

## 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.
  
- Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- 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.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE

### De la sclérose du rein.

(Leçon recueillie par Ls. Ph. NORMAND, M.D. assistant médecin interne.)

MESSIEURS,

Le malade que vous voyez ici souffre d'une affection que l'on rencontre assez souvent dans la pratique de la médecine; je veux parler de la maladie de Bright.

Cet homme est âgé de quarante ans et était maçon de son métier. Le 15 octobre dernier, il obtenait son admission à l'hôpital. A son arrivée, il se plaignait de dyspnée et de micturition fréquente datant de longtemps. A l'interrogatoire il nous déclare que, sauf ces accès d'oppression et ces troubles de l'urine, il avait toujours joui d'une assez bonne santé, bien qu'il eut fait un usage journalier des alcooliques pendant une vingtaine d'années. Il ajoute qu'il avait éprouvé une curieuse sensation dans les doigts. A l'analyse de l'urine faite séance tenante, on trouva une assez grande quantité d'albumine, et à l'examen microscopique la présence de cylindres épithéliaux fut nettement décelée.

Le malade n'avait jamais souffert d'œdème, cependant depuis son entrée ici, nous avons constaté un œdème passager aux membres inférieurs. Il n'a jamais accusé des douleurs lombaires.

L'examen ophthalmoscopique fait par M. le docteur Foucher ne démontra pas l'existence du trouble oculaire spécial à cette maladie: la rétinite albuminurique. Toutefois il est évident que ce malade souffre de maladie de Bright, affection dont je veux vous entretenir aujourd'hui.

Le mal de Bright se divise en deux catégories cliniquement bien différentes, à savoir: 1<sup>o</sup> le mal de Bright aigu, dont la durée dépasse rarement quatre semaines, et 2<sup>o</sup> le chronique d'emblée, dont je m'occuperai dans cette leçon, vu que c'est la forme la plus importante que nous ayons occasion de traiter.

Le mal de Bright, chronique d'emblée, se présente cliniquement et histologiquement sous trois formes principales qui sont, par ordre de fréquence:

- 1<sup>o</sup> la forme parenchymateuse,
- 2<sup>o</sup> la forme interstitielle,
- 3<sup>o</sup> la forme amyloïde.

Je vous parlerai surtout de la deuxième forme ou forme interstitielle, qui est celle dont souffre le sujet de cette leçon, puis j'ajouterai quelques mots sur les deux autres formes, et je terminerai par quelques considérations sur le traitement.

La deuxième forme de la maladie de Bright est donc la néphrite inters-

titielle, connue encore sous les noms de sclérose du rein, rein sclérosé, rein granuleux, rein contracté, petit rein rouge, rein goutteux, rein saturnin.

Dans cette forme, la lésion anatomique porte sur le tissu conjonctif ou interstitiel; le tissu parenchymateux peut être affecté, il est vrai, mais secondairement.

On rencontre ordinairement la sclérose rénale dans l'âge mûr et spécialement après quarante ans. Son évolution est lente; c'est une maladie à longue échéance: elle peut durer dix ans et même davantage.

Le rein contracté reconnaît pour principales causes l'alcoolisme, l'empoisonnement par les métaux et surtout par le plomb, la goutte, l'athérome, les maladies du cœur, l'abus du copahu, du cubèbe et quelquefois la syphilis et l'exposition au froid. Dans quelques cas exceptionnels, la cause est introuvable.

Dans la sclérose du rein, comme vous le voyez chez ce malade, l'œdème est peu ou pas apparent, sauf à la fin de la maladie; il en est de même de l'albumine qui est en moindre quantité que dans la néphrite parenchymateuse. D'un autre côté, la rétinite albuminurique est spéciale à cette forme-ci. L'hypertrophie du ventricule gauche est aussi l'apanage de la sclérose rénale. Cette hypertrophie sans lésion valvulaire, (la lésion valvulaire peut bien quelquefois accompagner la maladie), est due à la tension artérielle, et comme la sclérose du rein est une affection de longue durée, il s'ensuit que la tension qui va toujours croissante y est plus prononcée que dans la néphrite parenchymateuse ou forme à courte échéance et, par suite, il est rationnel que la forme interstitielle s'accompagne le plus souvent de l'hypertrophie du cœur gauche.

D'après Bright, la cause de cette hypertrophie du ventricule gauche serait l'impureté du sang qui, par suite, circule avec plus de difficulté et force le cœur à un surcroît de travail, d'où exagération de nutrition et hypertrophie.

Quelqu'en soit l'explication, il est probable que cette hypertrophie est spéciale au petit rein rouge, et ce symptôme existe chez notre malade.

C'est aussi dans la forme scléreuse qu'on rencontre assez souvent les hémorragies par différentes voies; chez notre malade nous avons remarqué plusieurs épistaxis.

Depuis quelques années, on accorde une grande importance à un nouveau symptôme sur lequel Dieulafoy a le premier attiré l'attention. C'est un engourdissement dans les doigts, qu'il a nommé "sensation du doigt mort." Cette sensation se présente à toutes les périodes de la maladie; elle dure  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{2}$  heure et revient par accès; elle affecte tantôt un doigt, tantôt un autre, mais rarement tous à la fois.

Dans la néphrite interstitielle, la peau est ordinairement sèche, rugueuse, pâle, anémiée. Le teint peut être *laiteux* dans toutes les formes de la maladie, mais l'est surtout dans celle qui nous occupe maintenant. Parfois, dans cette maladie, on rencontre des démangeaisons, des éczémas, des éruptions eczémateuses, des phlegmons, des érysipèles, des gangrènes etc. Quelquefois enfin, on a signalé des sueurs d'urée. Ces derniers symptômes ne se sont pas présentés chez le sujet de cette clinique. Les douleurs de reins sont rares dans la néphrite chronique, sauf dans la forme parenchymateuse.

Quant à l'urine dans le rein gouteux, elle est pâle et assez abondante ; sa gravité spécifique varie entre 1003 à 1015, non entre 1030 et 1040 comme dans la néphrite diffuse.

Enfin la polydipsie et la micturition fréquente appartiennent à la forme scléreuse et l'urémie en est la phase terminale ordinaire.

Maintenant, passons à la "forme parenchymateuse" qui est connue encore sous les noms de néphrite diffuse, néphrite tubulaire, gros rein blanc, gros rein lisse, néphrite non desquamative. Dans cette néphrite, l'altération porte sur le parenchyme ou tissu épithélial ; quelquefois elle peut porter secondairement sur le tissu conjonctif. C'est la forme la plus commune, la véritable forme de la maladie de Bright.

Le gros rein blanc se montre dans la jeunesse et marche rapidement ; sa durée est de quelques mois et rarement plus d'une année.

Cette maladie se développe le plus souvent sous l'influence prolongée du froid humide. Elle reconnaît encore pour causes les fièvres éruptives, surtout la scarlatine, mais heureusement ce n'est que par exception que la maladie devient chronique à la suite des fièvres éruptives. Elle peut être due encore aux excès alcooliques, aux grossesses répétées, à la syphilis, à l'abus du cubèbe, du copahu, et parfois la cause reste inconnue.

La forme parenchymateuse se distingue de la forme précédente, à l'examen clinique, par l'œdème qui est de beaucoup plus considérable. Comme vous le savez, Messieurs, l'œdème dans la maladie de Bright commence ordinairement à la face, surtout aux paupières, puis aux membres supérieurs, et n'affecte les membres inférieurs que par la suite, contrairement aux épanchements produits par les maladies du cœur et du foie. De plus, l'œdème albuminurique résiste davantage à l'impression du doigt. Cette forme se distingue encore de la sclérose par le teint qui est ici peu laiteux ; de plus, l'urine est foncée et sa gravité spécifique varie entre 1030 et 1040.

Le microscope révèle la présence de cylindres hyalins, granuleux etc., comme dans les autres formes, mais ils sont moins pâles que ceux de la forme scléreuse, cependant ils sont aussi larges que ceux de la 3<sup>e</sup> forme. Enfin l'analyse chimique de l'urine décèle une quantité d'albumine beaucoup plus considérable que dans le petit rein rouge. Au contraire, la rénitine albuminurique, l'hypertrophie du ventricule gauche et les troubles urémiques qui se montrent fréquemment dans la sclérose, comme nous l'avons vu, se rencontrent dans la néphrite parenchymateuse beaucoup plus rarement, surtout l'hypertrophie ventriculaire. Il est un fait digne de notre attention : c'est dans cette forme brightique épithéliale, que peuvent survenir des pneumonies lobaires, purulentes, des gangrènes et surtout des érysipèles au siège des œdèmes.

Enfin, Messieurs, nous dirons quelques mots de la troisième forme du mal de Bright, forme amyloïde, connue souvent sous les noms de rein lardacé, rein amyloïde, et rein cirieux. Le caractère de cette forme est que ce sont les petits vaisseaux du rein qui subissent l'altération anatomique, les tissus épithélial et conjonctif pouvant être affectés, mais par la suite seulement. Dans la plupart des cas, on rencontre des lésions analogues dans le foie, la rate et les intestins. On observe une hypertrophie de ces organes, tandis que la lésion intestinale se mani-

fièvre sous forme d'une diarrhée persistante et très rebelle. Je vous rappellerai que cette lésion porte sur la tunique musculaire. Le rein amyloïde se rencontre à tout âge de la vie, mais surtout de vingt à trente ans.

Comme la sclérose, le rein lardacé évolue lentement; de plus, l'œdème est ordinairement plus ou moins prononcé. Mais il en diffère en ce que la rétinite, les hémorrhagies, l'hypertrophie ventriculaire et l'urémie sont rares au cours du rein cirieux. De plus, les malades ont un teint cachectique spécial: on le comprend facilement lorsqu'on sait que cette maladie se développe chez des sujets déjà épuisés par de longues suppurations, des caries osseuses, ou encore chez des sujets cancéreux, syphilitiques, scrofuleux, phthisiques. On l'a aussi observée, mais rarement à la suite du rhumatisme chronique.

Comme vous le voyez, Messieurs, cette forme est bien distincte des autres; toutefois, lorsque le mal de Bright se prolonge, l'altération anatomique peut se porter sur les différents tissus du rein, et produire, en quelque sorte, une maladie de Bright mixte.

Avant de terminer cette leçon, laissez-moi vous donner quelques notions sur le traitement des néphrites chroniques.

A son entrée à l'hôpital, A.\*\*\* le sujet de cette clinique, a été soumis au régime lacté, qui est le régime le plus universellement recommandé dans la maladie de Bright, surtout dans la forme aiguë. En passant, je dois vous dire que le lait, dans certains cas, constipe ou même produit de la diarrhée. Alors on corrige ses mauvais effets en y ajoutant 1 ou 2 onces d'eau de chaux pour 8 onces de lait, ou bien en y ajoutant une eau minérale alcaline. Plus tard, nous avons donné un régime mixte comprenant une certaine proportion de viande.

Une chose non moins essentielle que la bonne alimentation, est que le patient doit porter des flanelles et observer un repos aussi complet que possible.

Comme traitement médical, nous avons prescrit le chlorure double d'or et de sodium, si fortement recommandé par Bartholow, à la dose de 1/30 à 1/20 de grain. Sous l'influence de ce traitement la condition de notre malade semble s'améliorer.

Actuellement, il n'éprouve presque plus de malaise du côté des voies respiratoires et génito urinaires. Les épistaxis, l'œdème etc., sont disparus, de même que la sensation du doigt mort etc.

L'analyse de l'urine ne révèle plus que des traces d'albumine et le microscope ne peut plus, pour le moment, nous montrer la présence des cylindres épithéliaux. A propos de la quantité d'albumine dans les urines, sachez qu'elle peut diminuer, mais il n'est pas probable qu'elle disparaisse..... Car, avec un peu d'attention, on finit toujours par en trouver.

Messieurs, bien que ce malade ne soit pas guéri dans l'acception propre du mot, cependant, en conséquence de l'amélioration produite chez lui, je vous recommande beaucoup cette préparation d'or et sodium qui semble nous être d'un si grand secours.

D'ailleurs, dans cette grave maladie comme dans la plupart des maladies sérieuses, il faut toujours lutter comme s'il y avait lieu d'espérer.

A part ce traitement général, il ne faut pas oublier certains médicaments nécessités par les circonstances ou par la cause déterminante de

la maladie. Ainsi, contre l'hydropisie, on emploie les diurétiques, les diaphorétiques comme le *jaborandi* et surtout son principe actif, la pilocarpine.

P.—Pilocarpine..... 3 grs.  
Eau..... 1 gr.

Dose : 6 à 8 gouttes en injection hypodermique.

Je vous recommande encore la formule suivante :

P.—Teinture de digitale.....	aa	}	2 drachmes.
Iodure de potassium.....			4 drachmes.
Teinture d'opium co.....			4 onces
Sirop de prunier de Virginie.....			1 once
Sirop de scille.....			

Dose : Une cuillerée à thé toutes les 4 heures.

Contre l'urémie, on peut employer l'injection hypodermique de morphine mais les inhalations de chloroforme et surtout le chloral avec du bromure de potassium en injection rectale sont de beaucoup préférables.

Contre la néphrite due à la syphilis, on donne les mercuriaux, de même que les iodures qui trouvent leurs applications dans le rein saturnin.

La teinture de cantharides à dose de cinq à six gouttes agit bien dans la forme parenchymateuse.

Quant aux climats, ce sont les climats secs, chauds et non variables qui conviennent le mieux aux brightiques.

J'ajouterai un dernier mot; "Soyez sobres des opiacés dans le traitement des maladies rénales" vu que les reins malades éliminent peu et qu'il y aurait peut être un certain danger d'empoisonnement.

**Rétraction du pénis.**—Le *London Medical Record* rapporte un fait assez singulier: Un homme robuste, âgé de trente trois ans, entra à un hôpital du gouvernement de Samara, présentant cette particularité d'avoir été obligé de passer un lien autour du sillon rétroglandulaire du pénis, lien qu'il avait d'autre part solidement fixé à la cuisse: lorsque le lien était relâché, le pénis se rétractait lentement et finissait par disparaître sous l'arc du pubis. Tous les moyens qu'on employait alors restaient sans résultat: l'organe ne reparuissait que lorsqu'on exerçait des tractions sur le lien. Cet état avait été constaté par le malade cinq jours auparavant, alors que, s'étant relevé la nuit pour uriner, il fut stupéfié de l'impossibilité où il était de trouver l'organe nécessaire pour effectuer cette opération; tandis qu'il était certain de son existence au moment où il s'était couché. Après de longues et patientes manipulations, il réussit à le ramener à la vue et s'en assura aussitôt avec un lien, ne se souciant pas de risquer d'assister à sa disparition complète. Il n'y avait aucune douleur péritonéale, ni rien qui pût expliquer cette étrange rétraction. Cinq grammes de bromure de potassium furent alors administrés, et, le jour suivant, le pénis resta pendant une heure sans se rétracter, puis, six jours plus tard, la rétraction avait disparu sans retour. Le docteur Ivanoff, qui rapporte ce fait, n'en a trouvé aucun de semblable dans la littérature médicale.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MÈDICALÈS.

