther agit énergiquement sur ce nerf et peut produire des troubles circulatoires, une sorte d'asphyxie locale, et des douleurs plus ou moins vives. Ces phénomènes sont en général de peu de durée.

Au voisinage du péritoine, l'éther peut fuser dans la séreuse et provoquer des symptômes graves, heureusement passagers. Il faut prendre des dispositions pour éviter le péritoine, ou injecter, à la place d'éther, de la glycérine iodoformée à la dose de 1 gramme pour 30.—*Praticien.*

**Traitement des perforations traumatiques de l'intestin,** par M. RECLUS.—Les succès remarquables de suture intestinale et de laparotomie apportés récemment à la Société de chirurgie par MM. Jalaguier et Moty, et, d'autre part, les résultats également remarquables fournis par l'abstention à M. Lagrange (de Bordeaux) et à

M. Kapetanakis, m'ont paru mériter d'être commentés à cette tribune. J'y ajouterai une observation de la clientèle de M. Léon Labbé et une observation personnelle. Enfin, je désire emprunter des renseignements nombreux aux tableaux très remarquables publiés par Stimons (des États-Unis).

J'étudierai brièvement ces quelques faits d'abstention : Dans les cas de M. Lagrange, un collégien de dix-sept ans se tire deux coups de revolver du calibre de 7 millimètres ; l'un de ces coups pénètre manifestement dans la cavité abdominale. M. Lagrange, appelé immédiatement, prescrit la glace, l'opium et la morphine. La nuit est très agitée ; le météorisme est considérable le lendemain, la température est à 39°. M. Lagrange incline vers la laparotomie, MM. Boursier et Monod, appelés en consultation, défendent l'abstention, qui est adoptée. Le lendemain, les accidents sont encore très grands et menaçants, mais au bout de deux jours, tout rentre dans l'ordre, le malade guérit.

Le premier fait de M. Kapetanakis a trait à un coup de revolver reçu dans une rixe, un peu au-dessous et à gauche de l'ombilic. Le lendemain, accidents graves ; la laparotomie n'étant pas matériellement possible, l'abdomen est recouvert d'une couche d'onguent mercurel ; on administre 15 centigrammes d'opium. Les accidents continuent encore pendant cinq jours ; la mort semble imminente ; malgré cela le malade guérit.

Dans la seconde observation du même auteur, un homme de trente ans reçoit un coup de revolver au-dessus de l'ombilic. La plaie est manifestement pénétrante. Traitement médical, abstention. Il n'y eut pas d'accidents, seulement quelques douleurs ; au bout de quinze jours, le malade était guéri.

J'ajoute que tous ces malades étaient à jeun au moment de la blessure.

Il en était de même dans l'observation de M. Léon Labbé. Un homme de vingt-quatre ans reçoit un coup de revolver à gauche et un peu au-dessous de l'ombilic. L'état général étant assez satisfaisant, M. Labbé prescrit la glace sur le ventre, 15 centigrammes d'opium et se dispose à l'opération.

Cinq heures après, au moment où il revient, la situation est des plus graves ; il est survenu du frisson, des vomissements ; la température est à 40°, le ventre est ballonné ; M. Labbé renonce à opérer dans ces conditions. Mais le lendemain la situation est un peu meilleure. Le malade est guéri depuis peu de temps.

Dans la cinquième observation, il s'agit d'un coup de couteau sur la ligne de la gastrotomie. Il n'y a pas de vomissements, glace intus et extra. Le malade sort au bout de quinze jours. Mais je l'ai revu ce matin ; il a un facies terreux qui m'a fait songer qu'il pourrait bien avoir un abcès cloisonné.

Je défends donc encore l'abstention systématique dans la plupart des cas ; la mortalité de 91 cas, relevés dans les quinze der-

nières années, ne dépasse pas 25 p. 100 ; par contre, les statistiques les plus expurgées de laparotomie comportent encore une mortalité de 78 p. 100 ; dans nos statistiques françaises, la mortalité est plus considérable. Stimson a publié des tableaux qui sont extrêmement instructifs.

De 1875 à 1885, il a relevé dans les statistiques des divers hôpitaux de New York, 37 plaies pénétrantes de l'abdomen traitées par l'abstention ; il y a eu 20 guérisons et 17 morts. De 1885 à 1889, les mêmes hôpitaux ont reçu des cas analogues qui ont été laparotomisés ; il y a eu 25 morts et 4 guérisons.

La statistique de deux hôpitaux choisis donne des résultats un peu différents. Nous y voyons 13 laparotomies avec 10 morts et 3 guérisons, soit un peu plus de 76 p. 100, 17 abstentions avec 13 morts et 4 guérisons, soit 76 p. 100.

Les résultats sont donc presque égaux ; la différence est même légèrement en faveur de l'abstention.

Sans abandonner la laparotomie, les américains ne sont plus aussi éloignés de l'abstention ; ce revirement m'a paru digne d'être relevé.

Il est incontestable que la laparotomie a des indications, et il me semble déjà possible d'en établir quelques-unes :

1o La première de ces indications est réalisée par l'issue de l'intestin hors la cavité abdominale. C'est ainsi que j'ai observé à la suite d'un coup de couteau une hernie de 80 centimètres d'intestin grêle. L'accident remontait à onze heures auparavant ; la péritonite de l'anse herniée était considérable, l'orifice de pénétration presque impossible à percevoir. Un courant d'eau à 55° a néanmoins décongestionné très rapidement cet intestin ; j'ai pu faire la suture et réduire. Après deux ou trois jours d'accidents, le malade a guéri ;

2o Quand un gros vaisseau est ouvert et que les signes de l'épanchement sanguin sont incontestables, il est évident que la laparotomie est indiquée.

L'observation de M. Jalaguier prouve qu'elle peut donner, en pareil cas, d'excellents résultats ;

3o Lorsque la sonorité périhépatique et le tympanisme spécial dénotent l'issue abondante des gaz dans la cavité péritonéale, je crois encore que la laparotomie est indiquée ;

4o Dans les grosses contusions par coup de pied de cheval, nous savons que les déchirures qui en sont une des conséquences fréquentes sont ordinairement au-dessus des efforts de la nature. De plus, le foyer opératoire est alors généralement unique ; le déroulement de l'intestin est moins considérable. Toutes les conditions sont donc réunies pour indiquer l'intervention chirurgicale.

Les deux belles observations de MM. Bouilly et Moty, montrent que le succès peut la couronner ;

5o L'examen des faits me semble actuellement démontrer que le

début de la péritonite ne doit plus être regardé comme une indication de la laparotomie ; je crois qu'il n'y a pas de règle absolue à établir à cet égard.—*Abeille médicale.*

**La désinfection des brosses à ongles des chirurgiens.**—C'est une thèse inaugurale soutenue à Berlin en 1890 et faite sous l'inspiration de V. Bergmann.

Le meilleur moyen c'est de les faire bouillir dans l'eau ; au bout d'une minute le staphylococcus est tué, ainsi que le microbe de pus vert ; au bout de vingt minutes les spores du charbon et du bacille du foin le sont également.

Il faut un séjour de dix minutes au moins dans le sublimé à 5/1000 pour tuer le staphylococcus et vingt-quatre heures pour tuer le bacille du foin.

Une excellente habitude consiste à plonger ces brosses continuellement dans une solution de sublimé. L'examen des brosses dans ces conditions les a presque toujours montrées exemptes de germes.

Au point de vue pratique on pourra donc plonger les brosses dans l'eau bouillante, au moment de s'en servir, et les conserver dans une solution de sublimé.—*Paris médical.*

**Ponction hypogastrique de la vessie.**—M. DENEFFE pense qu'on considère à tort la ponction hypogastrique de la vessie, dans les cas de rétention, par exemple, comme une ressource extrême et dangereuse. Il communique à l'Académie de Belgique l'observation d'un malade qui, atteint d'une hypertrophie de la prostate empêchant la miction et le cathétérisme, a subi dix-sept fois cette ponction, sans aucun inconvénient. La dix-septième fois, le trocart fut laissé à demeure. Dix jours après, la miction se faisait spontanément par l'urèthre. Néanmoins la canule fut maintenue pendant vingt-neuf jours, puis retirée. La fistule se ferma en quatre jours et la guérison fut durable.

Cet auteur pense donc que la ponction hypogastrique est une opération bénigne, et cite à l'appui de son opinion une statistique de 301 cas de ponction avec 2.50 p. 100 de mort. De plus, ajoute-t-il, quand un prostatique ou un rétréci vient subitement à ne plus pouvoir uriner, c'est, la plupart du temps, qu'un spasme de la partie postérieure de l'urèthre s'est ajouté à sa première lésion. Or, on sait combien le cathétérisme est peu propre à faire cesser une contraction spasmodique ; enfin l'urèthre atteint de spasme ne peut que gagner à ne pas être mis en contact avec une urine irritante.—*Bulletin de thérapeutique.*

Un extrait de malt pour être utile doit contenir les principes amers et les constituents aromatiques du houblon tels qu'on les trouve dans la bière et la ale de bonne qualité.



## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**Conduite à tenir dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.**—Leçon de M. le professeur PINARD à la Clinique Beau-de-locque.—Dans une première leçon, nous avons étudié l'histoire des divers traitements de l'insertion vicieuse. Étudions aujourd'hui la conduite que vous devez tenir en pareil cas pendant la grossesse, pendant le travail, après l'accouchement.

A. *Grossesse.*—La première chose à faire lorsqu'on est appelé auprès d'une femme qui perd ou qui a perdu du sang, le diagnostic d'insertion vicieuse étant formellement établi, est de reconnaître la présentation. Si cette présentation est transversale, vous lui substituerez, au moyen de la version par manœuvres externes, une présentation longitudinale, qui sera fixée à l'aide d'un bandage. Cela est capital: *substituer à une présentation transversale une présentation longitudinale.* Maintenant une question secondaire se pose. Doit-on ramener en bas la tête ou le siège? La solution de cette question dépend du genre d'insertion vicieuse. Est-elle marginale? Vous ramènerez la tête. Est-elle centrale ou du moins un certain nombre de cotylédons recouvrent-ils l'orifice? Vous ramènerez le siège. Mais comment savoir si l'insertion est marginale ou centrale? Par le toucher, pratiqué de la façon suivante.

Après avoir lavé avec soin le vagin pour le débarrasser des caillots qu'il renferme, vous explorerez avec la pulpe de l'index le segment inférieur de l'utérus. Si vous lui trouvez ses qualités ordinaires de souplesse et d'amincissement au niveau des divers culs de sac, vous en concluez que le placenta est assez éloigné de l'orifice, et vous ramènerez l'extrémité céphalique en bas. Vous ferez de même si la souplesse et l'amincissement des parois ne font défaut que dans un espace assez limité. Si au contraire vous trouvez le segment inférieur dur et épais en totalité ou sur une notable étendue, c'est que le placenta est étalé sur ce segment inférieur dont il comble plus ou moins la cavité. Dans ce cas, il est préférable de ramener en bas l'extrémité pelvienne.

La transformation de la présentation transversale en présentation longitudinale et la fixation de cette dernière suffisent-elles? Oui, dans certains cas; non, dans d'autres. Si la femme a perdu peu de sang, si elle n'est pas épuisée par des hémorrhagies antérieures, si la perte actuelle est arrêtée, vos soins peuvent se borner à faire plonger le pelvis ou la tête dans l'excavation, et à une stricte vigilance; mais, si la femme est épuisée par l'hémor-

rhagie récente ou par les hémorrhagies qui ont précédé, ce que vous jugez à l'état général, faiblesse, pâleur, rapidité du pouls, tendance à la syncope, votre intervention ne doit pas se borner à la version par manœuvres externes. A ce propos, rappelez vous que vous devez en pareil cas craindre les attermoïements. Ne remettez l'intervention radicale dont je vais vous entretenir que dans les cas où l'état général ne laisse rien à désirer. Remettre cette intervention quand l'état général est douteux sans être encore mauvais, c'est exposer deux vies.

Supposons donc que vous êtes en présence d'une femme qui ne peut supporter sans péril une nouvelle hémorrhagie, qu'allez vous faire ?

Autrefois on tamponnait, et c'est encore le moyen que préconisent nombre d'accoucheurs. Je ne puis partager et ne partage nullement cette manière de voir. Le tampon a de gros inconvénients. Sans doute on peut, à la rigueur, rendre aseptique des boulettes d'ouate, de charpie ou de gaz, mais un tamponnement, même fait selon toutes les règles de l'art, a, je le répète, de gros inconvénients : 1o C'est une barrière illusoire. Il est vrai que le sang ne filtrera pas au dehors ; mais il s'épanchera et s'accumulera au-dessus du tampon. En effet, quand on le retire, de gros caillots s'échappent après lui, ce qui prouve que son efficacité n'est pas absolue ;—2o la mise en place du tampon est très douloureuse ;—3o il desquame le vagin, il le transforme en une véritable bouche absorbante par la quantité de fissures et d'excoriations que détermine le frottement des boulettes. Donc il favorise la septicémie.

Que faire alors ? Il faut rompre les membranes. Ce sont elles qui, en tirillant le placenta, le décollent et causent l'hémorrhagie ; mais il ne suffit pas de rompre les membranes, *il faut les rompre largement*. On a cité, pour faire objection à la rupture des membranes, des cas où l'hémorrhagie continua malgré la perforation du chorion et de l'amnios ; mais une perforation n'est qu'un trou circulaire, et, dans les cas cités, le diamètre de ce trou était petit. *Il faut l'éclatement, la rupture sur une large étendue*. Il ne suffit pas que la pression à l'intérieur de l'œuf disparaisse par écoulement de liquide ; il faut que la région fœtale qui s'engage n'entraîne pas par frottement les membranes ou le placenta, car, dans ces cas, le tiraillement des cotylédons, et, partant, l'hémorrhagie, continuent. *Donc, rompez sur une large étendue, déchirez, faites éclater l'œuf*. Comment pratiquer cette rupture ? Avec le doigt ; au besoin avec un instrument. Voici comment vous devez vous conduire :

Introduisez le doigt dans la cavité cervicale, poussez-le jusqu'à la rencontre du chorion ; dilacérez-le. Cela n'est pas toujours facile. Il peut arriver que l'on rencontre non pas les membranes, mais le placenta. Il peut même arriver, *dit-on*, que l'insertion

soit centrale, ce dont il est permis de douter, car comment des cotylédons se développeraient-ils au niveau même de l'orifice, dans un vide pour ainsi dire; mais il est possible que, dans certains cas, deux masses placentaires existent, unies par un pont membraneux ou un placenta zonaire ayant à son centre une sorte d'ombilic membraneux. Quoi qu'il en soit, puisque par l'exploration du segment inférieur faite par la pulpe de l'index promené dans les culs-de-sac du vagin, vous savez de quel côté s'étale la masse placentaire, faites pénétrer votre doigt dans la direction opposée. C'est là que vous trouverez les membranes.

Les avantages que vous retirerez de cette opération sont nombreux. Sa supériorité sur le tampon est incontestable. D'abord les dangers de septicémie, d'infection par les fissures de la muqueuse excoriée de toutes parts n'existent pas. Ensuite vous portez avec vous, sur vous, en tous lieux, ce qui est nécessaire pour pratiquer l'opération. Nous pouvons, à la rigueur, avoir dans nos hôpitaux, bien installés, de grands bocaux remplis de boulettes aseptiques qui attendent le jour et l'heure où elles seront utilisées; mais comment le médecin de campagne peut-il transporter avec lui un semblable appareil, pour les cas bien rares, bien éventuels, où il aurait à soigner une femme qu'une insertion vicieuse mettrait en péril.

On a dit qu'en rompant les membranes on provoquait sûrement l'accouchement et quelquefois à une période où le fœtus n'a pas toutes les chances de vie qu'il aurait plus tard; mais, dans un accident aussi grave, ne doit-on pas penser aux jours de la mère avant de songer à ceux de l'enfant? De plus, le tampon, qui provoque assez souvent le travail, tue l'enfant à coup sûr lorsqu'on ne le retire pas avant l'expulsion, et le tue fréquemment quand on le retire. Cette objection tirée de la provocation de l'accouchement à une époque prématurée fournit donc l'occasion de faire valoir encore la supériorité de la rupture des membranes sur le tamponnement.

Je puis mettre sous vos yeux une statistique assez éloquentes. Sur 66 femmes qui ont subi la petite opération de la rupture des membranes, 3 sont mortes, mais elles sont mortes de septicémie causée par un tampon qui avait été appliqué en ville. Je puis ajouter à cette statistique un autre cas également suivi de mort causée, cette fois, par l'hémorrhagie. Or, là, la femme avait été tamponnée, et bien tamponnée. On n'avait jamais vu encore, dans mon service, un tampon placé en ville avec autant de savoir-faire. C'était une véritable barrière infranchissable. Les boulettes d'ouate ou de charpie n'avaient rien laissé transsuder; mais le sang s'était accumulé au-dessus du tampon et cette hémorrhagie interne avait tué la femme. Vous voyez combien cet exemple est instructif et confirme ce que je vous disais.

*B. Travail.*—La conduite que l'on doit tenir pendant le travail,

dans les cas d'insertion vicieuse, ressemble beaucoup à celle que j'ai indiquée pour la grossesse. Vous assurerez d'abord le diagnostic de la présentation et, si elle est transversale, vous la rendrez longitudinale. Si l'hémorrhagie persiste, vous romprez les membranes avec les précautions que j'ai tout à l'heure énumérées. Je rappelle à ce propos que la rupture peut présenter quelques difficultés, surtout lorsque les cotylédons placentaires recouvrent l'orifice. Dans ce cas, vous devez rechercher, et j'ai insisté longuement sur cette recherche, le bord du placenta au point le plus voisin des bords de l'orifice; c'est là qu'il faut déchirer largement le chorion. Mais, direz-vous, si le placenta est inséré contre pour centre, que doit-on faire? Faut-il chercher son bord, nécessairement assez éloigné? Faut-il passer au centre du disque?