**Du rétrécissement mitral pur.**—Clinique de M. LANDOUZY à l'hôpital de la Charité.—Il était impossible qu'on dépistât le rétrécissement mitral pur avant Laennec et Corvisart, attendu que l'auscultation est le seul moyen de le reconnaître, tandis que le rétrécissement mitral mélangé se révèle par des palpitations, des hémoptysies et de l'hypertrophie.

Or, cette lésion de la valvule mitrale sans signes frappants mérite un chapitre particulier qui, jusqu'ici, a été négligé complètement. Et pour preuve que cette assertion n'est pas une pure invention de mon esprit, que trouvons-nous dans n'importe quel livre de pathologie? Une première partie dans laquelle est décrite d'une façon magistrale toute l'insuffisance mitrale; puis, une seconde, intitulée "du rétrécissement mitral" qui se trouve être confondue avec la précédente par ce fait qu'on prétend que l'étiologie et la pathogénie sont semblables dans les deux cas. Mais, me direz vous, où est le mal de n'établir la distinction qu'au chapitre de l'anatomie pathologique? Le voici: les élèves et les médecins s'habituent peu à peu à considérer le rétrécissement comme une insuffisance retournée. Au surplus, la meilleure preuve que penser ainsi est commettre une grave erreur, c'est que l'insuffisance mitrale se révèle par des signes imposants, tandis que le rétrécissement mitral pur présente toute une période d'évolution pendant laquelle il est latent, en ce sens que, la circulation étant suffisamment assurée, aucun trouble fonctionnel n'engage le malade à venir se faire ausculter. Voilà pourquoi certains médecins ont prétendu que le rétrécissement mitral pur n'était pas fréquent; voilà aussi pour quelle raison ceux qui ont l'habitude de toujours examiner les urines sont avertis, par la présence d'un peu d'albumine, à examiner le cœur et à dépister, par suite, un rétrécissement mitral bien avant ceux de leurs confrères qui attendent l'apparition de l'œdème. Sachez donc que, quand vous posséderez le rythme du rétrécissement mitral dans l'oreille, vous aurez le droit de diagnostiquer cette affection alors même que les troubles qui la différencient de l'insuffisance feront défaut.

Et maintenant, pourquoi les malades restent-ils si longtemps sans se plaindre? C'est parce qu'il se fait du côté de l'oreillette gauche une hypertrophie suffisante pour vaincre la résistance et par suite assurer l'intégrité de la petite circulation. Mais, quant à cette hypertrophie, dont la durée est d'autant plus longue que le sujet est moins âgé et moins fatigué, succède la dilatation, c'est alors que de proche en proche vont se produire des stases qui mettront la circulation pulmonaire dans de mauvaises conditions. Puis, la stase gagnant l'artère pulmonaire, les malades pourront cracher du sang sans qu'il existe quoi que ce soit de particulier du côté des conjonctives, de la face ou des jugulaires. Et cela est si vrai, qu'à chaque instant, on se base sur l'existence de quelques râles au sommet des poumons pour porter le diagnostic d'hémoptysie, prélude de la tuberculose, jusqu'au jour où, alors que le malade est considérablement amélioré à la suite de l'applica-

tion de quelques ventouses et d'un repos prolongé, on pense à examiner le cœur. A partir de ce moment, toutefois, cet malade qui pouvait aller et venir, devient justiciable de l'hôpital. A la dilatation du cœur droit, en effet, s'ajoute une insuffisance tricuspidienné, puis un excès de tension dans l'oreillette droite, et enfin, de fil en aiguille, dans les canaux qui viennent aboutir au cœur. C'est alors qu'on voit survenir la grande asystolie locale dans les poumons, le foie où les membres inférieurs. Bref, voilà comment, un beau matin, ce rétrécissement mitral entre dans la symptomatologie des cardiopathies.

D'après tout ceci, vous comprenez aisément, je suppose, qu'il n'est pas inutile de laisser passer inaperçue une pareille lésion en clinique. Eh bien, si vous prenez la peine de relever le nombre des rétrécissements mitraux purs en clinique d'une part et en anatomie pathologique d'autre part, c'est à dire là où les auteurs vous apportent les dessins des pièces qu'ils ont vues, vous trouverez, tant en Angleterre qu'en France, que cette affection se rencontre beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme. Et ne croyez pas que ceci repose sur de simples affirmations! Durant les années 1876 et 1877, pendant lesquelles mon maître, M. Hardy, me chargea de faire un cours de séméiologie à ses élèves, je fus frappé de la fréquence du rétrécissement mitral pur chez la femme, et cela d'autant plus qu'aucun livre de pathologie même des plus récents ne le signalait. Je me mis donc, d'un côté, aidé de Durozier pour contrôler mes diagnostics, à rechercher dans tous les services de la Charité les rétrécissements mitraux purs, et, d'un autre côté, à faire le relevé de cette lésion dans les bulletins de la Société d'anatomie dans l'espace de trente ans. Enfin, je donnai à Mistress Marchal ce sujet de thèse à la condition qu'elle se donnerait la peine d'aller contrôler mon opinion dans d'autres services. Elle visita alors tous les hôpitaux, et entre autres Necker où ses diagnostics furent vérifiés par Potain. Bien plus, à ma prière, elle passa le détroit, et en Angleterre comme en France arriva à la conclusion énoncée plus haut, à savoir que le rétrécissement mitral pur ne s'observe à peu près que chez la femme.

Voilà véritablement une question qui ne manque pas, au point de vue pratique, d'être extrêmement importante, et qui n'intéresse pas seulement les gens curieux d'anatomie pathologique et d'étiologie. Si le sexe, en effet, joue un rôle aussi prédominant, nous devons voir les femmes nous apporter des antécédents tout différents de ceux de l'insuffisance. Or voici ce qu'une seconde enquête, faite non seulement dans mon service, mais encore ailleurs, a établi d'une façon non moins nette: que les deux cinquièmes des femmes atteintes de rétrécissement mitral pur sont indemnes de toute espèce d'antécédents de rhumatisme articulaire aigu. Je dis antécédent, parce qu'afin de bien prouver mon assertion par un moyen détourné, j'ai compris dans ma collection d'observations tous les malades qui présentaient de près ou de loin, à tort ou à raison, quelque chose du côté des articulations. En résumé, chez toute femme qui accuse une attaque de rhumatisme aigu bien franche, il y a fort à parier que le rétrécissement mitral pur n'est pas en cause.

Dépistons donc cette lésion pendant l'adolescence, afin d'éviter à ces malades l'asystolie consécutive à l'accouchement ou à une fausse couche. Parmi les malades, en effet, de passage dans mon service, celles



qui portaient à un âge avancé un rétrécissement mitral pur étaient des vierges de grossesse. Sur les trois qui sont à ma connaissance, la première était une religieuse qui est morte à 63 ans, la seconde encore une religieuse que vous retrouverez maintenant à l'Hôtel-Dieu, et la troisième une veuve dans l'acception propre du mot qui, pendant les sept mois que vécut son mari, n'eut jamais aucun signe de grossesse. Bref, la carrière de ces malheureuses est d'autant moins longue que la vie générale est plus active. S'il fallait vous citer des preuves que par le fait seul de la grossesse, cette femme, aujourd'hui en apparence bien portante, va devenir une malade demain, je pourrais les emprunter à Peter, à Durozier, mais je préfère vous rapporter ce que nous avons vu se dénouer ici même sous nos yeux. En deux mots, voici l'histoire : une jeune fille qui était dans le service déjà depuis deux ans pour un rétrécissement mitral pur dont on ne voyait pas l'ombre à l'extérieur, obtint, un jour, la permission de sortir pendant vingt-quatre heures. A quoi employa-t-elle son temps ? Je ne le sus qu'au bout de quelques mois en constatant l'existence d'une grossesse commençante. Quoi qu'il en soit, à partir de ce moment, elle eut quelques petites hémoptysies ; puis, au septième mois, à la suite d'une fausse couche, une véritable attaque d'asystolie, enfin, quelques mois plus tard, une nouvelle crise l'emporta. J'ajouterai, en outre, que cette affection est dangereuse non seulement pour la femme, mais aussi pour les enfants. Ainsi, chez une femme, sur dix-huit grossesses, la première seule fut menée à bien.

Lorsque je dénonçai, en 1878 et en 1879, la plus grande fréquence du rétrécissement mitral pur chez la femme, j'eus aussi la curiosité d'en rechercher la cause. Or, la seule chose que j'ai trouvée, c'est que, toutes proportions gardées, l'orifice mitral de la femme est plus petit que celui de l'homme. Rien d'étonnant alors à ce que, si de la sclérose se produit, elle aille se porter là où les pressions sont les plus considérables.

Pour terminer, je vous dirai que c'est à propos de cette affection qu'on se pose une des questions les plus graves de la pratique médicale, à savoir celle du mariage, attendu que, suivant votre réponse vous pourrez plonger dans la désolation une famille et causer le malheur d'un galant homme. Dans un pareil cas, pour ma part, je voudrais avoir le jugement d'un maître à cheveux blancs qui, lui seul, aura la chance d'éviter un malheur pour le mari et les enfants.—Praticien.

**Faut-il traiter les coliques hépatiques par les calmants ?** par M. Ernest LABBÉ.—*Société de thérapeutique.*—Je propose à la Société de vouloir bien discuter une question de pratique d'un réel intérêt, la suivante :

Un médecin est appelé près d'un malade en proie à une colique hépatique, que doit-il faire ?

Deux médicaments agissent alors à merveille contre l'élément douloureux : la morphine en injection hypodermique et l'hydrate de chloral prescrit par la bouche ou en lavement. Faut-il les employer ?

Car on peut se demander, et quelques médecins ont soutenu cette thèse, si une pareille intervention est réellement opportune à l'aide d'agents à la vérité admirablement analgésiques, mais certainement aussi capables de diminuer ou d'abolir les contractures musculaires. En d'autres termes, devons-nous, négligeant complètement l'élément douleur,

attendre patiemment, à la façon des accoucheurs devant une femme en travail, que les spasmes pénibles des conduits biliaires aient expulsé le fœtus en évitant soigneusement d'interrompre sa migration à l'aide d'agents analgésiques ?

Pour mon compte, j'ai toujours sans hésitation recouru soit à l'injection de morphine, soit au chloral, médicament tout à fait remarquable en pareil cas, pour calmer l'accès de colique hépatique, et jusqu'à présent je n'ai pas eu à regretter mon intervention.

**M. BOULOUMIÉ.** J'injecte également de la morphine aux malades torturés par la colique hépatique, persuadé que le travail d'expulsion du calcul n'est pas entravé par ce médicament.

**M. DUJARDIN-BEAUMETZ.** Plusieurs médecins, et le docteur Sénac plus particulièrement, ont, en effet, déclaré qu'il ne fallait pas calmer la colique hépatique, si l'on voulait lui laisser son effet utile. Je ne puis partager cette opinion. Je conseillerai toujours l'injection de morphine ou mieux l'association atropine et morphine.

**M. C. PAUL.** Je suis également partisan de l'injection de morphine d'une parfaite innocuité. Voici la preuve de ce que j'avance. Il y a treize ans, une de mes clientes eut en mon absence une violente attaque de colique hépatique. Plusieurs médecins consultés refusèrent absolument d'injecter la morphine dont cette femme avait été pourvue par moi-même en vue de cet accident. Au bout de quatorze jours de souffrances presque continuelles, je pus faire enfin la petite opération. Elle eut aussitôt un plein succès : l'accès calmé, plusieurs calculs furent rendus et retrouvés dans les selles.

**M. BOULOUMIÉ.** C'est également grâce à cette bienheureuse injection que ma malade fut débarrassée de son monstrueux calcul.

**M. BEDOIN.** A défaut de l'injection de morphine ou bien quand celle-ci est mal supportée, on peut recourir aux inhalations de chloroforme dont l'effet sédatif est immédiat.

**M. CADET DE GASSICOURT.** L'élément douleur n'a pas la moindre utilité pour l'expulsion des calculs biliaires ; on doit donc le supprimer quand c'est possible.

**M. C. PAUL.** On peut être quelquefois embarrassé pour établir le diagnostic différentiel au lit du malade, entre la colique hépatique et la colique néphrétique. Voici comment on arrive en un instant à juger du cas. Dans la première, le patient se replie sur lui-même, est immobile et s'enroule en quelque sorte autour de son calcul ; dans la seconde, au contraire, il se promène et s'agite.—*Bull. de la Société de thérapeutique.*

**Traitement des épanchements pleurétiques.**—Une intervention active n'est pas nécessaire dans le cas de pleurésie aiguë et lorsqu'il n'existe qu'un faible épanchement. Cantani croit, au contraire, que le repos absolu, un régime convenable, des laxatifs destinés à entretenir la liberté du ventre sont suffisants. On peut encore donner les alcalis à faibles doses, et de légers diurétiques. Quand la résorption de l'épanchement est lente, on peut essayer la pilocarpine, et l'iodure de potassium ; il ne faudrait pas, toutefois, fonder de trop grandes espérances sur ces médicaments. Si l'épanchement augmente, la question des indications opératoires doit être posée. Il ne faut pas intervenir quand l'épanchement est de bonne nature et qu'il y a encore de la fièvre, à moins qu'il existe une autre indication formelle de

l'opération. Les principales indications sont: 1<sup>o</sup> un danger immédiat pour la vie; quand la masse de l'exsudat augmente d'une manière appréciable elle peut créer un péril; 2<sup>o</sup> une résorption très lente. Le séjour prolongé d'un épanchement dans la cavité thoracique peut donner lieu à diverses métamorphoses dangereuses. Dans ce cas, il faut considérer l'exsudat comme un corps étranger et l'enlever; 3<sup>o</sup> un épanchement purulent. L'opération est indispensable pour soustraire l'économie aux dangers de la septicémie. En dehors de ces conditions, l'intervention opératoire n'est pas justifiable.

La thoracothèse doit autant que possible être faite à l'abri de l'air, avec un trocart trompé auparavant dans un vase contenant une solution antiseptique. La pression intra-thoracique est dans certains cas suffisante pour provoquer l'écoulement du liquide. Quand le thorax est parfaitement distendu, que le poumon ne peut plus se dilater, on devra recourir à l'aspiration. La première méthode est préférable parce qu'elle ne soumet pas les vaisseaux à une trop forte diminution de la pression extérieure, et qu'il n'est pas nécessaire que ces vaisseaux soient parfaitement distendus. Dans l'exécution de la thoracocentèse, il est nécessaire de prendre les précautions suivantes:

1<sup>o</sup> Le trocart doit être soigneusement désinfecté, pour cela on le lave avec une solution de sublimé ou d'acide phénique, ou, ce qui vaut mieux encore, on le passe dans la flamme d'une lampe à alcool; 2<sup>o</sup> il ne faut pas enlever trop de liquide en une fois, mieux vaut faire plusieurs fois l'opération que d'exposer le malade aux dangers qui résultent d'une évacuation trop rapide du contenu de la plèvre. En faisant disparaître brusquement la pression que supporte le poumon, on ouvre à la circulation un large territoire, le sang se précipite dans le poumon par suite de l'aspiration qui se produit, le ventricule droit devient incapable de contraction, une paralysie du ventricule droit peut survenir suivie d'une terminaison fatale.

En outre, la diminution rapide de la pression extérieure peut produire une distension extrême avec déchirure des vaisseaux. Comme la plèvre est le plus souvent capable de résorption, il suffit d'enlever une petite quantité de l'exsudat, le reste disparaîtra de lui-même; toute la question est de savoir si cette capacité de résorption existe encore. Maragliano a proposé la méthode suivante. 1<sup>o</sup> il injecte au moyen d'une seringue de Pravaz une substance qu'on peut retrouver dans l'urine comme l'acide salicylique ou l'iode.

2<sup>o</sup> Il faut soutenir les forces et donner pendant et après l'opération des excitants, en particulier du vin. Quand l'épanchement se reforme après la thoracocentèse, on la recommence; on peut en même temps injecter un liquide désinfectant et légèrement excitant qui favorise le processus inflammatoire et l'adhérence des deux feuillets pleuraux. Lorsque l'exsudat est purulent il faut l'évacuer complètement et faire le lavage de la plèvre avec une substance désinfectante. Quand le pus n'est pas très épais, on fait la ponction avec un gros trocart et on passe un tube à drainage par l'orifice; si ce procédé ne suffit pas, il faut faire l'opération de l'empyème et traiter la pleurésie purulente à ciel ouvert comme un abcès. De tous les désinfectants, Cantani préfère le sublimé parce qu'il est actif à petites doses; une solution de 1 centigr. pour 3 gr. d'eau suffit pour tuer les microbes.

On peut laver la plèvre avec une grande quantité de liquide sans avoir à craindre de phénomènes toxiques. Après l'opération, il faut combattre l'atélectasie consécutive à l'évacuation de l'exsudat. Tant que le malade ne quittera pas le lit, on lui fera respirer de l'air comprimé, parce que cet air dilate mieux qu'un autre et d'une façon mécanique les alvéoles pulmonaires. Si le poumon a complètement perdu son élasticité, de l'omphysème peut s'ensuivre. Aussitôt que le malade quitte le lit, il faut lui prescrire de longues promenades à l'air libre, surtout dans les montagnes, où des inspirations profondes produisent une véritable dilatation du poumon. Les bains froids constituent un adjuvant de l'aérotérapie : les douches froides produisent par voie réflexe une dilatation de la cage thoracique.—*Centralblatt. f. d. Therap.*—*Paris médical.*

**L'apoplexie hystérique.**—Communication faite à la *Société médicale des hôpitaux* par M. le Dr DENOVE.—J'ai eu récemment l'occasion d'observer un homme atteint d'apoplexie hystérique, accident qui, selon moi, n'est pas rare, mais n'a pas encore été décrit.

Le samedi, 10 juillet, sans aucune cause appréciable, cet homme, âgé de trente et un ans, jusque là bien portant, se levait de table, lorsqu'il perdit connaissance et s'affaissa. Il resta douze heures privé de sentiment, sans convulsions, sans évacuation involontaire d'urine ou de matière fécale, puis demeura pendant deux heures complètement paralysé du côté gauche ; la paralysie diminua ensuite, mais fut encore assez nette pour que le lendemain nous constations, à l'hôpital, un affaiblissement considérable de la face du côté gauche et une hémianesthésie. Notre malade a eu une attaque d'apoplexie, ceci est indiscutable, si nous admettons l'apoplexie telle qu'elle est définie par la plupart des auteurs. Mais si le diagnostic apoplexie ne soulève aucune objection, la qualification hystérique peut être contestée, et cela d'autant plus facilement qu'il s'agit d'un homme robuste, ancien quartier-maître de la marine, n'ayant jamais présenté d'accidents nerveux ; il est seulement un peu émotif, signe bien vague pour faire admettre l'hystérie.

Notre diagnostic est basé sur les caractères de l'hémianesthésie et sur sa cure par les agents esthésiogènes.

L'insensibilité intéressait tout le côté gauche du corps, la peau, les muqueuses, les muscles, les organes des sens.

L'anesthésie de la peau et des muqueuses, de l'oreille, fut constatée par les moyens ordinaires. L'anesthésie musculaire ressortait de ce fait que, les yeux une fois fermés, les mouvements exécutés par les membres gauches cessaient de l'être avec précision. Il y avait rétrécissement très prononcé du champ visuel, achromatopsie pour le violet, polyopie monoculaire.

L'application d'un aimant fit apparaître la sensibilité au membre supérieur gauche, en même temps que la sensibilité disparaissait au membre supérieur droit, puis l'insensibilité reparut au membre gauche. Il fallut plusieurs jours d'aimantation pour restaurer complètement la sensibilité du côté gauche et même, à un certain moment, il y eut une anesthésie des deux membres inférieurs.

Quant à la paralysie motrice, elle suivait la paralysie de la sensibilité dans ses déplacements et disparaissait avec elle. Nous avons d'ail-

leurs démontré dans un précédent mémoire, qu'on parolle circonstance la paralysie motrice est fonction de la paralysie de la sensibilité.

Nous croyons que l'hystérie peut seule produire un pareil syndrome, et seule être ainsi modifiée par les agents esthésiogènes.

Notre excellent maître, M. le professeur Charcot, enseigne qu'il y a deux espèces d'hémianesthésies, les unes hystériques, les autres d'origine organique; ces dernières seraient liées à une lésion du tiers postérieur de la capsule interne. Nous croyons qu'elles sont rares et qu'il ne suffit pas, pour les admettre, que le début des accidents ait été apoplectique et qu'il s'agisse d'un homme. Nous citons, à ce sujet, comme particulièrement intéressante, l'observation publiée par M. le professeur Vulpian et intitulée: "Hémianesthésie consécutive à une perturbation de connaissance et attribuée pendant la vie à une lésion en foyer dans le côté opposé de l'encéphale. Examen néroscopique: aucune lésion intra-crânienne."

En tout cas une hémianesthésie curable par les agents esthésiogènes nous semble exclure l'idée d'une lésion organique chez notre malade, car, si les conducteurs de la sensibilité sont détruits en un point de leur trajet, la restauration de la sensibilité par les aimants, le transfert et les oscillations du transfert nous paraissent bien difficiles à expliquer.

Étant admis que chez notre malade il n'y a point de lésion, faut-il désigner ces accidents sous le nom d'apoplexie hystérique, ou ne convient-il pas de reprendre l'expression apoplexie nerveuse des anciens auteurs? Il nous paraît, pour diverses raisons, préférable d'employer l'expression d'apoplexie hystérique.

Le mot hystérie, même quand il s'agit d'une malade, est une expression impropre, car l'utérus ne joue là aucun rôle; mais, bon ou mauvais, ce terme a pris droit de cité dans la science et, outre qu'il ne serait pas commode de trouver une nouvelle dénomination, nous ne réussirions probablement pas à la faire accepter.

Le mot hystérie ne pouvant être modifié pour désigner la névrose de la femme, nous ne saurions en présenter un autre pour l'homme présentant les mêmes symptômes, car il serait étrange d'avoir deux expressions pour désigner la même maladie dans l'un et l'autre sexe.

Enfin, le mot hystérie étant admis chez l'homme pour désigner des accidents de névrose caractérisés par l'hémianesthésie, les attaques de nerfs, etc., nous sommes obligés de laisser le même mot pour les cas d'hystérie fruste, comme celui dont je viens de vous parler.

En dehors de l'hystérie, on observe encore l'hémianesthésie (sans lésion organique) dans les intoxications saturnine, alcoolique, mercurielle; c'est un sujet sur lequel j'ai déjà attiré l'attention de la Société; j'ai fait en même temps remarquer la curabilité de ces accidents par les agents esthésiogènes. Je ne séparerai pas ces accidents de l'hystérie et je dirai qu'il s'agit d'une sorte d'hystérie symptomatique, d'une hystérie toxique. Veuillez bien remarquer que, quand un saturnin présente des accidents convulsifs, le mot d'épilepsie symptomatique ne nous choque pas; il ne me répugne pas davantage de dire qu'il s'agit d'hystérie symptomatique lorsqu'un saturnin présente de l'hémianesthésie, syndrome, pour nous, à peu près caractéristique de l'hystérie.

Le sujet que nous traitons aujourd'hui si brièvement nous paraît des plus importants; il sera prochainement étudié par M. Achard, un de nos élèves, avec les développements qu'il comporte.—*Tribune médicale.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Des prostatites chroniques.**—Clinique de M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker. (1)—Il ne faudrait pas conclure, de ce peu de fréquence, que la prostatite n'existe pas; nous en avons des exemples, et je tiens précieusement à opposer le tableau clinique qu'ils présentent à celui qu'offrent les névropathes dont je vous parlais. Aussi dois-je vous donner les éléments du diagnostic et rechercher les signes subjectifs et objectifs de la prostatite chronique vraie. Les premiers sont peu nombreux et peu marqués; les troubles de la miction sont très rares et toujours peu prononcés; l'éjaculation peut être douloureuse et laisser surtout après elle une sensation pénible; cela pourtant est rare, de même que la sensibilité générale de la région périnéale; elle varie suivant l'impressionnabilité du sujet. Quelquefois le liquide éjaculé est légèrement teinté de sang, mais alors la douleur est plus vive; il est probable qu'il existe concurremment une vésiculite. On voit, par cet exposé, le peu de valeur des symptômes subjectifs et, en particulier, de la douleur.

L'étude des signes objectifs consiste tout d'abord dans l'examen des produits prostatiques. Je ne reviendrai pas sur les indications que je vous ai données sur ce sujet au début de cette leçon, mais je vous engage à observer une réserve extrême à cet égard, lorsque les produits de sécrétion vous sont apportés par le malade et que vous n'avez pas fait sourdre le liquide vous-même au cours de votre examen. La constatation *de visu* vous manque le plus souvent, et l'analyse microscopique des liquides faite dans ces conditions vous expose à bien des erreurs sur le détail desquelles je ne puis entrer ici; je me borne à vous rappeler que les deux éléments que vous rechercherez principalement, les granulations et les leucocytes, peuvent avoir leur source ailleurs que dans la prostate. Ce n'est donc que lorsque le liquide sortira en assez grande abondance, coup sur coup, par une sorte d'éjaculation, que vous serez en droit d'en admettre l'origine prostatique. Par contre, il faudra avoir présent à l'esprit cet autre fait que certaines inflammations de la glande ne provoquent pas d'hypersécrétion et que quelques prostatites chroniques peuvent être plus ou moins sèches, sans catarrhe concomitant.

L'examen direct du malade sera l'objet d'une attention particulière de votre part. Deux voies s'offrent à vous pour cela: l'urèthre et le rectum. Bien que cette dernière exploration vous fournisse des renseignements bien plus précieux que la première, néanmoins vous ne négligerez pas le cathétérisme. Là encore, vous rencontrerez une cause d'erreur facile à éviter. En effet, la région membraneuse est la plus sensible de tout l'urèthre, et cette sensibilité s'exagère presque en raison directe de l'impressionnabilité du sujet; on peut affirmer que tout homme entaché de névropathie à un degré quelconque réagira fortement quand un instrument arrivera au contact du spineter membraneux. Or, un médecin non prévenu de ce fait pourra se croire dans

(1) Suite et fin.— Voir la livraison précédente.

la prostate, alors qu'il ne fera que franchir la région membraneuse, et cela d'autant mieux que dans beaucoup d'ouvrages il est écrit que la traversée de la région prostatique est très douloureuse, ce qui n'est pas exact.

Les plaintes du patient conduiront à admettre à un état exceptionnellement douloureux de l'urèthre postérieur et par suite l'inflammation de la région prostatique. En présence de malades de ce genre, il importe donc de se rendre un compte des plus exacts de la région de l'urèthre que l'instrument parcourt, et il faut savoir que les malades atteints de fausses prostatites, les névropathes, accuseront une vive douleur au niveau d'un certain point de l'urèthre, qui est la région membraneuse; la traversée de la prostate sera au contraire à peu près indolore. Ne croyez pas, par contre, que dans les prostatites vraies l'introduction de l'instrument fera naître des douleurs intenses. Cet examen sera, au contraire, bien supporté dans la plupart des cas, et les sensations tactiles que vous recueillerez ne seront guère différentes de celles que vous avez chez un sujet bien portant. Le cathétérisme pourra cependant vous éclairer utilement, si vous le pratiquez avec une bougie à boule, et vous trouverez sur le talon de l'instrument une certaine quantité de liquide dont l'analyse vous sera des plus précieuses.

C'est le toucher rectal qui vous fournira le plus de renseignements; là encore, il faudra vous défier de l'exagération de sensibilité de certains malades: leurs plaintes commenceront au moment où votre doigt franchira le sphincter anal, et leur exagération sera pour vous un motif de défiance. Dans la plupart de ces cas, l'examen vous fera constater l'intégrité de la portion rectale de la prostate. Une prostatite chronique amènerait souvent, d'après M. Thompson, une diminution du volume et de la consistance de la glande. Si cela était réel, ce tissu échapperait à la règle générale, car l'inflammation produirait des effets contraires à ceux qu'elle détermine dans tous les autres organes. Mais j'ai constaté ordinairement des lésions toutes différentes. La souplesse ordinaire de la prostate a disparu, celle-ci est indurée en masse et son volume est augmenté dans les proportions les plus variables, il est vrai. Cette augmentation ne porte pas généralement sur l'ensemble de l'organe; ce sont de petits noyaux plus ou moins nombreux et plus ou moins volumineux. Aux mêmes points, on trouve une induration; mais celle-ci peut exister en l'absence de saillies, et en promenant le doigt sur la face rectale de la prostate, on constate que certaines parties manquent de souplesse et d'élasticité. Il est un autre signe que vous rechercherez avant les autres, c'est la sensibilité; or, il est rare que celle-ci soit accrue dans le cas d'inflammation chronique simple de la prostate; lorsque quelques douleurs sont accusées, elles occupent la masse de la glande, quoiqu'elles soient peut-être un peu plus marquées au niveau des points indurés. Cette indolence relative vous aidera à établir une distinction entre la prostatite simple et la prostatite tuberculeuse.

Cette dernière affection peut servir de type à une description de l'inflammation chronique, car la lésion existe bien réellement. Ici, ce qui constitue la prostatite, ce n'est pas l'élément tuberculeux lui-même, mais l'inflammation périphérique, développée au sein du tissu. Or, remarquez bien ce fait, qui est démonstratif à mes yeux, chez les

taberculeux, jamais vous ne voyez un ensemble symptomatique comparable à celui que vous exposez les névropathes atteints de prétendues prostatites et d'écoulements continus et rebelles à tout traitement.

Quoi qu'il en soit, la prostatite tuberculeuse doit être distinguée de la prostatite chronique simple. Le toucher rectal permettra de le faire; le nodus tuberculeux se détache plus facilement du reste de la glande; on peut le limiter avec le doigt, tandis que les indurations de l'inflammation chronique sont ordinairement plus ou moins diffuses. La sensibilité nous guidera aussi, et, dans ces cas, la pression de ces petites masses sera vivement perçue par le malade. Enfin, des symptômes concomitants vous éclaireront surtout; presque toujours vous trouverez des lésions des vésicules et enfin des symptômes, tels que des douleurs ou des hématuries, vous mettront sur la voie. Le diagnostic n'est, en somme, embarrassant que lorsqu'il n'existe pas d'autres lésions que le nodus appréciable par le rectum.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic différentiel.