Je ne vous conseille pas de passer au centre du disque; je vous conseille d'aller à la recherche du bord et de rompre en ce point les membranes. Il est préférable que le placenta soit refoulé à droite ou à gauche de la région fœtale. En effet, le décollement cotylédonaire qui produit l'hémorrhagie a trois causes: 1<sup>o</sup> le tiraillement exercé par les membranes distendues; 2<sup>o</sup> le tiraillement exercé par les membranes perforées, mais non largement rompues, et qui entraînent par frottement la région fœtale; 3<sup>o</sup> le frottement direct, sur le placenta, de la région fœtale, qui le pousse au dehors, ou l'expansion du segment inférieur, qui se retire laissant à nu une quantité plus ou moins grande de cotylédons, au fur et à mesure que l'orifice s'agrandit. Vous comprenez maintenant pourquoi il est préférable de frayer le passage au fœtus à droite ou à gauche du placenta, de refouler celui-ci d'un côté ou de l'autre, que de faire passer le fœtus précisément au centre de la masse. Le premier procédé vous donne toutes chances de limiter l'étendue du décollement. Je vais d'ailleurs, par un exemple clinique, vous faire comprendre mieux encore ce que je veux dire.

Voici un placenta qui était vicieusement inséré. C'est moi qui suis intervenu pendant toute la durée du travail; j'ai donc pu juger les choses par moi-même, et voici ce que j'ai constaté d'intéressant. A mon premier examen, je n'ai trouvé par le toucher que des membranes lisses et tendues. Je les ai rompues. A un second examen pratiqué plus tard, à un moment où la dilatation était complète ou presque complète, j'ai trouvé une masse cotylédonaire considérable qui pendait dans le vagin. Que s'était-il passé? De deux choses l'une: ou le placenta, entraîné par la région fœtale, avait glissé en se décollant, ou le segment inférieur, à mesure que l'orifice s'entr'ouvrait, s'était retiré laissant à nu plusieurs cotylédons. Peu importe le mécanisme, je constate le fait simplement. Eh bien, si je n'avais pratiqué que le second toucher, je me serais dit: l'insertion était centrale ou presque

centrale. Elle ne l'était pas cependant, puisque, par le premier examen, j'avais constaté au niveau de l'orifice les membranes seules. Je répète que je ne crois pas beaucoup à l'insertion centre pour centre. Je ne la nie pas ; mais je ne l'ai pas rencontrée, et je crois que bien des faits semblables à celui que je viens de citer ont été, par erreur d'interprétation, rapportés à l'insertion centre pour centre.

Donc, vous rompez les membranes sur l'un des bords du placenta, vous les rompez largement.

Et si cette rupture ne suffit pas pour arrêter l'hémorrhagie, que ferez-vous ? C'est dans ces cas que la version pelvienne est préférable à la version céphalique. On les observe surtout lorsque le placenta, obstruant une notable partie du segment inférieur, fait obstacle à la descente de la région fœtale. Vous irez à la recherche d'un ou des deux pieds, que vous abaisserez dans le vagin. Cette opération peut se faire alors que l'orifice est relativement peu dilaté. Imaginée par Braxton Hicks, elle est aujourd'hui répandue en Allemagne. Elle y est considérée comme le meilleur traitement de l'hémorrhagie par insertion vicieuse. Pour ma part, je ne la considère comme nécessaire que dans les cas dont je viens de parler. Le plus souvent, la rupture large des membranes suffit ; et rappelez-vous, lorsque vous exécuterez la manœuvre de l'abaissement du pied, que vous ne devez faire l'extraction du fœtus que si la dilatation est complète. Si elle n'est pas complète, laissez-lui le temps de s'achever.

*C. Après l'accouchement.*—Il ne faut pas croire que l'expulsion du fœtus et même celle du placenta mette la femme à l'abri des hémorrhagies. Elles sont, au contraire, assez communes dans les cas d'insertion vicieuse, parce que les conditions de rétractilité et de contractilité du segment inférieur ne ressemblent pas à celles du segment moyen ou supérieur. Je n'ai pas besoin de vous dire que le seigle ergoté doit être banni du traitement que vous pourrez opposer à ces hémorrhagies. Donnez la préférence aux injections d'eau chaude à 48° centigrades, injections intra-utérines ; et je vous recommande de les employer, dans tous les cas, avant même l'expulsion du délivre, qu'elles faciliteront, en excitant les contractions de l'utérus.

Je n'ai pas parlé du traitement général. Je le rappelle en quelques mots. L'alcool, à haute dose et de préférence le champagne frappé, rendent les plus grands services chez les femmes débilitées par l'hémorrhagie. Les injections hypodermiques d'éther raivement celles qui sont en état syncopal. Enfin, et surtout, n'oubliez pas l'importance de la situation et de l'immobilité. Immobilité absolue. La femme ne doit ni se tourner de côté, ni s'asseoir. Décubitus horizontal, avec élévation des membres inférieurs, s'il y a lieu, et application d'ouate et de bandes roulées depuis les pieds jusqu'à la racine des cuisses.

Tel doit être le traitement adjuvant de l'hémorragie par insertion vicieuse du placenta. Je ne parle pas des méthodes plus ou moins banales, plus ou moins dangereuses à l'énumération desquelles quelques livres consacrent encore trop de pages.

J'en ai fini. J'ai voulu appeler votre attention sur ce nouveau moyen d'arrêter l'hémorragie : la rupture des membranes. Je dis nouveau, car les accoucheurs anciens ne le pratiquaient pas ; ils ont pratiqué d'abord l'accouchement forcé ; puis, à l'exemple de Pujos, l'accouchement hâtif, sans violence. Pujos, en effet, ne rompait les membranes que dans le but de précipiter le travail. Les accoucheurs contemporains ont accordé la préférence au tamponnement. Je combats ce procédé parce que je le crois meurtrier ; et je souhaite que, dans votre pratique, vous démontrerez l'efficacité de la rupture des membranes. Je ne doute pas qu'elle ait entre vos mains les succès qu'elle a entre les miennes.  
— *Union médicale.*

**De la version bi-polaire.**—Si l'idée de cette opération n'est point nouvelle, ce n'est cependant que depuis quelques années qu'elle a pris rang parmi les opérations obstétricales : notre collègue le Dr Laskine vient de contribuer à sa vulgarisation en l'étudiant au point de vue du manuel opératoire et de ses différentes indications.

On donne à cette opération différents noms : version *bipolaire* (Barnes), version combinée (Braxton Hicks) ; version par manœuvres mixtes ; elle consiste à transformer une présentation en une autre à l'aide des deux mains ; l'une, introduite dans les organes génitaux, agit directement sur le fœtus, tandis que l'autre contribue à faire évoluer le fœtus en agissant à travers la paroi abdominale par des manœuvres externes. Lorsqu'un ramène la tête au niveau du détroit supérieur, la version bi-polaire est *céphalique* ; elle est *podalique* au contraire lorsque le siège remplace la présentation primitive.

Parmi les conditions favorables à la version *céphalique*, il faut citer : 1<sup>o</sup> la présence du liquide amniotique ; 2<sup>o</sup> la proximité de la tête au centre du détroit supérieur ; 3<sup>o</sup> une dilatation du col suffisante pour laisser passer deux doigts. On peut avoir recours à cette manœuvre dans les présentations de l'épaule et dans quelques cas de présentation du siège, surtout chez les primipares, ainsi que dans les présentations de la face et dans les cas de procubitus du cordon. Le professeur Pinard la conseille dans le *placenta prævia*. Lorsque la femme est anesthésiée et placée dans la situation obstétricale, l'accoucheur fait pénétrer les doigts les uns après les autres dans le vagin, puis au niveau de l'orifice utérin : on repousse la partie fœtale qui se présente à travers les membranes ou directement en cas de rupture de la poche, pendant qu'avec l'autre main on exerce une pression sur les parties latérales de

l'utérus, de façon à faire glisser la tête de la fosse iliaque au centre du détroit supérieur : lorsque la tête est ainsi ramenée, on la maintient au moyen de la ceinture eutocique ou en rompant les membranes.

Lorsqu'on veut transformer le siège en sommet, on fait remonter avec la main la partie fœtale au-dessus du détroit supérieur dans l'intervalle des douleurs. Lorsque le siège est dégagé, un aide le repousse vers l'une des fosses iliaques suivant la variété de position, tandis que l'opérateur saisit la tête et la fait basculer de haut en bas.

La version *podalique* par manœuvres mixtes est pratiquée dans le cas de présentation de l'épaule où la tête ne peut être facilement ramenée en bas, dans certains cas de présentation de la face et de placenta prævia ou bien lorsqu'un accident grave survient au moment du travail (hémorrhagie, attaque d'éclampsie, embolie pulmonaire, etc.) Voici quel est le manuel opératoire indiqué par Braxton Hicks : la main gauche est introduite dans le vagin ; la main droite, placée sur l'abdomen vers le fond de l'utérus, presse doucement sur le siège, en le poussant du côté droit. La main suit le mouvement au fur et à mesure que le siège se déplace. La main gauche repousse en sens inverse la partie fœtale qui se présente. Lorsque le siège est abaissé, on accroche le genou ou on tâche de saisir et d'abaisser un pied. Lorsque le pied est amené au col, Braxton-Hicks conseille d'attendre et de se comporter comme si c'était une présentation naturelle du siège.