On ne confondra pas la prostatite avec la spermatorrhée. Si rare que soit cette dernière affection, elle existe néanmoins et pourrait, dans certains cas, être confondue avec un écoulement abondant de liquide prostatique projeté avec une certaine force, mais il suffirait d'examiner ce produit d'excrétion au microscope pour voir s'il contient ou non des spermatozoïdes.

La cystite est facile à distinguer, la fréquence des mictions, les douleurs pendant et surtout après l'émission de l'urine, la présence du pus, constituent un ensemble pathognomonique. L'urétrite postérieure n'est pas accompagnée, en général, de tuméfaction de la prostate et l'inflammation est limitée à la muqueuse.

Il faut toutefois se rappeler que l'urètre postérieur est une sorte de carrefour où aboutissent des conduits glandulaires de divers ordres par lesquels l'inflammation peut se propager au loin. Les glandes de la prostate et son parenchyme peuvent être par exception envahis à leur tour.

Il est difficile d'établir le degré de gravité du pronostic; mais on peut affirmer que, dans la plupart des cas, la prostatite chronique simple n'expose pas à des dangers sérieux. Ce qui assombrit le pronostic, c'est l'état mental auquel les malades sont rapidement conduits; aussi devrez-vous avoir présente à l'esprit cette fâcheuse disposition de la plupart des malades qui se croiront atteints d'une affection prostatique: vous vous rappellerez qu'il existe des livres que beaucoup d'entre eux auront lus et dans lesquels on leur représente la prostatite comme une affection des plus graves. Aussi vous hésiterez, avant de prononcer le mot de prostatite, car dans ce cas, le médecin nuit plus au malade que la maladie même.

Le premier soin à prendre pour instituer un traitement est de faire une sélection rigoureuse entre les vraies et les fausses prostatites. Ces dernières se rencontrent chez des névropathes à qui conviendra un traitement général sur lequel je n'ai pas à insister. Quant aux véritables inflammations chroniques de la glande, il n'est pas impossible d'arriver à une guérison. Celui des symptômes qui exige la médication le plus longtemps poursuivie est l'écoulement; il sera bon d'en instruire le malade dès le début. Ce traitement sera à la fois local et général. Localement, la voie rectale sera surtout profitable; on pres-



crira des lavements, laxatifs ou calmants, froids et chauds ; des suppositoires contenant de 25 à 50 centigrammes d'onguent napolitain, auquel on associera la belladone selon les cas, seront utilement employés. Par l'urèthre, les instillations trouveront leurs indications ; le titre des solutions et le nombre des gouttes varieront suivant l'intensité des symptômes. A cette médication locale s'ajoutera avec avantage une thérapeutique qui s'adressera à l'état général ; je ne puis vous donner sur ce point que des indications sommaires. Selon l'état général du malade, vous devrez ordonner soit les ferrugineux, soit une médication antistrumeuse ; les eaux minérales enfin vous offriront de précieuses ressources. En terminant, je tiens encore à appeler votre attention, autant pour le diagnostic que pour le traitement, sur la facilité avec laquelle l'état mental des malades de cette sorte est impressionné, et, chez ceux mêmes qui auront de véritables lésions prostatiques, il ne sera pas superflu de chercher à calmer la surexcitation du système nerveux.—*Gazette médicale de Paris.*

**De l'ignipuncture dans l'hypertrophie des amygdales, substituée à l'excision de ces glandes.**—A côté de l'amygdalotomie, de ses difficultés et de ses dangers d'hémorrhagie, on place depuis quelque temps l'ignipuncture qui, pratiquée autrefois, puis abandonnée, a de nouveau été proposée et pratiquée un grand nombre de fois avec succès par Cazin, Krishaber, etc.

L'opération doit se faire avec le thermo-cautère de Paquelin, au moyen du spéculum buccal de Mathieu.

Le spéculum de la bouche consiste en un bracelet légèrement aplati de haut en bas, plus large par conséquent que haut, s'introduisant à frottement entre les incisives, et présentant à sa partie inférieure un prolongement destiné à déprimer la langue. Cet instrument, poussé dans la bouche de l'enfant ou de l'adulte, est retenu par un cran en relief placé à la partie supérieure, qui, lorsque les incisives supérieures l'ont dépassé, le retient en arrière de celles-ci, sans que le malade puisse s'en débarrasser. Enfin, au niveau de l'extrémité antérieure et latérale de l'anneau, on visse un petit manche qu'un aide tient solidement pendant l'opération ; de la sorte, la bouche est maintenue ouverte, la langue est abaissée, et, pourvu que la tête soit solidement fixée, la cautérisation est extrêmement facile.

Pour pratiquer l'opération on fait asseoir le malade sur une chaise en face de soi, les jambes entre les siennes. Un aide maintient la tête solidement fixée, et on confie le manche du spéculum introduit dans la bouche à un autre aide. La tête étant légèrement renversée en arrière, les tonsilles viennent s'offrir à la vue, fortement éclairées par la lumière, que réfléchit la surface argentée du spéculum. On porte alors au rouge sombre la pointe recourbée en croc à son extrémité libre du thermocautère, on porte l'instrument dans la bouche et on l'enfonce à une profondeur d'environ un centimètre. On fait ainsi en moyenne trois boutons sur chaque amygdale, et en général la guérison est obtenue au bout de trois ou quatre séances, faites à cinq ou huit jours d'intervalle. Après chaque séance, il faut faire gargariser l'opéré avec un peu d'eau de guimauve.

Il faut bien se souvenir, pendant l'opération, qu'il faut éviter la brûlure des pilliers, car cette brûlure devient le siège d'une douleur atroce.

D'après le Dr Ricordeau, de Poitiers, qui a très complètement été lié le sujet, la thermo-cautérisation est préférable à l'amygdalotomie, malgré sa lenteur apparente, et comme innocuité et comme résultat définitif.

La méthode ignée n'est pas douloureuse, malgré l'effroi qu'elle détermine chez les petits malades.

Le malade adulte s'y soumet de bonne grâce. C'est surtout chez lui qu'elle rendra les plus grands services.

Pour opérer, la pointe du thermo cautère doit être au rouge sombre et ne pas dépasser ce degré de chaleur.

La pointe doit, à plusieurs reprises, être enfoncée à un centimètre environ sur trois points de l'amygdale, et l'opération recommencée tous les huit jours.

Cette méthode aura certainement des écueils chez les enfants indociles; mais elle est appelée à de réels succès.—*Paris médical.*

**Indications et contre-indications de la lithotritie rapide.**—*Congrès français de chirurgie.*—Les indications et contre-indications de la lithotritie rapide, comparées à celles de la taille, sont encore loin d'être fixées d'une manière définitive. M. le professeur GUYON est revenu sur ce sujet avec sa compétence spéciale, et s'est attaché à démontrer que les limites de la lithotritie, trop restrictives en Allemagne, méritaient au contraire d'être étendues plus encore qu'elles ne le sont aujourd'hui.

En effet, au dernier Congrès des chirurgiens allemands, Kœnig et Kramer avaient soutenu que la taille devait être considérée comme opération de choix. L'année précédente, cette opinion avait déjà été émise par Volkmann, Bergmann et Petersen, mais ces chirurgiens sont, depuis, un peu revenus sur leur déclaration. M. Guyon pense qu'on ne pourra plus guère, à l'avenir, songer à la taille périnéale que dans des cas exceptionnels, et chez les enfants et les jeunes gens, où elle est d'une innocuité particulière, mais, d'une manière générale, le débat devra porter entre la taille hypogastrique et la lithotritie rapide.

Au point de vue de la difficulté opératoire, de l'habileté nécessaire, des dangers inhérents à l'état de la vessie et des reins, des chances de récidive, les deux opérations sont égales. Voici les résultats obtenus par M. Guyon depuis 1878. Sur 678 opérés :

Lithotritie .....	617	avec 34 morts	soit	5,2	p. 100
Taille périnéale.....	12	— 5 —	—	41,6	p. 100
Taille hypogastrique.....	19	— 9 —	—	48,2	p. 100

Les statistiques empruntées à divers auteurs, quoique un peu différentes, montrent encore la supériorité de la lithotritie sur la taille, puisque M. Desnos, réunissant tous les cas de lithotritie rapide publiés en 1852, n'avait trouvé qu'une mortalité de 6,11 p. 100, et que M. Tuffier, procédant de la même manière en 1884 pour la taille hypogastrique, a montré que la mortalité était de 27 p. 100 et même de 15 p. 100, si l'on ne prenait que les cas dans lesquels les calculs extraits étaient de petit volume et ne dépassaient pas 30 grammes.

Examinant les causes de la mort chez ses opérés de lithotritie, M. Guyon trouve d'abord que l'âge élevé est un facteur important dans l'insuccès. Chez trois opérés de 80 à 86 ans, morts de l'opération, les

calculs étaient gros et nombreux, et peut-être le chloroforme a-t-il été pour quelque chose dans l'issue fatale ; aussi vaudrait-il mieux, dans un âge très avancé, opérer sans chloroforme ; mais, après 80 ans, la lithotritie est de choix ; il en est de même de 60 à 80 ans, où toutes les opérations sanglantes sont à redouter, et où l'on peut choisir alors, entre la lithotritie à séances prolongées sous le chloroforme et le broiement à courtes séances sans anesthésie.

Les calculs gros, de  $4\frac{1}{2}$  à 6 centimètres, offrent aussi un certain danger, puisque l'on compte dans cette catégorie 12 cas sur les 20 morts annoncées par M. Guyon. En effet, les séances sont forcément prolongées, parce que la dureté et le volume sont souvent connexes, et que les calculs volumineux sont difficiles à saisir. Néanmoins M. Guyon n'accorde pas une grande importance à la longueur des séances ; la plus longue a été de une heure trente cinq minutes, la moyenne de vingt-cinq minutes. Les dimensions extrêmes du calcul dur sont de 5 à  $5\frac{1}{2}$  centim. ; la faible consistance, due à la nature phosphatique de la pierre, pourrait permettre de dépasser 6 centimètres.

C'est pour ces cas extrêmes que doivent se poser les indications de la taille et de la lithotritie, c'est-à-dire lorsque les calculs sont nombreux ou volumineux, et que la vessie présente un état particulièrement douloureux. Quant à l'hypertrophie prostatique, elle ne met que bien exceptionnellement obstacle à la pénétration des instruments, et pour les rétrécissements infranchissables, on les incise ou on les dilate sous le chloroforme. Du reste, si ces cas donnent des résultats moins bons dans la lithotritie que pour les petits calculs, ils ne sont guère plus favorables pour la taille. Il ne faut donc pas renoncer à la lithotritie pour les calculs de 5 à 6 centimètres, mais il ne faut la faire que si l'on est assuré de pouvoir aisément exécuter les manœuvres opératoires et de les terminer complètement dans la même séance. Le point capital, c'est de veiller à ce que l'antisepsie vésicale soit parfaite ; on peut la faire aussi bien dans la lithotritie que dans la taille, et on a dans la première le traumatisme en moins. L'état des reins n'est pas plus aggravé par une opération que par l'autre, non plus que celui de la vessie ; lorsqu'il y a de la cystite, celle-ci disparaît généralement après l'opération, et ne s'aggrave que très rarement ; lorsqu'elle n'existe pas, elle ne survient que dans des cas tout à fait exceptionnels.—*Union médicale.*

**Cure radicale des hernies épigastriques.**—M. TERRIER a fait quatre opérations de hernie épigastrique qui démontrent que l'intervention chirurgicale est parfaitement indiquée dans ces cas. On fait la cure radicale de ces hernies, comme de celles pour lesquelles l'opération est classique.

Il croit donc qu'il est indiqué d'intervenir dans ces cas ; il a vu ces troubles digestifs, les accidents qui empêchaient les malades de travailler. Il a eu à traiter ainsi des hernies graisseuses, épiploïques ou intestinales.—*Congrès français de chirurgie.*

—Chez les enfants, les affections abdominales amènent facilement une hyperémie cérébrale ; il suffit de rappeler, par exemple, la fréquence des attaques d'éclampsie dans les troubles aigus de la digestion.

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

**Du massage appliqué à l'obstétrique et à la gynécologie, par M. le Dr Léon PETIT.**—*Société de médecine pratique.*—10. *Massage appliqué à l'obstétrique.*—“ Les manipulations extérieures, les frictions sur l'abdomen dans le but de soulager les douleurs de l'enfantement et de faciliter l'expulsion du fœtus ont été pratiquées de tout temps. On les retrouve indiquées par les auteurs les plus anciens. Il est presque permis d'affirmer que ces manœuvres sont contemporaines de l'accouchement lui-même. La première idée de l'homme en présence d'une femme en travail a dû être de chercher à la soulager en pressant et en frottant l'abdomen. Si vous avez le moindre doute à cet égard, reportez-vous à l'ouvrage d'Engelmann, vous y verrez que chez les peuplades indigènes de l'Amérique, au Mexique, à Siam, on pratique sur la femme qui accouche, toutes sortes de manipulations, on cherche par tous les moyens *mécaniques* à activer les fonctions naturelles. Or, comme les croyances et les pratiques se retrouvent toujours les mêmes, à quelques nuances près, chez tous les peuples à l'état primitif, il est très vraisemblable que ce n'est que grâce aux progrès de la civilisation et à une connaissance plus exacte de la marche des accouchements, que l'homme s'est décidé à rester inactif et à laisser, dans les cas normaux, la nature faire son œuvre toute seule.

“ Cependant, parmi ces manœuvres, quelques-unes ont survécu ; elles sont journellement employées et recommandées par les accoucheurs les plus autorisés. On n'a pas eu besoin d'attendre que le massage fût érigé en méthode pour connaître les manipulations auxquelles je fais allusion ici. Quel est, par exemple, le médecin qui n'a pas frictionné le bas-ventre d'une femme en couches, dans le but de réveiller les contractions utérines, ou d'opérer la version par manœuvres extérieures, ou bien encore, pour faciliter la délivrance ou pour vaincre l'inertie de l'utérus, cause si fréquente des hémorrhagies qui suivent l'accouchement ?

*Indications du massage dans les accouchements :*

“ 10. Pour réveiller les contractions utérines.

Ici l'auteur décrit l'accouchement *par expression* de Kristeller.

“ 20. Pour rectifier les positions vicieuses.

L'auteur raconte l'histoire de la version céphalique par manœuvres externes, remise en honneur par Wiegand au commencement de ce siècle (1803).

“ 30. Pour faciliter la délivrance.

M. Petit expose la manipulation de Créde.

“ 40. Enfin, après l'accouchement, pour vaincre l'inertie utérine.

“ Toutes les sages-femmes connaissent cela : elles ne manquent jamais de frictionner le ventre, avant de le bander, pour éviter les tranchées et les hémorrhagies.