Quant à l'extraction du fœtus, les auteurs ne sont point d'accord : les uns abandonnent l'expulsion aux seules forces de la nature, les autres exercent de légères tractions ; quelques uns ne craignent pas de procéder à la délivrance immédiate, même au prix des déchirures du col, c'est là une pratique détestable.

Quoi qu'il en soit, la version bi-polaire est une opération utile, qui permet, dans les cas où la dilatation est incomplète ou insuffisante, de corriger une présentation vicieuse (épaule par exemple), et qui dans certains cas peut servir à terminer rapidement l'accouchement.—Dr. LEPAGE, in *Concours médical*.

**Traitement de la cystocèle par la cystopexie.**—M. TERRIER fait un rapport à la Société de chirurgie sur des observations adressées par MM. Demarkas, Dumoret et Tuffier sur le traitement de la cystocèle. M. Demarkas, dans deux cas, a observé la fibro-muqueuse de la vessie relevée à la paroi abdominale antérieure. Il a obtenu deux guérisons. M. Dumoret a été heureux sur une femme de 45 ans : l'opération réussit, mais la malade mourut de broncho-pneumonie.

M. Tuffier a fait deux fois cette opération, et avec succès. Il fit l'incision comme pour la taille hypogastrique, arriva par la cavité de Retzius sur le globe vésical, décolla le péritoine et,

ouvrant de chaque côté deux petits rectangles sur la vessie, il les sutura par quatre fils à la paroi abdominale antérieure, puis par un tamponnement vaginal il soutint le réservoir urinaire.

M. BOULLY est partisan de la colporrhaphie antérieure avec périéorrhaphie.—*Paris médical.*

**Rupture de l'utérus pendant l'accouchement; laparotomie; guérison.**—M. TABAR, appelé auprès d'une femme à bassin rétréci, ayant diagnostiqué une rupture utérine, proposa la laparotomie. On la refusa pendant vingt-quatre heures et il dut tenter la version. L'extraction de la tête étant impossible, il dut pratiquer la détrocane et ouvrir le ventre.

Dès l'ouverture de l'abdomen, la tête se présenta à nu dans le bassin, elle était entièrement sortie de l'utérus. Ce dernier était refoulé à la face inférieure du foie, ne tenant plus que par les trompes et quelques débris du ligament large, il avait été arraché du vagin. M. Tabar remit l'utérus en place, sutura son enveloppe péritonéale à la collerette du péritoine qui entourait la vaste plaie utéro-vaginale, et recousut le ventre.

Toutes ces opérations furent faites sans aucune précaution antiseptique, tout manquant autour de l'accouchée. Le fil était celui qui devait servir à lier le cordon, on put seulement le tremper dans un peu d'eau-de-vie. Quelques heures après M. Tabar revenait faire quelques lotions antiseptiques.

La malade guérit sans incident et est présentée à l'Académie.—*Praticien.*

**Fibrome utérin et grossesse.**—M. ROUTIER a récemment opéré une femme enceinte de 3 mois, qui souffrait de vives douleurs dues à la présence d'un corps fibreux volumineux qui gênait l'utérus dans son développement. M. Routier fit la laparotomie en pratiquant une incision partant à 3 travers de doigt du pubis jusqu'à 3 travers de doigt de l'appendice xyphoïde: il enleva un gros fibrome (2415 gr.) bosselé, réniforme, inséré par son hile sur le fond de l'utérus et reposant par ses deux extrémités d'une part sur le pubis et d'autre part sur le diaphragme. Une suture avec de la soie fut faite sur le pédicule qui fut abandonné dans l'abdomen. Les suites opératoires furent des plus simples et la grossesse continua à évoluer.

Il est plus que probable que sans l'intervention il y aurait eu avortement: l'utérus était aplati dans la fosse iliaque droite, le fibrome remplissait l'abdomen, y était fixé, empêchant d'autre part le développement de l'utérus par son mode d'insertion; de plus, les douleurs vives commandaient l'intervention.

Il en est de même toutes les fois que des symptômes de compression ou des douleurs vives se manifestent; on pratique de préférence la myomectomie; mais, pour se hasarder à la faire, il faut



être sûr qu'on n'ouvrira pas l'utérus. Dans tous les cas où l'énurcléation des fibromes conduit à l'ouverture de la cavité utérine, il faut se décider à pratiquer l'hystérectomie.—*Concours médical.*

**La folie menstruelle.**—L'influence des fonctions génitales sur les fonctions intellectuelles est considérable, et il n'est pas étonnant que leur établissement, surtout chez la femme, joue un rôle de première importance dans leur fonctionnement. Les accidents cérébraux qui sont sous la dépendance de la menstruation peuvent être étudiés séparément suivant qu'ils se produisent avant, pendant, ou après la période d'activité utérine. Ces troubles sont très fréquents pendant la période qui précède la puberté; ils s'observent souvent aussi au moment de la ménopause; mais il ne sera question ici que de ceux qui surviennent en pleine vie génitale.

Les travaux sur ce sujet abondent; il n'est pas moins intéressant de rappeler qu'un des premiers faits relatifs à cette question est le cas suivant observé en 1823. Une femme fut jugée à cette époque pour avoir tué son enfant et condamnée à mort, sans qu'elle eût d'ailleurs pu expliquer en aucune façon son crime. Cependant on remarque pendant son séjour en prison, qu'elle était prise de troubles cérébraux à chaque période menstruelle; elle fut dès lors examinée plus complètement et bientôt internée dans un asile. Depuis ce moment, nombre de faits semblables ont été observés.

Les phénomènes qui se produisent au moment de la menstruation sont très nombreux et sont pour la plupart d'ordre congestif, portant sur des organes très divers; souvent ils intéressent le système nerveux tout entier. Ainsi s'expliquent les troubles périodiques et passagers qu'on peut voir survenir à ce moment. Une jeune fille de 19 ans, née de parents nerveux, bien portante habituellement, entrée dans le service pour des troubles de ce genre, était réglée régulièrement, mais était sujette à ce moment à des accès d'asthme et souffrait en même temps de coliques utérines très vives. Il y a six mois, après une violente émotion, les règles s'arrêtèrent et il survint un accès de manie avec hallucinations qui dura une dizaine de jours. Elle se remit complètement, mais à la menstruation suivante, les troubles cérébraux se reproduisirent et, depuis ce moment, ils se renouvellent à chaque époque menstruelle. Cet accès de manie est caractérisé surtout par une loquacité excessive, fait très habituel chez la femme, de l'agitation, des visions partielles, etc... Il n'y a pas de phénomènes agressifs; l'accès dure toujours huit à dix jours, puis tout rentre dans l'ordre; mais, fait bien particulier, la malade ne conserve aucun souvenir de ce qui s'est passé. Or, c'est là un point important, car un aliéné qui ne se souvient en rien de ses accidents cérébraux, est beaucoup plus éloigné de la guérison que

celui qui se rappelle ces accidents, en parle et surtout ne rougit pas d'en parler.

Chez cette malade, il y a coïncidence absolue entre les accès de manie et l'époque des menstrues ; de plus, les douleurs d'autrefois ont complètement disparu, comme s'il y avait une sorte de balancement entre ces douleurs et l'état cérébral. Quant à la raison de ces accidents, on la trouve surtout dans la prédisposition ; son père est sujet à des accès lypémaniques, sa mère est névropathe ; elle a une sœur hystéro-épileptique ; quant à elle, elle a été surmenée par un travail intellectuel excessif au moment de passer ses examens.

Il est notable, d'ailleurs, qu'au moment de la menstruation, la plupart des femmes éprouvent quelque phénomène insolite, intéressant la plupart du temps le système nerveux. Le fait le plus commun est la migraine qu'on peut regarder comme le début d'une légère excitation cérébrale. Mais à côté de ce phénomène si habituel, on voit survenir des bizarreries de caractère atteignant quelquefois un degré excessif. Chez les hystériques et surtout les épileptiques, il y a très souvent provocation de l'accès. Mais parmi les troubles intellectuels, ce que l'on observe peut-être le plus souvent est une modification de l'humeur ordinaire, qui devient essentiellement querelleuse, contradictoire, au point de rendre la vie commune à ce moment très pénible ; souvent aussi le sentiment de la jalousie prend alors une exaltation tout à fait malative.

Dans les cas de ce genre, il ne s'agit que de troubles intellectuels ou moraux qui ne sont que l'ébauche d'accidents plus graves. Mais les observations abondent dans lesquelles on voit survenir de la dipsomanie, de la pyromanie, de la kleptomanie, etc... On a signalé aussi assez fréquemment l'érotomanie et on connaît l'observation de cette malade qui, dans un état d'excitation génitale extraordinaire, demandait à ce moment à être conduite dans une maison de prostitution.

Le plus grave de tous ces troubles vésaniques est la folie homicide et il en existe un certain nombre de cas bien connus ; toutefois, on observe beaucoup plus souvent un délire généralisé et non spécialisé ; c'est la manie proprement dite et elle éclate presque toujours pendant le flux du sang. Tous ces accidents cessent avec les règles ou peu de temps après. Quelquefois cependant on voit les malades tomber dans la manie chronique ; on peut encore observer la forme mélancolique, et c'est ce que l'on voit en particulier chez les jeunes filles au moment de l'apparition des premières règles, ces troubles morbides pouvant disparaître ensuite.