“ Et puis c'est tout ! On le voit, *le massage obstétrical n'existe pas en tant que méthode spéciale.* ”

20. *Massage appliqué à la gynécologie.*—“ C'est un empirique suédois, Thure Brandt qui, le premier, en 1868, a appliqué le massage au trai-

tement des affections utérines. Tous les médecins qui se sont lancés après lui, dans cette voie, n'ont fait qu'employer sa méthode, sans la modifier sensiblement, si ce n'est dans sa forme.

“Voici quels sont les trois procédés usités pour pratiquer ce massage :

“*Massage externe*—Il consiste en frictions et en pétrissage de la paroi abdominale à travers laquelle on cherche à introduire profondément les doigts jusque dans le petit bassin. Des tapotements sur les muscles de la région lombaire et du bassin suivis de la gymnastique de ces mêmes groupes musculaires complètent ce premier procédé.

“*Massage mixte*.—On fait coucher la malade sur le dos, la tête relevée, les muscles abdominaux dans le relâchement.

“Le masseur se place à sa gauche et introduit dans le vagin l'index et le médium de la main gauche qui cherchent à élever et fixer la matrice. En même temps, la main droite presse l'abdomen pour arriver à pétrir et à comprimer l'organe qui sera alors saisi entre les deux mains.

“3o. *Massage combiné* (Méthode de Brandt).—Toutes ces manœuvres utéro-vaginales sont pratiquées par deux médecins combinant leur vigueur et leur habileté.”

À l'exemple du Dr Peterson, il faut repousser avec énergie ce *massage à quatre mains* qu'il considère comme dangereux et surtout comme parfaitement inutile.

“Répudions donc, sans hésiter, de semblables pratiques, à la fois inutiles, dangereuses et suspectes. Réservons le massage pour traiter les affections où il réussit mieux et plus vite que tout autre moyen thérapeutique ! Son champ d'action sera encore très vaste ! Et dans l'intérêt d'une méthode qui vaut beaucoup mieux que sa réputation, efforçons-nous de débarrasser le massage de toutes les exagérations malsaines qui rappellent par trop ses débuts empiriques, cette tâche originelle que les médecins sérieux auront tant de peine à effacer.”—*Journal d'hygiène*.

“**Hémorrhagies post-partum**, par R. et F. BARNES.—Les hémorrhagies peuvent être divisées en trois phases ou degrés marqués par la diminution graduelle des fonctions réflexes.

Le traitement du premier degré consiste dans la contraction utérine ; relever le moral de la malade ou exciter les nerfs périphériques en mettant l'enfant au sein, en appliquant tout à coup le froid sur l'abdomen ou en appliquant séparément ou alternativement le froid et le chaud à l'intérieur de l'utérus. La formule suivante a donné les meilleurs résultats :

Extrait liquide d'ergot,	xx à xxx gouttes.
Teinture de digitale au 1/8 <sup>e</sup> ,	xx gouttes.
Teinture de quinine au 1/60 <sup>e</sup> ,	4 gramm.
Teinture de cinnamome,	2 gramm.

Cette dose peut être répétée plusieurs fois.

“Dans le second degré, la compression directe de l'utérus sera préférée à l'action des oxytociques.

Barnes conseille de la pratiquer d'après le procédé de G. Hamilton (Edinb. Med. Journ. 1861) : On introduit les doigts d'une main dans le

vagin, derrière l'utérus, puis avec l'autre main, placée en dehors, on presse fortement l'utérus contre la main placée dans le vagin. La cavité est ainsi formée par l'aplatissement de la paroi antérieure contre la postérieure.

Au troisième degré, le procédé le plus scientifique, celui que les expériences de Radford, de Robert Barnes et Mackenzie font recommander plus particulièrement à l'attention des accoucheurs, c'est la *faradisation*. En dernier lieu, si l'utérus refuse de se contracter, si la fonction diastaltique est absente, recourir aux agents qui produisent une corrugation de la paroi interne de l'utérus et ferment ainsi les orifices de l'utérus. Deux styptiques méritent la préférence : l'iode et le fer.

Voici les formules :

Tointure d'iode iodurée.	60 gr.
Eau .....	240 "

*M. s. a.* — Il ne doit pas y avoir de précipitation d'iode, et la liqueur sera parfaitement claire si on a eu le soin d'ajouter *q. s.* d'iodure de potassium.

Le styptique ferreux se prépare avec :

Chlorure ferrique solide.	30 gr.
Eau.....	300 "

ou :

Perchlorure de fer liquide	45 gr.
Eau.....	255 "

Avant d'injecter l'un de ces liquides dans la cavité utérine, s'assurer qu'il ne reste aucun débris placentaire, et injecter d'abord de l'eau chaude pour se débarrasser des caillots et du sang qui gêneraient l'action topique des coagulants.—*Gaz. de gynécologie.*

**Mammite chronique et squirrhe du sein.**—Clinique de M. VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié.—Je vous ai souvent parlé de ce qu'on entend par signes pathognomoniques. Ces signes, comme vous le savez, sont très précieux, bien que l'on répète souvent que l'on doit s'en méfier parce que peu d'entre eux sont réellement pathognomoniques. Ceux qui ne le sont pas d'une façon certaine, c'est-à-dire ceux qui ne traduisent pas les lésions morbides vraies, n'en sont pas moins intéressants à étudier.

En effet, il y a quelque temps, une femme entrant dans notre service, à la suite de couches, pour un énorme abcès de la mamelle droite ; un premier drainage avait été fait en ville, mais il était insuffisant ; il y avait une mammite telle que nous dûmes drainer à notre tour la mamelle, de part en part pour ainsi dire. Sous l'influence de ce traitement, la malade allait mieux, lorsqu'un jour elle se plaignit de douleurs, d'élançements dans l'autre sein, surtout au niveau du mamelon. Traité à temps par des onctions avec l'onguent napolitain et par des cataplasmes, cette nouvelle mammite fut enrayée, douleur et rougeur disparurent sans qu'il fût nécessaire de recourir à aucune incision, et la malade put quitter l'hôpital à peu près rétablie. Cependant aujourd'hui elle est rentrée dans nos salles, se plaignant à nouveau de ce même sein gauche qui avait été atteint secondairement, ou mieux qui avait été menacé de phlegmon comme le sein du côté opposé.

En l'examinant, nous n'avons pas été peu surpris de constater l'existence, dans le point menacé de phlegmon, d'une plaque dure recouverte d'un tégument analogue à ce que l'on désigne sous le nom de peau d'orange, c'est-à-dire de ce signe considéré comme absolument pathognomonique du squirrhe ou cancer du sein. C'est au point que je disais aux personnes qui se trouvaient auprès de son lit, que si cette femme nous était arrivée d'emblée à l'hôpital, sans que nous ayons eu à lui donner antérieurement des soins pour un commencement de phlegmon de la mamelle, je diagnostiquerais immédiatement, sans hésitation, un squirrhe du sein, tandis que nous nous trouvions très probablement en face d'un foyer circonscrit de mammitte chronique, représentée par une plaque d'induration et que la malade nous paraissait appelée à guérir par les antiphlogistiques, les résolutifs, etc. J'ajoutai néanmoins cette réserve: à moins cependant que cette plaque ne soit réellement le signe pathognomonique d'une induration de mauvaise nature.

On a, vous le savez, accusé les traumatismes, en général, de déterminer dans certains cas, la production de tumeurs néoplasiques. Le fait est hors de doute. Or nous avons en ce moment, dans nos salles, une autre femme qui est venue nous consulter pour une induration de la mamelle droite, induration circonscrite survenue à la suite d'une contusion remontant seulement à six semaines. Il s'agit chez elle d'un squirrhe à marche rapide, développé à la suite d'un traumatisme, et j'ai soin d'ajouter que déjà antérieurement, cette même femme présentait dans l'autre sein une tumeur squirrheuse dont le début remontait à six mois. Si donc l'origine traumatique des sarcomes est fréquente, pourquoi n'en serait-il pas de même des abcès, c'est-à-dire pourquoi ceux-ci ne seraient-ils pas le point de départ d'une tumeur cancéreuse? Le fait existe, il est connu, et s'il n'est pas très commun, il n'est pas non plus extrêmement rare. Vous connaissez aussi d'ailleurs la dégénérescence épithéliale survenant à la suite d'un cautère,

En résumé, et pour en revenir à notre première malade, notre diagnostic fut donc: ou mammitte chronique avec aspect squirrheux de la mamelle, ou bien squirrhe à marche rapide, développé dans un foyer inflammatoire de date récente.

— Lorsque je me trouve en présence d'un adénome de la mamelle, j'interviens chirurgicalement lorsque je puis enlever le néoplasme dans sa totalité, parce que l'adénome du sein est une affection qui ne se généralise pas. J'ai ainsi un certain nombre d'exemples de guérison parfaite. J'agis de la même façon pour les épithéliomas du sein, que j'opère très largement lorsque l'étendue du mal me permet de franchir la zone suspecte, et j'obtiens ainsi des survies de très longue durée, équivalant presque à des guérisons.

Il n'en est pas de même, vous le savez, des tumeurs fibrokystiques, dont la tendance est la récurrence, ceci soit dit en passant.

Chez une de nos malades, atteinte d'une tumeur adéno-épithéliale de la mamelle, c'est-à-dire d'une de ces affections qui restent longtemps circonscrites avant de se généraliser, nous interviendrons également: car, si, par une opération, nous pouvons dépasser la zone suspecte, nous avons toute chance d'obtenir la guérison. Dans tous les cas, nous tenterons une première opération exploratrice qui nous permette de voir jusqu'où s'étend la tumeur, de nous rendre compte si elle a des racines trop profondes; et si nous pouvons enlever toute la partie néo-

plasiée et la dépasser même, nous le ferons immédiatement et d'autant plus volontiers que nous avons affaire à une femme jeune, robuste, jouissant encore d'un état général bon, nous donnant, par suite, toute espérance d'un succès, sinon définitif, au moins de longue durée.—*Gaz. des hôpitaux.*

**Des interventions chirurgicales dans les suppurations péri-utérines.**—Clinique de M. TERRILLON à la Salpêtrière. (1)—Le diagnostic de la suppuration établi, que vous reste-t-il à faire? Plusieurs points sont à discuter. En premier lieu, nous devons nous demander où il faut inciser. Bien que cette question soit un peu délicate à résoudre, il existe néanmoins des données générales. En effet, la logique absolue veut qu'on ouvre un abcès dans le point où il proémine le plus et dans l'endroit le plus déclive. Malheureusement il y a beaucoup d'exceptions à cette règle générale: aussi crois-je vous donner un bon conseil en vous disant de n'inciser par le vagin que le plus rarement possible. Où doit-on donc arriver? Au niveau de la paroi abdominale, en deux endroits: ou bien parallèlement à l'arcade de Fallope et très près de cette arcade, afin de ne pas tomber sur le péritoine, ou bien, et cela surtout à propos de l'hématocèle, au niveau de la ligature de l'iliaque externe, de manière à arriver indirectement sur le foyer. Quand, au contraire, la proéminence est du côté du vagin, il faut toujours se rapprocher le plus près possible du col de l'utérus.

Et maintenant, comment faut-il procéder? De deux manières: lentement ou rapidement. Ouvrir à l'aide de la pâte de Vienne, est un moyen qu'on a employé pendant fort longtemps, mais que je vous conseille d'abandonner parce qu'il fait perdre du temps. Parmi les procédés rapides nous en avons deux principaux: l'un qui consiste à se servir du thermocautère et l'autre du bistouri. Pour ma part, avec les antiseptiques et les moyens d'arrêter les hémorrhagies que nous possédons, je préfère au premier instrument, qui a l'inconvénient de produire des eschares, le second qui me permet de voir plan par plan ce que je fais et d'endormir moins profondément ma malade. Comment devons-nous donc faire l'incision au bistouri? La première condition à remplir, c'est d'être d'une propreté minutieuse. En effet, avant que d'ouvrir une collection purulente considérable, vous devez savonner la peau et la laver avec la liqueur de Van Swieten. Cela fait, vous incisez méthodiquement la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose profonde; à moins que vous ne tombiez sur une de ces parois épaisses comme le doigt, vous déchirez les tissus avec la sonde. Très souvent, vous allez avec d'autant plus d'hésitation que vous avancez, parce que vous ne savez pas si vous êtes dans la bonne direction. Eh bien, voulez-vous mettre rapidement un terme à tous vos embarras? Ayez toujours un trocart auprès de vous afin de faire une ponction avant d'ouvrir. Le foyer purulent bien reconnu, fendez largement afin que si vous tombez sur une poche anfractueuse, remplie de brides, de diverticulum, vous ne vous exposiez pas, en oubliant de laver une de ces parties, à avoir des accidents terribles,

Que nous reste-t-il alors à faire? Ici, tous les auteurs ne sont pas d'accord entre eux. Lister, par exemple, admet le drainage, mais repousse le lavage. C'est une mauvaise pratique, la grande question étant de laver

(1) Suite et fin.—Voir la livraison précédente.



à outrance, de façon à enlever le pus dans sa totalité. Quant à moi, dans les opérations de ce genre, je lave toujours, soit avec de l'eau phéniquée, soit avec la liqueur de Van Swieten, soit même encore avec de l'eau simplement bouillie. La poche bien nettoyée, il s'agit d'établir notre drainage. Or, ici encore, plusieurs précautions sont à prendre. D'abord il ne faut se servir que de drains gros comme le doigt; ensuite, on doit rejeter les tubes perforés sur toute leur longueur, parce qu'en les retirant vous écorcherez les bourgeons charnus qui ont pénétré dans les trous; puis, il est préférable de mettre deux drains au lieu d'un seul; enfin, dernière précaution sur laquelle j'ai vu insister Lister: il est nécessaire que vous vous arrangez de manière à ce que vos tubes, dont l'un doit être plus court que l'autre, ne viennent pas presser sur le fond de la poche, à cause de l'eschare qui pourrait en résulter. Ceci fait, saupoudrez votre plaie d'iodoforme ou d'une substance antiseptique quelconque, et recouvrez-la d'un pansement extrêmement large afin que votre malade ne soit pas souillée par le liquide qui va s'écouler en assez grande abondance pendant les quarante huit premières heures.

Jusqu'ici je ne vous ai parlé que de l'ouverture de ces abcès par l'abdomen; occupons-nous maintenant un peu de voir comment on pourra agir du côté du vagin. C'est dans ces cas surtout que les médecins timorés abandonnent leurs malades avec tous les inconvénients d'un abcès chronique, bien que cependant rien ne soit plus facile que d'intervenir. Comment faut-il donc s'y prendre? Après avoir introduit un spéculum vous faites d'abord une ponction avec un trocart fin et ensuite une incision avec le bistouri. Le pus écoulé, lavez la poche, mettez un ou deux drains munis chacun d'un fil qui pendra au dehors de la vulve, et remplissez le vagin d'une substance antiseptique en quantité suffisante pour ne pas l'oblitérer complètement.

Quant à faire du drainage de part en part, cette question est à peu près résolue aujourd'hui par la réponse suivante: "En général, on peut se dispenser de faire un drainage aussi complet."

L'opération achevée, combien de temps votre plaie mettra-t-elle à guérir? Généralement de vingt à trente jours, quelle que soit l'étendue du foyer. Ainsi, il y a vingt-cinq jours, appelé auprès d'une jeune femme qui avait depuis deux mois et demi des phénomènes de suppuration, j'ai fait une incision au-dessus de l'arcade de Fallope, sculpté la poche et retiré deux litres et demi de liquide. Eh bien, aujourd'hui, ma malade est à peu près guérie.