Le pronostic de la folie menstruelle est en effet relativement favorable ; elle guérit assez souvent, mais il faut ici tenir grand compte de la prédisposition. Avec cette réserve, la thérapeu-

tique a ici plus d'action que dans les autres formes. Les émissions sanguines au moyen des sangsues, l'emploi des vésicatoires peuvent avoir quelque utilité, mais le médicament principal à employer est le bromure de potassium, médicament essentiellement génital. C'est lui qui peut être utilisé dans toutes ces formes atténuées, qui sont presque physiologiques et qui pourtant ne sont pas sans importance. Enfin, quand il s'agit de manie véritable, il ne faut pas oublier qu'à côté de l'opium, de la morphine, de l'atropine, le tartre stibié à faible dose constitue un hyposthénisant très efficace et qu'on emploie beaucoup en Angleterre, surtout pour calmer les excitations de ce genre.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

---

## PÆDIATRIE.

---

**Traitement de l'ictère des nouveau-nés. (VEILLARD).**—On doit distinguer les ictères des enfants nouveau-nés en ictère bénin et ictère grave. Le premier guérit spontanément, le second est presque toujours mortel.

Dans le cas d'ictère bénin, on examinera la plaie ombilicale; s'il y a de la rougeur ou des excoriations, on fera le pansement à la vaseline boriquée.

L'ictère grave peut tenir à une malformation des voies biliaires; mais le plus souvent il est dû à une phlébite infectieuse, et l'inflammation du foie est consécutive à l'empoisonnement de la plaie ombilicale par des germes septiques. Toutes les fois que la mère présente des accidents septicémiques ou pyohémiques (fièvre puerpérale, érysipèle, phlegmon périutérin), et que la plaie ombilicale n'est pas encore cicatrisée, on doit éloigner l'enfant et appliquer des pansements antiseptiques :

Vaseline..... 20 grammes  
Acide borique..... 4 —

ou bien appliquer sur la plaie un linge propre imbibé de solution boriquée à 4/100e.

Lavage ou grands bains à l'eau alcoolisée, salicylée ou chargée de tannin.

En même temps on fera sur la région du foie des frictions avec la pommade alcaline suivante :

Axonge..... 20 grammes  
Carbonate de soude..... 5 —

On évitera la constipation, qui pourrait augmenter les manifes

tations ictériques, en donnant un léger purgatif, huile d'amande douce, sirop de chicorée, etc., ou un lavement simple ou huileux.—*Praticien.*

**Traitement du spasme de la glotte.**—M. KURT avait observé que pour faire cesser les accès chez un enfant atteint de coqueluche violente, il suffisait de porter une excitation légère sur la conjonctive ou la muqueuse nasale. Il en avait conclu que l'excitation des filets terminaux du trijumeau exerçait une action inhibitoire sur le récurrent. Depuis lors il a souvent renouvelé avec succès cette expérience dans des cas de spasme de la glotte. Au moment des accès il suffit de chatouiller avec une barbe de plume la muqueuse pituitaire pour l'arrêter instantanément. Pour rendre l'excitation plus active, M. Kurt trempe la barbe de plume dans une solution de sulfate de quinine. Il y a mieux, cette excitation ne coupe pas seulement l'accès, elle arrête ou améliore la maladie en empêchant les spasmes de se reproduire.—*Bulletin médical.*

**Le pronostic de la paralysie infantile,** par le Dr. W. R. GOWERS.—Au sujet de la durée de la paralysie ou de la condition finale dans la poliomyélite antérieure, on ne peut formuler de pronostic avant la fin de la première semaine ou des premiers dix jours, et même à cette date *seulement* après un examen électrique. Tous les muscles qui, à cette époque, auront perdu leur contractilité faradique, s'atrophieront et demeureront longtemps paralysés; au contraire lorsque la contractilité est conservée après dix jours malgré qu'elle puisse être diminuée dans une quinzaine de jours ou trois semaines, il y aura moins d'atrophie et on pourra s'attendre à une guérison même dans les parties les plus affectées. S'il n'y a aucune perte d'irritabilité électrique, la paralysie disparaîtra dans l'espace de quelques semaines ou, au plus, de quelques mois. Lorsque la contractilité se perd tardivement, il y aura de l'atrophie et de la paralysie pendant plusieurs mois. Lorsqu'elle disparaît à bonne heure l'atrophie se développe rapidement et considérablement; la paralysie persistera une ou plusieurs années et il est fort douteux qu'une guérison parfaite survienne.

À la période chronique le rétablissement final dépend de la marche de l'atrophie, de la réaction électrique et de la durée. Là, où l'atrophie a été considérable et rapide et où la réaction faradique fait entièrement défaut, malgré que la guérison puisse avoir lieu, elle ne sera pas entière et si cet état est manifeste un an après le début de la maladie, on n'obtiendra qu'une minime amélioration. D'un autre côté, si, au bout de un ou de deux mois il existe encore de la contractilité, quoique très faible, (c'est-à-dire exigeant un courant fort), on pourra s'attendre à une amélioration marquée et à une guérison probable au bout de six ou huit mois.—*Pacific Medical Journal.*

**Le lavage de l'estomac chez bébé.**—Les docteur A. SIEBERT signale les précautions suivantes : On se sert d'un cathéter mou, No. 10, auquel on adapte un tube en verre de six pouces de long ; l'opérateur se place devant le bébé lorsque celui-ci est maintenu assis, ou à son côté s'il est couché ; l'index gauche est appuyé sur les mâchoires et la sonde est introduite, en inclinant légèrement en avant la tête de l'enfant. Par une douce pression la contraction musculaire est vaincue et la sonde passe facilement jusque dans l'estomac. On ajuste au tube de verre, la main gauche supportant le cathéter, une seringue fontaine ou un entonnoir et l'on emplit l'estomac. Il ne faut jamais employer de brusquerie. La sonde ne pénétrera jamais dans le larynx. Plus l'enfant est jeune, plus le gavage est facile.—*Medical Age.*

**De la sclérose primitive du cerveau chez l'enfant.**—RICHARDIÈRE en arrive aux conclusions suivantes :—

1o Il y a plusieurs formes de sclérose cérébrale chez l'enfant.

2o Parmi celles-ci, deux sont surtout importantes ; (a) La sclérose de tout un hémisphère ou d'un lobe entier ; (b) La sclérose disséminée sous forme de tubérosités à la surface des circonvolutions.

3o La première forme occupe une large étendue de substance cérébrale et constitue la sclérose atrophique.

4o La seconde forme produit des nodules soulevés avec augmentation de substance d'où une sclérose hypertrophique.

5o La forme atrophique est caractérisée anatomiquement par une diminution des circonvolutions ; histologiquement, par la production de tissus connectifs, la dilatation des vaisseaux sanguins et l'atrophie des éléments nerveux.

6o Les nodules de la sclérose hypertrophique sont formés de tissu conjonctif.

7o Le point de départ des lésions semble être dans les vaisseaux. La sclérose lobulaire atrophique paraît être surtout une sclérose artérielle.

8o La sclérose cérébrale primitive se rencontre chez les enfants de la troisième à la cinquième année. Son étiologie est obscure ; elle suit quelquefois une maladie infectieuse.

9o La sclérose atrophique se manifeste par des convulsions, des crises épileptiques, de la paralysie et des contractures de longue durée.

10o Les symptômes de la sclérose hypertrophique sont à peu près les mêmes, cependant les troubles intellectuels sont moins prononcés et les phénomènes paralytiques moins nets. La durée des symptômes est aussi moindre.

11o Le pronostic quant à l'intelligence et à la mobilité est défavorable.

12o Le diagnostic n'est guère difficile lorsque l'on peut éliminer

d'hémorrhagie et les maladies cérébrales qui entraînent secondairement l'atrophie.—*New-York Medical Journal.*

**La mégalocardie de croissance.**—Souvent on est appelé dans la pratique à voir chez des enfants ou des adolescents des troubles qui, au premier abord, semblent ne se rattacher à rien et qui, si on examine plus complètement, donnent un état pathologique du cœur.

Certains malades, en effet, se plaignent de palpitations qu'on serait tenté de considérer comme nerveuses, d'autres ont des maux de tête continuels, des essoufflements sans cause appréciable. Les uns sont des enfants de dix à quinze, les autres sont des jeunes gens de dix-huit à vingt ans. Chez eux, on cherche en vain l'anémie et la chlorose si fréquente pendant l'âge du développement de la jeune fille, on cherche en vain les lésions d'orifices, les rétrécissements de la valvule mitrale, ou ses insuffisances, de même que celles de l'aortique. Comme antécédents, on ne trouve ni rhumatisme, ni chorée. Et cependant chez ces petits malades, qui ne peuvent se livrer à aucun exercice de leur âge sans être essouffés, qui voués à des céphalalgies continuelles, ne peuvent supporter le travail cérébral nécessité par leur éducation, l'auscultation révèle la présence d'un souffle, la percussion l'hypertrophie du muscle cardiaque.