Pour terminer, je n'ai plus qu'un mot à ajouter. Vous devrez employer cette méthode, non seulement dans les cas de suppurations profondes, mais aussi lorsque le foyer s'est ouvert soit du côté du vagin, soit du côté du rectum, ou bien du côté de l'abdomen. En présence d'une fistule, n'hésitez donc pas à ouvrir ce trajet, à le racler, à le laver, car très souvent vos efforts seront récompensés par la guérison de votre malade.—  
*Praticien.*

**Nouveaux médicaments utérins.**—Le docteur HENRI HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat, a appelé l'attention des praticiens, au commencement de cette année, sur trois médicaments déjà connus en Amérique et qui, sans être très actifs, peuvent rendre de vrais services en thérapeutique gynécologique.

*Hydrastis canadensis.*—D'après le docteur L. Fellner (de Vienne),

l'extrait de cette plante, originaire d'Amérique, agit très énergiquement sur l'appareil cardio-vasculaire, l'intestin et l'utérus du chien.— Injecté à doses non toxiques (0,50 à 1 gr.), les contractions du cœur se ralentissent, mais à dose plus forte elles deviennent arythmiques et peuvent même s'arrêter. En même temps l'intestin passe par des alternatives de rougeur et de pâleur qui correspondent aux périodes d'abaissement ou d'élévation de la pression sanguine. Enfin, on a constaté simultanément des contractions très évidentes dans les vaisseaux et les muscles de l'utérus.

C'est donc un agent vasculaire, et son action thérapeutique se déduit de ses effets physiologiques, et c'est ainsi qu'à la dose quotidienne de 60 gouttes d'extrait fluide d'*hydrastis canadensis*, prises en trois fois, le docteur Schatz (de Rostock), a pu agir très favorablement contre les métrorrhagies dues à des myomes utérins, à des affections diverses de l'utérus, contre les métrorrhagies puerpérales, ou les ménorrhagies des jeunes filles, qui avaient résisté à l'emploi de l'ergot de seigle.

La durée des périodes menstruelles est abrégée et l'écoulement moins abondant.

Ces résultats si pratiques viennent d'être confirmés par les recherches récentes de Mendes de Léon qui, dans quarante cas, a pu constater de la façon la plus formelle la diminution des congestions utéro-ovariennes, à la dose de 15 à 20 gouttes de teinture administrées quatre fois par jour pendant les quinze jours qui précèdent les règles, et parfois aussi pendant toute la période intermenstruelle.

Le docteur Huchard conclut, d'après les expériences faites dans son service d'hôpital, que ce médicament mérite de prendre une place très honorable à côté de l'ergot de seigle.

*Viburnum prunifolium*.—Cette plante connue sous le nom de *Black Haw* aux Etats-Unis, fournit un extrait à forte odeur de valériane qui agit à titre de sédatif utérin. Les médecins anglais et américains, le docteur H. Wilson, de Liverpool, entre autres, en ont vanté outre mesure les propriétés anti abortives et anti-dysménorrhéiques. Huchard n'est pas aussi affirmatif, mais il en a cependant retiré de bons résultats en l'associant à la *Piscidia erythrina* douée, comme on le sait, de propriétés antalgiques.—Voici la formule qu'il recommande :

Teinture de <i>piscidia erythrina</i> .....	}	à 10 gr.
— de <i>viburnum prunifolium</i> .....		

Prendre 20 gouttes, 4 à 5 fois par jour.

Quant à l'extrait mou de *viburnum prunifolium*, c'est à la dose de 10 à 20 centigrammes par jour qu'il doit être administré pour enrayer le travail d'avortement.

*Gossypium herbaceum*.—La racine du cotonnier, cultivée en Egypte, en Asie et aux Etats-Unis du Sud, a été expérimentée et étudiée par Prochownik (de Hambourg). Sa place serait à côté de l'*hydrastis canadensis*. C'est un puissant emménagogue, plus énergique et plus sûr que le seigle ergoté.

L'extrait fluide administré à la dose de deux cuillerées à café deux à trois fois par jour, réussit très bien dans l'aménorrhée et dans la dysménorrhée, et l'emploi peut, paraît-il, en être prolongé sans inconvénient. —*Gazette de gynécologie*.

**Emploi de l'iodol en gynécologie.**—L'iodol C<sub>4</sub> I<sub>4</sub> AzH est destiné, dit-on, à remplacer l'iodoforme. Découvert l'année dernière, à Rome, dans le laboratoire du professeur Conizzaro, il a été essayé à la clinique chirurgicale du docteur Gaetano Mazzoni, qui a pronostiqué aussitôt un brillant avenir à ce médicament.

L'iodol n'a pas d'odeur désagréable et n'est pas toxique, il jouit de propriétés antiseptiques puissantes, anesthésie le point d'application et favorise la cicatrisation des plaies.

Il est presque insoluble dans l'eau (1 : 5000), mais très soluble dans l'alcool (1 : 3), dans l'éther, le chloroforme, l'acide phénique, la glycérine. Son prix est relativement assez élevé, 250 francs le kilo. P. Ménière l'emploie depuis quelque temps à la clinique de la rue des Grands Augustins, en solution dans la glycérine alcoolisée dans les proportions suivantes :

Iodol .....	1
Glycérine.....	15
Alcool .....	30

Jusqu'à présent, les métrites granuleuses et ulcéreuses du col ont été seules traitées par ce mélange qui amène rapidement la cicatrisation.

Quelques résultats très favorables viennent d'être également constatés dans plusieurs cas de *vulvite mucipare*, affection fréquente chez les jeunes lymphatiques, et excessivement rebelle à tous les moyens locaux.—*Gazette de gynécologie*.

**Traitement de l'aménorrhée chlorotique,** par le Dr MÉNIÈRE.—L'analogie des propriétés chimiques du manganèse avec celles du fer, a porté les thérapeutes à admettre l'analogie des propriétés médicinales. La constatation de la présence simultanée de ces métaux dans le sang et de leur diminution réciproque chez les anémiques, vient d'ailleurs à l'appui de cette hypothèse. Suivant moi, toutefois, ces deux métaux ne doivent pas être placés sur la même ligne et, d'après mes observations, le manganèse doit être préféré dans le cas d'aménorrhée d'origine chlorotique ou anémique. Le bioxyde de manganèse est le composé auquel j'accorde la prééminence; je l'associe à une petite quantité d'aloès et l'administre régulièrement trois fois par jour, suivant la formule suivante :

Bioxyde de manganèse .....	5 gram.
Aloès socotrin.....	5 gram.
Savon médicinal.....	Q. S.

F. s. a. 50 pilules.—Une à deux pilules une heure avant chaque repas.—*Gazette de gynécologie*.

**Traitement de la coqueluche,** par le Dr MONTZ.—Chaque jour on fait faire à l'enfant quatre inhalations d'une solution phéniquée à 1 p. 100, ou d'une solution de benzoate de soude à 5 p. 100. À l'intérieur, on administre dans du lait, toutes les deux heures, une dose qui varie selon l'âge, de l'une des deux poudres suivantes : Chlorhydrate ou tannate de quinine, mélangé à du benzoate de soude et à du sucre blanc. Le tannate est le sel de quinine le plus facile à administrer aux enfants.—*Union médicale*.

## PÉDIATRIE.

**Modes pathogéniques, formes et traitement de la péritonite tuberculeuse des enfants.**—La péritonite tuberculeuse des enfants présente certains traits particuliers, qu'il est utile de connaître, quand on veut porter un pronostic exact. Elle est, en général, plus bénigne que chez l'adulte. Elle donne grande prise à la thérapeutique; c'est là encore un point qui intéresse le praticien.

A propos de plusieurs cas de péritonite tuberculeuse qui se sont rencontrés dans son service de l'hôpital des Enfants, M. le professeur Grancher mettait récemment en lumière les différents modes pathogéniques de cette maladie, traçant ainsi un des chapitres de l'histoire encore si nouvelle des portes d'entrée de la tuberculose dans l'organisme.

Nous détacherons pour nos lecteurs quelques uns des aperçus que le professeur de clinique des maladies infantiles répand dans son enseignement de jour en jour plus goûté.

I. Dans l'une des observations citées par M. Grancher, il s'agissait d'une fillette de treize ans qui était entrée une première fois à l'hôpital, ayant dans la région sous-hépatique une tumeur assez volumineuse pour faire songer à un kyste hydatique, en même temps qu'elle accusait un peu de diarrhée et une toux légère. Après trois semaines de soins l'enfant sortait très améliorée, mais pour rentrer six mois plus tard avec des signes de cachexie véritable, les téguments décolorés et infiltrés, sans qu'il existât d'albumine, et une leucocytose accentuée. Quelques semaines de traitement convenable ont encore produit dans l'état de la malade une amélioration équivalente à une résurrection. L'enfant a retrouvé de la force, refait du sang et des muscles, ses voies digestives fonctionnent régulièrement. Cependant, on ne peut la dire guérie, car le ventre est demeuré tendu et légèrement douloureux au niveau du flanc droit: là où existait la tumeur constatée pendant son premier séjour à l'hôpital, la palpation décèle encore une rénitence diffuse, un défaut de souplesse; en ce point persiste probablement la lésion abdominale, cause profonde des accidents qui ont à deux reprises alié l'enfant. En outre l'examen stéthoscopique du thorax permet de constater l'existence d'une pleurésie droite en voie de disparition.

Un petit garçon à peu près du même âge a présenté un tableau clinique à peu près identique. Il entra une première fois à l'hôpital pour une maladie du ventre, qui, dit-il, était gros et douloureux. En trois semaines, il est guéri. Mais, quelques mois après, il revient ayant de la diarrhée, avec un ventre tendu, assez dur, douloureux en un point limité. Ce point auquel l'enfant porte invariablement la main chaque fois qu'on lui demande où il souffre, correspond à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse. A ce niveau existe une intumescence qui est le siège d'élanements et le point de départ de coliques irradiées. L'examen stéthoscopique du poumon droit montre que la sonorité, les vibrations vocales, l'intensité du murmure respiratoire sont diminués dans toute la hauteur, surtout à la base, sans qu'il y ait râles, ni souffle. Le poumon et la plèvre sont donc vraisemblablement le siège de lésions peu profondes mais diffuses. Le poumon gauche

est absolument sain, de même que le côté gauche du ventre n'est le siège d'aucun phénomène insolite; cet enfant semble n'être malade que par une moitié de son corps. Son état général est meilleur que celui de la petite fille citée plus haut; il n'a pas comme elle une leucocytose dont on ne peut trouver l'explication dans une hyperplasie de la rate ou des ganglions, et qui n'a pas été signalée jusqu'ici comme une conséquence de l'entéro-péritonite chronique.

Car c'est bien d'une péritonite tuberculeuse chronique, ayant eu pour point de départ une typhlo-côlite tuberculeuse et ayant secondairement déterminé une tuberculose pleurale ou pleuro-pulmonaire, qu'il s'agit chez les deux enfants dont nous venons de tracer l'évolution, chez tous deux d'allure bénigne et curable de façon plus ou moins définitive.

En regard de ces deux cas se place celui d'une petite fille de deux ans et demi, qui, vers le 1er avril, présenta de l'amaigrissement, des douleurs abdominales, de la constipation et de l'anorexie. Elle entre à l'hôpital avec un ventre énorme, la palpation permet de percevoir des crépitations péritonéales. Ses poumons paraissent sains à l'auscultation. Après huit jours d'un traitement approprié, une amélioration évidente se produisit, le ventre devenait moins douloureux et moins dur. Mais l'enfant prend la rougeole, puis la diphtérie et meurt.

L'autopsie montre une tuberculisation péritonéale généralisée. Les muscles même de la paroi abdominale sont infiltrés de tubercules. L'épiploon est rétracté en masse. Les intestins sont agglutinés, leurs tuniques amincies, on trouve des granulations sur leur surface externe, mais pas d'altérations de la muqueuse. Il existe des tubercules à la surface du foie et de la rate, mais non dans leur parenchyme. En revanche, les poumons contenaient des tubercules trop disséminés pour qu'ils eussent pu se révéler par des signes stéthoscopiques, et plusieurs ganglions bronchiques étaient caséux. Dans ce troisième cas, il est permis de penser que la tuberculose est passée de la cage thoracique dans la cavité péritonéale, puisque la muqueuse intestinale était saine.

La thèse de notre distingué collègue, M. Boulland, sur la tuberculose pleuro-péritonéale (1885) nous fournit un exemple très net de ce mode d'envahissement secondaire du péritoine par une tuberculose primitivement pleuro-pulmonaire. Un homme arrive à l'hôpital avec une pleurésie qu'il attribue à un refroidissement, trois semaines après il sort, sans que la résolution de cette pleurésie soit complète. Il revient deux mois après mourir et à l'autopsie on trouve au sommet du poumon un bloc de tubercules caséux, dans le reste de l'organe, des tubercules miliaires, un semis de tubercules couvre la plèvre pariétale et viscérale; le péritoine sous-diaphragmatique en est couvert aussi.

Par contre, dans une observation citée par M. Buequoy, à l'autopsie d'une jeune fille de 18 ans enlevée en peu de temps par une péritonite tuberculeuse, on trouva les poumons et les plèvres indemnes, mais les deux ovaires étaient tuberculeux, l'un d'eux complètement caséifié.

De l'examen comparatif de ces différents faits se dégage la notion des divers processus qui président à l'apparition de la péritonite tuberculeuse. Une cavité séreuse close de toutes parts comme le péritoine ne peut être envahie par les bacilles tuberculeux, que s'ils y sont appor-

tes du dehors par effraction ou s'ils y sont amenés par les voies circulatoires sanguines ou lymphatiques.

II. La pénétration de bacilles venus du dehors pourrait être admise en cas de ponction du péritoine avec un trocart infecté; mais c'est là une vue théorique. La science ne nous a fait connaître aucun exemple de ce mode d'infection.

Par contre, trois voies différentes sont mises en lumière par l'observation clinique.

La première est la voie intestinale. Il est un point du tube digestif qui, par sa configuration anatomique, oblige en quelque sorte le contenu de l'intestin à stagner plus longtemps; c'est le coude droit du côlon; c'est en ce point que s'accumulent souvent les matières fécales et l'obstruction entraîne l'apparition d'une typhlo-côlite attestée par des douleurs coliques, des nausées ou des vomissements. Que dans les aliments, lait ou viande, se trouvent des germes tuberculeux, séjournant plus facilement en ce point, ils provoquent des ulcérations de la muqueuse (entérite tuberculeuse) qui devient le point de départ d'un engouement par paralysie de la musculature; puis la séreuse s'enflamme, soit par simple voisinage, soit plus habituellement par extension du processus tuberculeux. Cette typhlo-côlite tuberculeuse avec péritonite localisée donne lieu à une tumeur remarquable par son siège constant au dessous du foie et au niveau du coude droit du côlon. Un traitement approprié fait cesser l'engouement typhlo-côlite et enraye l'inflammation péritonéale; tout paraît rentrer dans l'ordre jusqu'à ce que les mêmes accidents se renouvellent pour disparaître encore.

Il se peut aussi que la propagation des bacilles se fasse par les voies lymphatiques à travers le diaphragme, de la séreuse péritonéale à la séreuse pleurale, et voici la forme péritonéo-pleurale constituée

Le mode inverse n'est pas moins net; tuberculisation pulmonaire, puis pleurale et plus ou moins longtemps après péritonéale, telle est la forme pleuro-péritonéale. Le plus souvent toute phthisie se termine par la dissémination des bacilles dans les autres séreuses par les voies lymphatiques et par les principaux viscères par la voie sanguine; on a plus d'une fois constaté des bacilles dans le sang des tuberculeux; les bacilles sont des microbes immobiles, mais ils peuvent être pris et entraînés par des globules blancs même sous leur forme bacillaire, ou plus facilement encore sous leur forme sporulaire.

Enfin l'observation de M. Buequoy est un exemple de la propagation de la tuberculose au péritoine par la voie génitale (métrite, ovarite tuberculeuses). Et elle est loin d'être rare. M. Brouardel a fait connaître, il y a déjà longtemps, son histoire.

Enfin on peut citer un cas de M. Lannelongue où une péritonite tuberculeuse localisée à la fosse iliaque eut pour point de départ une coxalgie tuberculeuse.

Chacun des modes pathogéniques que nous venons d'indiquer commande-t-il une symptomatologie spéciale? Les symptômes cliniques sont-ils parallèles aux causes? Oui et non.

S'il est vrai que les premiers symptômes en date puissent être dans un cas la diarrhée ou la constipation, la douleur et la tumeur de la région typhlo-colique, que dans un autre les phénomènes péritonitiques aient été précédés par des signes d'une inflammation pleurale ou

pulmonaire,—ou dans d'autres cas enfin par des troubles <sup>antérieurs</sup> dans la sphère génitale,—il est vrai aussi que des circonstances indépendantes du processus pathogénique peuvent venir modifier le tableau clinique.

Que les tubercules se soient agglomérés sur le tronc de la veine porte ou un grand nombre de rameaux des veines mésentériques, voilà une ascite constituée. D'abondance faible ou moyenne, elle n'entrave pas le diagnostic; mais si elle est très abondante, comme dans un cas cité par Hemoy, où la ponction évacua à plusieurs reprises 10 à 14 litres de liquide, on peut chez un adulte se demander si la cause n'en est pas une cirrhose hépatique. Quand le malade est un enfant, cette idée est à écarter. D'ailleurs la ponction une fois faite, l'exploration méthodique de l'abdomen rend le diagnostic plus facile.

La présence des tubercules le long des canaux biliaires avait déterminé un peu d'ictère avec décoloration des selles dans un cas vu par M. Grancher.

La compression des troncs nerveux du bassin par les exsudats péritonitiques rendait compte de la sciatique double, qui a été signalée par Chomel, Louis, (thèse de Petrasu).

L'inverse de la forme ascitique avec saillie énorme du ventre, c'est le cas où celui-ci est plat et même excavé en bateau par suite de la sclérose et de la rétraction du mésentère et de l'épiploon.

Telles sont les principales difficultés qui peuvent obscurcir le diagnostic de la péritonite tuberculeuse et dont il est bon que le clinicien ait le souvenir présent.

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse est très diversement apprécié par les auteurs: il en est qui le déclarent fatal dans un temps rapproché; d'autres le croient plus bénin, d'autres enfin affirment la curabilité possible et même peu exceptionnelle.

Cette divergence s'explique peut-être par une insuffisante distinction entre les divers processus pathogéniques.

Si le péritoine n'est atteint par la tuberculose que consécutivement à l'infection générale de l'économie, à coup sûr le pronostic est des plus sombres. S'il l'est consécutivement à la typhlo-côlite tuberculeuse et partiellement, et c'est peut-être le cas le plus fréquent chez les enfants, le pronostic est beaucoup plus bénin et l'on peut espérer une guérison plus ou moins durable.

La curabilité de la péritonite tuberculeuse est incontestable. Spencer Wells ouvre le ventre d'une femme à la selle il croyait enlever un kyste. Il constate une péritonite tuberculeuse, lave soigneusement la cavité et referme le ventre. La femme guérit complètement. M. Bucquoy a cité plusieurs cas de guérison complète; une femme a pu se marier, avoir des enfants et demeurer guérie. M. Grancher a vu guérir parfaitement dans le service de M. Blachez une jeune fille qui avait une péritonite avec ascite, dont la nature tuberculeuse était attestée par la submatité et les craquements d'un sommet pulmonaire.

Il ne faut jamais oublier que le tubercule est, comme l'ont démontré les premiers travaux de M. Grancher, une néoplasie à tendance à la fois fibreuse et caséuse. Cette notion précieuse est venue corriger celle qui avait conduit Laënnec à un fâcheux scepticisme au point de vue de la curabilité et du traitement de la phthisie; Laënnec n'avait vu que le processus de caséification. Maintenant qu'il est avéré que les tubercules

ont le plus souvent, au contraire, une tendance à évoluer dans le sens fibreux, à provoquer autour d'eux dans les tissus une réaction inflammatoire chronique destinée à les enkyster et à opposer une barrière à leur extension, nous ne devons jamais désespérer de réussir à favoriser cette évolution vers l'état fibreux.

C'est à l'hygiène alimentaire et aux révulsifs patiemment réitérés que nous devons recourir.

Les vésicatoires de petite dimension, mais nombreux, seront successivement appliqués sur les points où la douleur et la rénitence indiquent l'existence du travail péritonitique. Les applications de collodion élastique alterneront avec les moyens révulsifs.

Des laxatifs doux, huileux, feront cesser l'accumulation des matières dans l'intestin.

En cas de début intestinal, des lavements donnés avec de grandes précautions, tour à tour émollients et antiseptiques, favoriseront la cicatrisation des lésions intestinales, s'il en existe.

L'alimentation sera légère, simple, nutritive sous un petit volume. lait, œufs, viande rôtie, poudre de viande, glycérine. Le traitement reconstituant aura pour base l'huile de foie de morue, à doses progressivement croissantes et les toniques. L'hémoglobine, essayée depuis quelque temps a paru donner quelques résultats en favorisant la rénovation hématique.—DR P. LE GENDRE, in *Concours médical*.

**De la pathologie de la méningite cérébro-spinale**, par le professeur E. HENOCCH.—L'auteur décrit sous le nom de méningite cérébro-spinale une forme particulière de méningite simple, non tuberculeuse, qui est plus fréquente dans l'enfance qu'on ne l'admet généralement, dont l'étude est de la plus haute importance au point de vue du diagnostic et dont la caractéristique réside non seulement dans sa marche à longue durée, mais aussi dans l'alternative d'amélioration et d'aggravation de ses symptômes, alternative qui le plus souvent laisse le médecin pendant un temps très long en suspens entre la crainte et l'espoir. L'évolution des cas de ce genre est généralement la suivante: les enfants jusque-là bien portants présentent tout d'un coup une fièvre vive qui persiste les jours suivants avec de faibles rémissions matinales, une céphalalgie intense, fréquemment des vomissements, et une raideur de la nuque plus ou moins considérable et plus ou moins douloureuse, plus rarement enfin de la contracture des muscles des extrémités et de l'hyperthésie cutanée. Au bout de deux semaines à peu près, la fièvre cesse, les autres symptômes disparaissent également et tout paraît vouloir marcher à souhait, mais néanmoins la raideur de la nuque, tout en étant moins considérable, ne disparaît pas complètement et témoigne ainsi de la persistance de la maladie.

Après un intervalle, le plus souvent de courte durée (24 heures à plusieurs jours), la fièvre réapparaît à nouveau, l'état général devient plus mauvais, les douleurs de la tête et la raideur de la nuque reprennent leur intensité première.

Ces rémissions et ces exacerbations peuvent se répéter plusieurs fois dans le cours de la même semaine, le plus souvent le médecin est pris de doute au sujet du diagnostic exact qu'il a posé au début de la maladie, il songe de plus en plus à la méningite tuberculeuse, mais cependant l'état du malade s'améliore de nouveau progressivement et au



bout de sept à dix semaines, et même plus, survient la guérison définitive. L'auteur n'a jamais observé de cas de ce genre qui se soit terminé par la mort.

La véritable nature de cette méningite ne nous est guère connue jusqu'ici. Le traitement n'a aucune influence sur la marche de la maladie; M. Hénoch insiste particulièrement sur ce point. Au point de vue anatomo-pathologique, il semble qu'on ait affaire à un processus qui, d'après ses symptômes, envahit les méninges du cerveau et moins celles de la moelle épinière.

L'étiologie de ces cas est toujours très obscure; nous ignorons surtout quels sont leurs rapports avec la méningite cérébro-spinale de nature infectieuse. Cette dernière peut évoluer, sans aucun doute, avec les symptômes esquissés ci-dessus. M. Hénoch a eu l'occasion de vérifier ce fait dans plusieurs cas survenus à Berlin pendant l'épidémie qui a sévi dans cette ville au printemps de 1885. Mais il est néanmoins impossible de ranger tous les cas de ce genre dans la méningite cérébro-spinale infectieuse.

La maladie n'affecte pas toujours cette marche lente qui lui semble spéciale. En effet, l'auteur communique l'observation de deux enfants (deux frères) qui ont présenté le type de la forme "aiguë" et "foudroyante."

M. Hénoch décrit ensuite en peu de mots ce qu'il appelle le "symptôme de Kernig." Celui-ci consiste en une contracture des fléchisseurs au niveau de l'articulation du genou pendant que la cuisse est maintenue dans la flexion sur le bas ventre. Il a eu l'occasion d'observer ce fait chez plusieurs malades atteints de méningite.

Enfin l'auteur communique une observation de méningite de la base en rapport avec une otite moyenne purulente. A l'autopsie de cet enfant on trouva tous les ventricules remplis d'une quantité très considérable de pus jaune, liquide, sans que pendant la vie, rien n'ait pu faire soupçonner une accumulation de liquide aussi exceptionnelle dans les ventricules cérébraux.—*Revue des mal. de l'enfance.*

### Étude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies des enfants, par le Dr ALBERT MONTEUUIS.

La fièvre a dans les maladies des enfants une forme toute particulière et une physionomie propre, dont les traits particuliers, comme le fait très bien remarquer le Dr Monteuuis, n'ont été reproduits en entier, jusqu'à présent, par aucun auteur.

Le début en est brusque, sans le frisson initial qui peut être remplacé par des convulsions.

L'hyperthermie est rapide et considérable. La marche de la température est insolite et désordonnée. Le pouls très rapide n'est pas un bon miroir de l'état fébrile, à cause des nombreuses anomalies que sa fréquence présente, même dans l'état de santé. Les troubles de la nutrition amènent promptement un amaigrissement considérable. Ce qui domine parmi toutes ces manifestations morbides, ce sont les troubles du système nerveux qui peuvent, à l'occasion d'une pneumonie, affecter tout l'aspect des affections cérébrales.

Les indications thérapeutiques fournies par cet état sont au nombre de trois; 1<sup>o</sup> Diminuer la combustion fébrile; 2<sup>o</sup> Calmer, soutenir le système nerveux; 3<sup>o</sup> S'opposer à la dénutrition rapide de l'organisme.

Or, les médicaments antipyrétiques nouveaux répondent bien à ces indications.

Une première série de ces médicaments, dont l'usage est maintenant à peu près abandonné, comprend l'acide phénique, l'acide salicylique, le salicylate de soude et le salicylate de bismuth employé encore dans la fièvre typhoïde, surtout contre les troubles intestinaux.

La série nouvelle, qui n'est pas épuisée, embrasse la résorcine, la kaïrine, dont les effets sont comparables à ceux de l'acide phénique, l'antipyrine, la thalline.

Le Dr Monteuuis a établi par des observations la valeur propre de quelques-uns de ces agents thérapeutiques.

Celles qui concernent la thalline, recueillies dans le service de M. Descroizilles, sont intéressantes parce que l'étude de ce médicament a été très incomplète en France. D'excellents résultats ont été obtenus avec la dose de 30 centigrammes par jour de thalline, administrée en deux fois, dans la fièvre typhoïde.

L'antipyrine, qui paraît appelée à rester plus que tous les autres antipyrétiques, a fait merveille dans le service de M. Desplats. De nombreuses observations en témoignent.

La dose utile n'a pas, en général, dépassé un gramme en deux fois dans la journée.

Après avoir défendu les antipyrétiques contre les principales accusations qui sont dirigées contre eux :

- 1<sup>o</sup> De ne pas agir sur l'agent pyrogène ;
- 2<sup>o</sup> D'abaisser la température et non la fièvre ;
- 3<sup>o</sup> D'être sans action sur la durée, la marche et la terminaison des maladies.

4<sup>o</sup> D'avoir une action de trop courte durée ;

Et, spécialement, contre les antipyrétiques nouveaux :

- 1<sup>o</sup> De provoquer des sueurs qui épuisent le malade ;
- 2<sup>o</sup> D'amener parfois de l'hypothermie ;
- 3<sup>o</sup> D'ébranler le système nerveux par des changements brusques de température ;

4<sup>o</sup> D'exercer une action nocive sur l'organisme, et particulièrement sur certains organes centraux, en ajoutant des phénomènes toxiques aux phénomènes morbides.

L'auteur est amené à se demander, avec M. Desplats, si chacun des antipyrétiques nouveaux n'a pas des indications spéciales et s'il ne faut pas, suivant la maladie, donner la préférence à l'un sur l'autre.

Cette étude si intéressante a été inaugurée, pour l'antipyrine, par M. Huchard, auquel nous devons d'ailleurs le premier travail complet qui ait été fait sur l'antipyrine en France.

« Je suis convaincu, dit M. Huchard, que l'antipyrine est presque le spécifique des accidents fébriles, non seulement de la phthisie pulmonaire, mais de presque toutes les maladies du poumon. Il y a, sur les affections congestives et inflammatoires de cet appareil, une action élective du médicament; action que des observations nombreuses m'ont démontré. — *Revue des maladies de l'enfance.*

## FORMULAIRE.

**Diarrhée.**—*Loomis.*

P.—Teinture de lavande comp.....	2 onces
Teinture d'opium.....	4 drachmes
Teinture de rhubarbe.....	4 "
Huile de sassafras.....	40 gouttes

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé après chaque selle. Dans le cas d'in succès ajoutez une once de teinture de catechu—*Maryland Medical Journal.*

**Leucorrhée.**—

P.—Chlorure de potasse.....	3 drachmes
Teinture d'opium.....	3 "
Eau de goudron.....	8 onces

M.—*Dose* : De une à trois cuillerées à thé dans une chopine d'eau chaude, en injection, matin et soir.—*Philad. Medical Times.*

**Rhumatisme chronique.**—*Do Costa.*

P.—Iodure de potassium.....	2 drachmes
Vin de colchique (racines).....	3 "
Extrait fluide de cimicifuga.....	4 "
Eau de menthe.....	q s. pour faire 4 onces.