Cette hypertrophie du cœur n'est accompagnée d'aucune lésion pouvant apporter à la circulation un obstacle mécanique ; il n'y a pas de lésions valvulaires, pas d'hypertrophie compensatrice, par conséquent ; il n'y a pas d'artério-sclérose, de mal de Bright, pas de lésions pulmonaires ; c'est une mégalocardie absolument indépendante, purement fonctionnelle, due à un défaut de parallélisme entre le développement du cœur et celui des autres organes.

D'après Beneke, le cœur double de volume de la naissance à la seconde année ; il double également de la deuxième à la septième. À la septième année il s'arrête et reste jusqu'à quinze ans presque stationnaire. De quinze à vingt ans, il augmente d'un tiers et à cette époque il finit de croître.

De sept à quinze ans, le cœur reste normalement stationnaire ; mais si l'enfant est soumis à des travaux manuels ou des exercices physiques non en rapport avec ses forces ou bien s'il grandit dans des proportions anormales, le cœur, obligé de faire un travail disproportionné, subira une hypernutrition et par suite une augmentation de volume.

À vingt ans, comme nous venons de le voir, le cœur est arrivé à son complet développement, le corps continue à s'accroître jusqu'à vingt-cinq ans : il y a donc à la vingtième année une hypertrophie normale du cœur, puisque, dès cette époque, il est en me-

sûre de subvenir aux besoins croissants de l'individu jusqu'à sa vingt-cinquième année, moment auquel le corps aura acquis son développement complet.

Dans ces cas, l'harmonie qui doit régner entre le développement des diverses organes est rompu ; si ce défaut de parallélisme est faible, il ne donne lieu à aucun trouble fonctionnel ; s'il est fortement accentué, nous aurons un cortège symptomatique variable suivant les sujets.

Du côté des signes fonctionnels, on observe le plus souvent des palpitations, qui quelquefois sont le seul symptôme dont se plaignent les malades, et par cela même nous sommes tentés de les rattacher à un état neurasthénique du sujet (état émotif, onanisme). Dans d'autres cas, les enfants ne nous accusent que de la gêne respiratoire ou des maux de tête.

Les signes physiques sont beaucoup moins vagues. La percussion nous révèle l'augmentation de volume ; il y a un allongement vertical de la matité, le diamètre transversal étant normal ; la pointe du cœur est abaissée et bat dans le sixième, septième et même quelquefois huitième espace intercostal sur la ligne mammaire. L'auscultation donne des résultats plus incertains ; tantôt en effet elle ne révèle aucun signe anormal, tantôt au contraire elle révèle l'existence d'un souffle. Ce souffle est franchement systolique, son siège est à la pointe ; il diminue d'intensité au fur et à mesure qu'on se rapproche de la base. Il se distingue facilement des souffles anémiques par le fait même qu'il ne se prolonge pas dans les vaisseaux. Son timbre est un peu rugueux. Il se distingue nettement du souffle du rétrécissement mitral très fréquent chez les jeunes gens surtout du sexe féminin, ce dernier en effet est un roulement et est présystolique ; il ne peut être confondu avec le souffle du premier temps qu'on rencontre dans l'insuffisance de la mitrale, cette affection s'accompagnant de phénomènes spéciaux du côté du pou's, et d'une hypertrophie du cœur droit qui n'existe pas dans la mégalo-cardie de croissance, le cœur gauche seul étant augmenté de volume.

Sée décrit trois formes de mégalo-cardie de croissance, la forme tachycardique dans laquelle les palpitations sont le seul signe accusé par les malades ; dans ce cas, il faudra faire le diagnostic avec les palpitations d'ordre neurasthénique, avec celles de la maladie de Basedow ; dans ces deux cas, il n'y a pas d'hypertrophie. La seconde forme est la forme dyspnéique ; les malades ne se plaignent alors que de gêne respiratoire faible au repos, augmentant pour les exercices prolongés ; il n'y a pas de palpitations, pas de céphalée.

La troisième est la forme céphalalgique ; cette céphalée est frontale, augmente par le travail intellectuel, diminue au grand air, et dure des mois. Elle n'est ni hémicranique, ni suivie de vomissements comme la migraine ; elle n'est jamais localisée à des émergences nerveuses comme les névralgies.

Le traitement de l'hypertrophie de croissance varie beaucoup ; nous avons vu des enfants à qui l'on s'évertuait à donner du quinquina et du fer pour combattre les palpitations qu'on accusait d'avoir provoqué l'hypertrophie et qu'on croyait être engendrées par l'anémie, la chlorose, la menstruation difficile, etc. Mais tout cela était basé sur un examen peu attentif.

Le traitement qui nous a toujours réussi est l'association de la digitale à l'iodure de potassium. La digitale à la dose de 0,05 centigrammes de poudre en infusion et l'iodure de potassium à la dose de 0,25 à 0,75 centigrammes.

Le traitement hygiénique diffère selon que l'on a affaire à l'hypertrophie de l'enfance ou à celle de l'adolescence. Dans le premier cas, il faut prescrire la diminution du travail physique et intellectuel, et une alimentation azotée. Dans le second cas, l'origine de l'hypertrophie n'étant pas destinée à compenser un obstacle physique, mais simplement physiologique et dépassant la mesure, on peut donc sans crainte conseiller les exercices et les travaux manuels et intellectuels.—*Revue de thérapeutique chirurgicale.*

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

**Vomissements spasmodiques guéris par les injections de morphine et d'atropine.**—M. LIÉGEOIS rapporte l'observation d'une fillette de onze ans, qui depuis trois mois, vomissait après chaque repas ce qu'elle avait mangé.—Après diverses consultations et plusieurs essais thérapeutiques sans succès, je parvins à remédier à cet état de choses en faisant une injection hypodermique d'un gramme (la seringue) de la solution suivante :

Eau distillée de laurier-cerise.....	20 gr.
Chlorhydrate de morphine.....	0 20
Sulfate neutre d'atropine.....	0 02

Cette injection est d'abord faite après deux repas de la journée, plus tard trois fois par jour.—L'amélioration ne fut pas immédiate ; mais les douleurs d'estomac et les nausées cessèrent enfin, après quelques retours offensifs.

M. Moutard-Martin estime qu'une enfant si jeune n'a pu supporter une aussi forte dose de morphine que grâce à sa neutralisation partielle par l'atropine. Il se contente pour son compte de 1 ou 2 milligrammes.—*Bulletin médical.*



**Toxicité des urines des épileptiques.**—M. FÉRÉ a étudié par la méthode des injections intraveineuses la toxicité des urines, 10 avant l'attaque d'épilepsie, 20 immédiatement après l'attaque, 30 quelques heures après. Les premières sont de beaucoup les plus convulsivantes et les plus toxiques; pour obtenir des convulsions il suffit de 20 cent. cubes, et la mort survient avec une injection de 25 cent. cubes d'urines *preparoxystiques*.

L'urine de la première miction après l'accès ne donne de convulsions que si on injecte 55 cent. cubes, et 70 ne suffiront pas pour tuer. Enfin il faut 125 cent. cubes et 145 de l'urine de la seconde miction pour obtenir des convulsions et la mort.

Il paraît donc certain qu'avant le paroxysme, les urines des épileptiques contiennent en abondance des substances convulsives et toxiques qui tendent à disparaître ou à diminuer après la décharge.—*Praticien*.

**La pilocarpine contre l'ictère.**—WITKOWSKI considère la pilocarpine presque comme spécifique contre l'ictère; il affirme même que dans le cas où l'amélioration ne survient qu'après 10-15 jours de traitement, il est à craindre que l'ictère ne soit causé par une tumeur maligne (surtout du foie). C'est ainsi qu'un malade qui souffrait de l'ictère depuis 4 ans fut guéri complètement après un traitement de 3 semaines (0 gr. 01 de pilocarpine en injections sous-cutanées, une ou deux fois par jour). Les mêmes bons résultats furent obtenus dans 30 autres cas analogues traités de la sorte. Les seuls cas où l'auteur a échoué, c'étaient des tumeurs malignes du foie (ictère symptomatique). Voilà pourquoi l'auteur recommande de recourir à la pilocarpine toutes les fois qu'il n'y a pas contre-indication du côté du cœur.—*Journal de médecine*.

**Traitement de la syphilis par les préparations iodées,** par Em. POOR.—Le diagnostic posé, on fait prendre au malade un purgatif salin et ensuite des bains tièdes.

Le traitement proprement dit consiste dans l'administration d'une eau minérale iodée, dont voici la formule :

Eau distillée.....	300 à 1 000 gr.
Bicarbonat de soude .....	} ââ 3 à 10 gr.
Sulfate de soude.....	
Iodure de potassium.....	

Mélez. A prendre trois fois par jour une à deux cuillerées à bouche de cette solution étendue de deux fois autant d'eau commune. Toutes les semaines on augmente d'une cuillerée à bouche. A six cuillerées, les manifestations syphilitiques sont toujours en voie de disparition. On augmente jusqu'à neuf à dix cuillerées en vingt-quatre heures. Chaque semaine on fait prendre aux malades un ou deux bains de savon tièdes, et aux anémiques et scrofuleux on donne l'iodure de fer avant la solution d'iode.—*Union médicale*.

## FORMULAIRE.

**Choléra infantum.**—*J. Stephens.*

P.—Sousnitrate de bismuth.. .. .	1 scrupule
Teinture d'opium... .. .	1 drachme
Teinture de catéchu..... .	2 onces
Créosote..... .	3 gouttes
Mixture de craie.....q. s. pour faire	2 onces

M.—Une cuillerée à thé environ toutes les deux ou trois heures.—*Cincinnati Medical News.*

**Convulsions infantiles.**—*Widerhofer.*

10 P.—Chloral .....	7 à 40 grains
Eau.....	3 drachmes
Sirop d'écorce d'oranges amères .....	1 “

M.—Dose : Une cuillerée à thé toutes les deux heures.

20 P.—Musc .....	3 grains
Chloral .....	7 à 15 grains
Campbre .....	15 grains
Jaune d'œuf.....	1
Eau.....	3 onces

M.—En énéma.—*Revue de thérapeutique.*

**Teigne.**—*Harrison.*

P.—Acide carbolique .....	3 parties
Potasse caustique .....	1 “
Lanoline.....	“
Beurre de cacao. ....	50 “

M.—Couper cheveux courts et appliquer l'onguent en frictions matin et soir.—*St. Louis Medical and Surgical Journal.*

**Affections cutanées parasitaires.**—*Ostermeyer.*

P.—Acide salicylique.....	3 parties
Borax.....	1 “
Baume du Pérou.....	2 “
Vaseline.....	20 “
Essence éthérée d'anis.....	5 gouttes
Essence de bergamotte. ....	20 “

M.—*Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases.*

# 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, AOUT 1890

---

---

## BULLETIN.

---

### Société de secours mutuel.

Notre attention a été attirée dernièrement sur l'organisation de l'Association de secours mutuel des médecins de New-York (*N. Y. Physicians' Mutual Aid Association*), fondée dans le but de venir en aide aux médecins malades et pauvres, ainsi qu'aux familles des associés décédés.

Cette société existe depuis vingt et un ans déjà et a déjà payé à ses sociétaires la somme de \$60,000. Le fonds permanent de secours est d'environ \$15,000, dont le revenu est affecté au paiement des secours distribués aux membres malades et pauvres. Le montant payé à la mort d'un membre est d'environ \$1,000 et devra nécessairement augmenter avec le nombre des membres eux-mêmes, chaque membre payant une piastre au décès de chaque confrère.

Il serait à désirer qu'une association de ce genre fut fondée au sein de la profession médicale dans notre province. Les sociétés de secours mutuels établis au profit de notre population ouvrière fonctionnent, croyons nous, avec plein succès. Les sommes payées de part et d'autre sont insignifiantes, et cependant elles représentent un capital suffisant à soulager les besoins les plus urgents des médecins qui, par maladie ou autrement, sont devenus incapables d'exercer leur art et de subvenir à l'existence des leurs. Mille membres seraient vite inscrits, ce nous semble. Or en fixant à cinq dollars le droit d'entrée, on établit, dès l'abord, un fonds de réserve de cinq mille piastres, susceptible de s'accroître par dons, legs, etc., et de former en peu de temps un capital dont le revenu serait affecté aux besoins des membres incapables d'exercer. Une contribution d'une piastre à la mort de chaque membre fournirait immédiatement mille piastres aux héritiers, ordinairement peu fortunés du confrère

décédé, ce qui représente une prime d'assurance d'à peu près 1½ pour cent.

L'idée que nous suggérons ici n'est pas nouvelle, ayant déjà été soumise et discutée plus d'une fois, alors que le moment ne semblait pas propice à son exécution. Aujourd'hui que le nombre des médecins exerçant dans la province de Québec atteint un chiffre imposant, il ne serait peut-être pas inopportun de revenir à la charge et de discuter les chances que pourrait avoir semblable organisation parmi nous. Les colonnes de L'UNION MÉDICALE sont ouvertes à toutes communications qu'on voudra bien faire à ce sujet.

---

### La cocaïne est-elle aphrodisiaque ?

Richardson, de Philadelphie, a rapporté le fait d'une femme mariée, à manières réservées et à maintien modeste, qui, ayant à subir une légère opération chirurgicale, prit au préalable, en injection hypodermique, une dose assez légère de cocaïne. Il se produisit alors de l'excitation érotique que les paroles et les gestes de la malade traduisirent d'une façon non équivoque. L'opération dû être remise au lendemain. Le lendemain, même scène, quoique moins accentuée, sous l'influence d'une dose plus petite encore. Des faits semblables avaient été signalés par Sandré et par Cunningham.

La plupart des traités de thérapeutique ne mentionnent pas cette propriété de la coca et de son alcaloïde. Cependant il est de fait qu'au Pérou même, les naturels ne l'ignorent pas. Léopold Casper, de Berlin, regarde la coca comme étant un de nos meilleurs toniques génitaux.

Conclusions pratiques : La coca et la cocaïne peuvent être utilisées dans le traitement de certaines formes d'impuissance. Il est bon de toujours songer, quand on donne de la cocaïne, à l'excitation sexuelle qu'elle peut produire, et n'en jamais administrer à une femme sans qu'une tierce personne, amie de la malade, ne soit là comme témoin, tout comme pour le chloroforme.

---

### Le choléra.

Depuis la publication de notre livraison de juillet, les nouvelles reçues d'Espagne et de France nous indiquent que l'épidémie cholérique a fait des progrès dans la province de Valence ; non seulement le nombre des localités contaminées a augmenté progressivement, mais les cas ont été plus graves qu'au début.

Du 13 mai au 12 juillet, l'épidémie a fait 251 victimes sur 443 cas, dans environ trente localités de la province de Valence.

Les endroits les plus maltraités ont été Puebla-de-Rugat, point de départ de l'épidémie : 155 cas et 85 décès sur 1,900 habitants ; Gandia 123 cas et 82 décès sur 9,000 habitants ; Benopia 20 cas et 19 décès sur 1,200 habitants. A Valence, il y a eu seulement quelques cas isolés.

Beaucoup de médecins doutent encore que l'épidémie soit le choléra asiatique, et estiment que, dans la majorité des cas, il ne s'est agi que de fièvres paludéennes accompagnées le plus souvent d'accidents gastro-intestinaux.

On a observé que l'épidémie est restée cantonnée dans les terrains paludéens et a suivi le cours de deux petites rivières, au bord desquelles sont situés Rugat et Montichelvo, les premières localités attaquées, mais cela n'est en rien contraire à l'idée du choléra.

Dans la journée du 14 juillet, 19 cas nouveaux se sont produits et 11 décès ont été signalés ; dans la journée du 17 un nouveau village a été contaminé par l'épidémie ; 34 cas nouveaux et 9 décès ont été constatés.

Il n'appert pas, aux dernières nouvelles, qu'aucun cas de choléra se soit déclaré sur le territoire français. Le Canada sera-t-il visité par l'épidémie régnant actuellement en Espagne, quoique possible encore, la chose ne semble cependant pas probable. Ce n'est pas que les matériaux de culture du bacille-virgulemanquent au milieu de nous. Nous en avons suffisamment pour favoriser la multiplication et la pullulation d'un grand nombre de microbes, et, pour ce qui concerne Montréal en particulier, l'eau dite potable que l'on nous distribue constitue peut-être le plus parfait nid à bacilles qu'il soit possible d'imaginer. Mais évidemment il y a un Dieu qui nous protège contre l'incurie des commissions sanitaires.

---

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

LEFORT.—Manuel du doctorat en médecine. Aide-Mémoire d'histologie, d'anatomie, ostéologie, splanchnologie, organes des sens) et d'embryologie pour la préparation du deuxième examen; par le professeur Paul LEFORT, 1 vol. in-18, 276 pages, cart. 3 fr.

Il a paru utile de mettre à disposition des étudiants en médecine une série d'*Aide-mémoire* qui comprendront les matières des cinq examens, et qui paraîtront successivement à bref délai.

Dans ces *Aide-mémoire*, l'auteur s'attache à passer en revue tout

ce qui est afférent à un sujet donné, sans en rien omettre, de manière à ce que le candidat ne soit embarrassé par aucune question ; à mettre en relief les points importants, en négligeant les détails superflus, de sorte que le lecteur puisse immédiatement trouver ce qui lui importe d'apprendre ou de revoir ; à rapporter les théories et les faits récemment entrés dans le domaine de la science, aussi bien que ceux qui lui sont depuis longtemps acquis ; enfin à citer les noms des professeurs des diverses Facultés de médecine en regard de la découverte qu'ils ont faite, de l'idée qui leur est personnelle.

DÉJÀ PARU :

**Aide-Mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre.**

**Aide-mémoire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie.**

**Aide-Mémoire d'hygiène et de médecine légale.** Prix de chaque volume, cartonné, 3 fr. Librairie J.-B. Baillière & fils, 19 rue Hautefeuille, près du boulevard St-Germain.

**Bocquillon-Limousin.—Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles,** par H. Bocquillon-Limousin, pharmacien de 1ère classe, 1890. Librairie J. B. Baillière & Fils, 19 rue Hautefeuille, Paris, in-12 de 308 pages, prix 3 frs cartonné.

Ce petit formulaire contient la synonymie, la description, la composition, l'action physiologique, les propriétés thérapeutiques, le mode d'emploi et les doses de 455 médicaments.

**Dufour.—Contribution à l'étude de auto-intoxication, et des manifestations morbides du surmenage physique,** par Albert Dufour, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne des hôpitaux. Médaille de bronze de l'Assistance publique. Une brochure in-8° de 135 pages.—Prix : 3 francs.

**Roux.—Formulaire aide-mémoire de la faculté de médecine et des médecins des hôpitaux de Paris,** par le Dr. F. Roux.—Cet ouvrage vient de paraître chez Georges Steinheil.—Un vol. in-18° de 320 pages et cartonné. Prix : 3 francs.

**ICARD.—La femme pendant la période menstruelle, étude de psychologie morbide et de médecine légale,** par le docteur S. ICARD.

Ces ouvrages se trouvent à Paris, chez Félix Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le professeur JOLLY, de Strasbourg, vient d'être nommé à la chaire des maladies mentales et nerveuses de l'Université de Berlin, vacante depuis la mort du professeur WESTPHAL.

**Bureau provincial de médecine.**—La réunion bi-annuelle du *Bureau provincial de médecine* aura lieu à l'Université Laval, Québec, mercredi, le 24 septembre prochain.

**Collège des médecins de Philadelphie.**—Le prix Alvarenga, constitué par le revenu annuel du legs fait par feu le Senor Alvarenga, de Lisbonne, a été décerné au Dr R. W. I... p. médecin du *Victoria Dispensary for Consumption and Diseases of the Chest*, d'Edimbourg, pour son *Essai sur la Tuberculose pulmonaire*, essai qui sera bientôt publié par le Collège.

**Université Laval, Montréal.**—Les cours de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal s'ouvriront mercredi, le 1er octobre. Dans notre livraison de septembre, nous donnerons le programme ainsi que les heures des cours du premier terme. Comme l'année dernière, le cours obligatoire est de six mois pour les élèves de première, seconde et quatrième années, et de neuf mois pour ceux de troisième.

**Contracture hystérique guérie par un soufflet.**—Dupuytren avait été appelé un jour auprès d'une marquise qui avait une contracture des mâchoires. En entrant chez elle, Dupuytren, sans prononcer un mot, lui appliqua sur la joue un vigoureux soufflet. La marquise ouvrit aussitôt la bouche pour donner l'ordre à ses valets de mettre Dupuytren à la porte... Mais elle était guérie. C'est un procédé, ajoute M. Brouardel, qui cite l'observation dans son cours, que je ne saurais vous conseiller; il n'est pas à la portée de tout le monde.

**La folie en Allemagne.**—Le nombre d'aliénés internés dans les asiles de Berlin étant de 1,582 en 1882-83, est monté à 2,523 en 1889, ce qui indique une augmentation très considérable (59.79 p. 100) dans la proportion des aliénés, en égard à celle de la population, laquelle, durant la même période, n'a été que de 22.49 p. 100. Entre le 1er janvier 1881 et le 1er janvier 1886, le chiffre total des aliénés dans tout l'Empire est monté de 34,270 à 42,669, augmentation de 24.5 p. 100 dans ces cinq années, contre une augmentation de population de 3.6 p. 100 durant la même période.

## VARIÉTÉS

## Comment le médecin doit être. (1)

Certaines gens à qui vous demandez où est située Braine-l'Alleud, vous répondent :—“ Vous savez où est Bruxelles et Genappe ? ce n'est pas là, c'est entre les deux ! ”—Je vous demande la permission de suivre un procédé analogue, d'aller au but par des courbes et, pour vous faire entrevoir le médecin “ *comme il faut* ” auquel vous devrez ressembler plus tard, de faire défiler devant vos yeux quelques types de médecin “ *comme il n'en faut pas*. ” A défaut d'un diagnostic direct, on doit parfois se contenter d'un diagnostic par exclusion. Je vous prie de ne chercher aucune allusion sous ces croquis ; je vous affirme qu'il n'y en a pas.

Le docteur *Mellifu* a un mot aimable pour tout le monde, depuis le portier jusqu'au chien de la maison ; sa manière de prendre le pouls ressemble à une caresse et ses paroles sont édulcorées comme ses prescriptions. “ Ma chère petite dame, montrez-moi donc votre jolie petite langue ! ”

Quelques femmes sont très sensibles à ces grâces mignardes, pas toutes, et les plus intelligentes sont bientôt écœurées de tout ce sucre. On se dégoûte moins vite du quinquina que du miel et du rostbeef que des pâtisseries. Méfiez-vous des douceurs !

Est-ce à dire qu'il faille se montrer bourru pour l'entourage et rude pour le malade ?—Ce serait l'excès contraire. Il a été à la mode quelque temps et presque tous les élèves de Dupuytrin avaient pris à l'école du maître des allures qui terrorisaient véritablement le pauvre patient. D'après certaines expériences physiologiques, il paraîtrait que l'animal sur lequel fond un carnassier, ne souffre pas beaucoup : la peur lui paralyserait la sensibilité. Ce serait une atténuation à la peine que la Providence aurait ménagée à ceux qu'elle a destinés à être mangés.—Aujourd'hui que nous avons le chloroforme, même les chirurgiens n'ont plus aucun prétexte de se montrer brutaux... et ils y ont presque tous renoncé.

(1) Nous commençons aujourd'hui la reproduction du *Journal des sciences médicales de Lille*, de la première leçon donnée à l'Université catholique de Louvain par M. le professeur HUBERT, premier titulaire de la nouvelle chaire de *Déontologie médicale*, créée tout récemment dans cette université. Comme l'a fait remarquer M. le professeur Hubert, “ l'Université de Louvain aura été la première de Belgique, et probablement du monde, à créer une chaire de *Déontologie médicale*. ” C'est un exemple à imiter et une lacune à combler dans le programme de l'enseignement universitaire.



Même pour attraper des mouches, le vinaigre ne vaut pas l'orgeat!

Le docteur *Tantpis*, est grave comme une porte de prison. Il a le sourcil constamment froncé et il plisse le front à chaque renseignement qu'on lui donne. Un rhume peut devenir une pneumonie!... Il ne répond de rien!...et pour un bobo voilà toute la maisonnée sens dessus dessous!—Est-ce un homme qui voit noir? —Peut-être: certains esprits portent des lunettes à verres fumés. Mais ce pourrait aussi être un malin qui s'est livré à cette petite spéculation. "Si le rhume tourne mal on dira: quelle prévoyance! et s'il guérit: quel miracle!" Les tranes inutiles données à la famille ne comptent pas pour cet oiseau de sinistre augure.

Le docteur *Jovial* fait une entrée bruyante: il a bien dormi, il digère bien, la terre tourne à son gré et son contentement intérieur déborde. Le malade cependant a eu la fièvre: tant mieux! c'est que la nature travaille;—il est relâché: tant mieux! la diarrhée purge le sang;—il est constipé: tant mieux! les selles trop abondantes épuisent! Et se met à parler d'autre chose, à conter les petites nouvelles du jour et les historiettes de la veille. On le voit venir avec plaisir; il distrait, rassérène, fait rire. On dit de lui: "Quel aimable homme!..." à moins qu'on ne dise aussi: "Qu'il est léger!" Et le chœur des lourdauds et des véni-meux de répéter à l'unisson: il a trop d'esprit pour être sérieux et trop d'enjouement pour avoir du cœur!

Le Docteur *Didacte* est un verbeux: il explique, commente, argumente, démontre. "Oui, Madame, la matrice en se déplaçant pèse sur la vessie, le gros intestin, les vaisseaux et les nerfs; de là tous les troubles que vous accusez et, comme l'utérus est lié par d'étroites sympathies avec les voies digestives et les centres nerveux, tant cérébro-spinaux que ganglionnaires, de là aussi la dyscrasie du sang et les nervosismes que je suis obligé de combattre par les toniques et l'hydrothérapie.—Miséricorde!—Le moindre inconvénient de ces dissertations est de s'adresser à un auditoire qui ne peut en apprécier la saveur, ou qui n'en retient que ce qu'il faut pour mettre, à la visite suivante, le discoureur pédent en contradiction avec lui-même. *A continuer.*

## VENDEURS DEMANDES.

Nous avons dans notre "département d'ouvrages en vente par souscription" de l'emploi pour deux ou trois vendeurs d'ouvrages de médecine de première classe.

Les vendeurs d'ouvrages médicaux ne sont pas des solliciteurs chargés de faire l'article. Ils vendent au médecin les "outils de son métier."

Les médecins désireux de suspendre la pratique pendant un an ou deux et qui voudraient s'engager à dévouer tout leur temps et leur énergie à cette emploi peuvent trouver un excellent revenu.

Tous les renseignements voulus seront fournis sur demande.  
Spécifiez l'âge et l'expérience acquise et adressez

**Canadian Subscription and Publishing Co., 647 rue Craig, MONTRÉAL.**