M.—*Dose* : Un drachme tous les trois heures.—*Leonard's Medical Journal.*

**Lumbago.**—*Burgharve.*

P.—Collodion.....	} aa p. aeq.
Teinture d'iode.....	
Ammoniaque liquide.....	

En applications locales au moyen d'un ponceau.—*Canadian Practitioner.*

**Fièvre typhoïde.**—*Dr F. P. Porcher.*

P.—Esprit d'éther nitreux.....	$\frac{1}{2}$ once
Acétate de potasse.....	1 à 2 drachmes
Chlorate de potasse.....	1 drachme
Solution d'acétate d'ammoniaque.....	1 once
Teinture d'aconit.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Elixir parégorique.....	2 à 3 drachmes
Eau.....	q.s. pour faire 4 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à dessert toutes les 2 ou 3 heures, tant que dure la fièvre.—*Journal of the American Med. Assoc.*

**Diarrhée de la fièvre typhoïde.**—*Bartholow.*

P.—Nitrate d'argent.....	3 grains
Opium.....	6 "
Ipecacuamha.....	6 "

M.—Faites 12 pilules.

*Dose* : Une toutes les 4 ou 6 heures.—*Leonard's Medical Journal.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DES A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, DÉCEMBRE 1886.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser **par lettre**, à l'Union Médicale du Canada, Tiroir 2010, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70 rue St. Denis à Montréal.

L'abonnement à l'Union Médicale est de **83.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat poste payable au Dr A. Lamarche.

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

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

MM. AMBREE PRINCE & C<sup>ie</sup>, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France ont les fermiers exclusifs de l'Union Médicale pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LEGARE.

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

## La profession médicale canadienne-française aux Etats-Unis.

Dans une lettre adressée à l'Indépendant, de Fall-River, et reproduite par Le Messager, de Lewiston, M. le Dr Bohemier, de Waterbury, Conn., suggère aux médecins canadiens français pratiquant aux Etats-Unis, l'idée de se former en association, dans un but d'encouragement et d'assistance mutuels. Nous reproduisons en entier cette lettre que nous recommandons à l'attention de nos lecteurs pratiquant aux Etats-Unis.

« D'après la statistique de l'Almanach canadien français de M. T. O. Paradis, plus de 167 médecins canadiens français exercent leur profession aux Etats-Unis. Ceux-ci sont pour la plupart étrangers les uns aux autres, et ce manque d'union fait qu'il n'en résulte aucun bénéfice pour le bien de la profession médicale en ce pays.

« Ayant eu l'honneur d'assister comme délégué à la 2<sup>e</sup> Convention des Canadiens Français du Connecticut, j'ai pu voir et admirer ce que l'esprit d'union et de fraternité a pu faire pour l'avancement de nos compatriotes. Depuis la dernière Convention tenue à Meriden, on peut voir que ses délibérations ont déjà commencé à porter des fruits; car des clubs de naturalisation se forment dans différents centres de la Nouvelle-Angleterre.

« A Waterbury nous avons établi un club de naturalisation, dont la première séance a eu lieu le 8 octobre.

Le bien produit par ces réunions d'hommes délibérant sur les différentes questions qui nous intéressent, m'a donné l'idée d'un projet que j'exposerai bien humblement à vos lecteurs et à mes confrères tout particulièrement.

" Il s'agirait de la fondation d'une société de médecins canadiens-français aux États-Unis.

" Si je ne me trompe, personne, je crois, n'a encore émis cette idée et pourtant elle est d'une grande importance à plusieurs points de vue.

" Une telle association tiendrait une assemblée annuelle dans un endroit choisi chaque année. S'il est important que les canadiens français en général tiennent une convention chaque année, est-il moins important que les médecins, cette classe de la population canadienne qui est, sans contredit, une des plus, sinon la plus instruite, tiennent au moins une réunion par année, afin de pouvoir se connaître et s'aider mutuellement ?

" Les médecins canadiens des États-Unis sont tous des hommes de talents. Un bon nombre d'entre eux sont parvenus à de hautes positions civiles et sociales ; j'en citerai un seulement, le Dr L. J. Martel, de Lewiston, Me. qui a représenté les Canadiens du Maine si dignement à la législature de cet État.

" Une Société des médecins canadiens nous ferait beaucoup de bien en ce pays, en ce qu'elle ferait connaître à nos confrères étrangers les talents et les brillantes aptitudes de notre nationalité en médecine et autres professions, comme en toute branche d'industrie. Tous les ans, un assez bon nombre de jeunes médecins arrivent dans le pays afin de se créer une position. Il manquent quelquefois d'encouragement et de conseils. D'autres ne réussissent pas du tout. S'il existait une Société médicale canadienne, cette Société tiendrait un registre des endroits aux États-Unis où un médecin est nécessaire, et les jeunes médecins qui arrivent pourraient s'adresser au comité exécutif dont les membres seraient en mesure de les guider vers un bon endroit et de leur prodiguer en même temps des bons conseils acquis par des années d'expérience.

" Quand un médecin canadien se trouverait dans un cas embarrassant, il aurait le privilège de consulter les officiers ou les membres du comité exécutif de la Société, lesquels seraient les membres les plus capables de la Société. Inutile de dire que dans ces cas embarrassants, tout médecin canadien appartenant à la Société aimerait mieux recourir à l'aide de ses compatriotes qu'aux étrangers, pour la raison qu'il pourrait s'expliquer plus clairement et avec moins de gêne.

" Il est d'une grande importance que cette " Société des médecins canadiens français des États-Unis " s'établisse avant longtemps, pour l'avancement de tous les médecins canadiens des États-Unis. Il va sans dire que le plaisir de rencontrer et de serrer la main tous les ans à tous ses confrères, disciples d'Esculape, ne doit pas être compté pour rien. Ne serait-il pas doux de nous assembler en Convention tous les ans, nous, médecins canadiens de la Nouvelle-Angleterre, des États du Centre, de l'Ouest et du Sud, et de quelle grande admiration une telle assemblée ne remplirait pas les médecins américains, eux qui sont si fiers sur les sociétés médicales ? Il existe des sociétés de médecins allemands en grand nombre aux États-Unis, les médecins canadiens seraient-ils moins que les allemands ? Ont-ils moins de talents, ne réus-

sissent-ils pas aussi bien qu'eux ? Formons une société, confrères canadiens, et cela le plus tôt possible.

“ J'espère que MM. les médecins canadiens-français des Etats-Unis voudront bien émettre leurs opinions et leurs idées dans les journaux, et pour ma part je suis anxieux de voir comment ce projet sera reçu par mes confrères.”

D'un autre côté, M. le Dr Sirois, de Three-Rivers, Mass., dans une communication également reproduite par le *Messenger*, émet une idée semblable. “ Si nos rapports, entre confrères, dit-il, sont parfois tendus ; si le peuple, qui devrait nous respecter, nous compte avec les charlatans qui nous environnent ; si ceux-ci nous envahissent ; si nos confrères américains ne font que pen de cas de nous, si nos rapports avec le clergé même, ne sont pas toujours au-dessus de tout reproche, la faute en est à nous, médecins canadiens. Nous ne faisons rien pour améliorer notre position.

“ L'an dernier j'avais l'honneur de suggérer une convention médicale... Il n'y aurait pas seulement que la profession médicale qui en bénéficierait ; ce serait un bien pour tous : pour nos paroisses, pour la nationalité. N'est-il pas pénible que les médecins canadiens, qui forment ici un des éléments puissants pour l'avancement des nôtres, ne se connaissent pas, ne peuvent pas même se compter.

“ Chacun de nous doit faire ce qu'il peut de bien dans son centre pour ses compatriotes et la profession, c'est bon, mais en nous voisinant plus, nous pourrions apporter chez nous de l'expérience et de la lumière des autres. Confrères, à quand la première convention médicale canadienne ? ”

Nous engageons vivement nos abonnés des Etats-Unis, et ils sont nombreux, à prendre en sérieuse considération les suggestions de MM. les Drs Bohemier et Sirois. Les médecins canadiens actuellement établis aux Etats-Unis se comptent par centaines et il y aurait tout avantage pour eux à se former en association non-seulement dans un but de mutuel encouragement, mais aussi pour s'affirmer hautement, pour établir en quelque sorte aux yeux de leurs confrères américains, allemands, etc., le fait de leur existence comme corps et de leur importance comme médecins. Si quelques-uns de nos lecteurs des Etats-Unis désirent traiter cette question dans notre journal, nous les prions de croire que les colonnes de l'UNION MÉDICALE leur sont ouvertes et que nous nous ferons un véritable plaisir de les aider dans un mouvement qui a toutes nos sympathies.

---

### Les médicaments secrets en Allemagne.

---

Le *New-York Evening Post* publiait dernièrement la note suivante :

Quelle révolution terrible aurait lieu dans le monde de nos vendeurs de médicaments patentés, si la police de New-York suivait l'exemple de la police de Berlin, qui émane sans cesse des bulletins du genre de celui-ci :

“ Le négociant, Paul Heider, de cette ville, No 28 Rue Anklamer, vend actuellement, sous le nom de *thé de la montagne du Hartz*, un mélange de fleurs de lavande, de racine de sassafras, de menthe et de diverses autres plantes, le tout pesant 50 grammes. Le prix en

“ est de 50 pfennigs et le médicament est annoncé à titre de remède.  
 “ Une analyse officielle a fait voir que la valeur exacte et réelle d'un  
 “ de ces paquets est à peine de 10 pfennigs.”

Ces allemands sont chanceux! Ce n'est pas dans notre bonne province de Québec que les autorités se donnent autant de trouble pour protéger le public contre le fléau des remèdes secrets et des *nostrums*. Allons donc, on nous dit que certains de nos gouvernants seraient des premiers à recourir aux soins des vendeurs de racine! Comment pourrions nous, après cela voir, la législature émaner des ordres à l'effet de soumettre à une analyse sérieuse tous les médicaments patentés qui nous inondent? Ce serait pourtant un bien grand service à rendre à l'hygiène publique. Nous nous figurons l'effet que produirait la note suivante dans la *Gazette Officielle* :

“ Le Sieur Ignarus Purgeroide, domicilié au No..... Rue .....  
 “ à Chalatanaville, offre en vente sous le nom de “ Elixir Magique,”  
 “ une infusion d'herbe à chat, d'écorce d'orme, de racines de chardon  
 “ et de feuilles de framboisier, le tout mis en flacons de 3 demiards au  
 “ prix de un dollar le flacon: Spécifique contre le *béribéri*. Une ana-  
 “ lyse minutieuse a démontré que la valeur exacte d'un de ces flacons  
 “ ne dépasse pas un demi-centin.”

Mais à quoi bon la censure et à quoi bon les analyses? Bien souvent le public n'y voit goutte, et continue comme de plus belle à se faire berner, pour la plus grande gloire du charlatanisme et de la blague.

### Petite correspondance.

*M.M. les Rédacteurs*—Veuillez, dans le prochain numéro de L'UNION MÉDICALE, donner la formule de la liqueur de Barreswil.

Y. Y.

R.—La liqueur de Barreswil ressemble beaucoup à celle de Fehling. En voici la formule :

Crème de tartre.....	50 grammes.
Carbonate de soude .....	40 “
Sulfate de cuivre.. .....	30 “
Potasse à la chaux.....	40 “
Eau q. s. pour que le tout fasse un litre	

*M.M. les Rédacteurs*.—Vos remarques au sujet de certaine question de déontologie médicale (UNION MÉDICALE, livraison de novembre, page 527) m'engagent à vous soumettre un cas à peu près analogue à celui que vous venez de décider.

Je traite actuellement, dans la famille d'un de mes meilleurs clients, un jeune homme affecté de syphilis. Le malade a, durant les cinq ou six premiers mois du traitement (institué par un confrère aujourd'hui absent), suivi fort négligemment et d'une façon tout-à-fait irrégulière les indications de son médecin, de sorte que les résultats n'ont pas été merveilleux. Depuis que le cas m'est échu, j'y ai apporté la plus grande attention. Or, malgré une thérapeutique aussi bien dirigée que possible, et appuyée de l'autorité d'un confrère appelé en consultation, le cas progresse bien lentement sans aller positivement mal. Il y a amélioration évidente, mais ce ne va pas assez vite au gré des intéressés. Or voici qu'un confrère, visant probablement à me supplanter dans cette

famille, ne se fait pas scrupule de faire dire, dans l'entourage de mon malade, qu'il a fait des études sérieuses sur cette maladie, qu'il la croit dans ses moindres détails et qu'il se fait fort de la guérir, insinuant par là, MM. les Rédacteurs, que je ne suis qu'un ignare ou un malhabile, et que *lui* peut réussir en un tour de main dans le cas en question. Cette manière de parler est-elle, je vous le demande, conforme à l'étiquette professionnelle ?

DOCTEUR V.....Montréal.

R.—Ne vous étonnez pas outre mesure des dires du confrère dont vous vous plaignez. La jalousie professionnelle est une de plaies du corps médical et vous devez vous estimer heureux si elle ne vous sert pas plus mal encore. Si contraire qu'elle soit à la dignité professionnelle, la manière de dire de votre *bienveillant* confrère constitue une des nombreuses formes que sait prendre le dépit jaloux arrivé à un certain degré. N'en ayez nul souci, et continuez à traiter en paix votre malade. Un mot de conseil seulement : Cherchez bien dans vos souvenirs et tâchez de vous rappeler si vous n'auriez pas, autrefois, rendu quelque service au confrère dont vous avez à vous plaindre en cette circonstance. La plupart du temps, ce sont les gens qui nous doivent le plus d'obligation qui nous servent le plus mal à l'occasion ; cela les dispense de la reconnaissance.

— — —

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BROWNE DR B. B — *The Curette as a diagnostic and therap utic agent in Gynæcology and Obstetrics*, p.p. 6, Baltimore 1886.

*First Annual Report of the Board of Health and vital statistics of the common wealth of Pensylvania*, 1 vol. 1885.

— — —

## NOUVELLES MÉDICALES.

Confrères de la ville, méfiez-vous du client inconnu qui vient frapper à votre porte en dehors des heures de consultation, et qui demande à *attendre le docteur !* Si votre servante a la malencontreuse idée de lui permettre d'entrer, vous aurez l'ennui de constater, après son départ, la disparition de votre stéthoscope, d'un coupe-papier, ou encore celle d'un volume de prix, voir même de votre paletot ou de votre parapluie ! *Caveant consules !*

**Nécrologie.**—Au Tonkin, le 11 novembre dernier. M. Paul BERT.— A Philadelphie, le Dr J. G. RICHARDSON, professeur d'hygiène à l'Université de Pensylvanie. — A Brooklyn, le Dr W. H. DUDLEY, un des fondateurs du *Long Island College Hospital*.

Le Lieutenant Colonel John MOORE, chirurgien et assistant *Purveyor* a été choisi par le président Cleveland, comme chirurgien-général de



l'armée des États-Unis, en remplacement du chirurgien général R. Murray, appelé à faire valoir ses droits à la retraite.

Par la mort de Lady Wilson, veuve de Sir Erasmus Wilson, le Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre vient d'être mis en possession du legs d'un million de dollars que Sir Erasmus, par son testament, avait laissé à cette savante institution.

L'encouragement accordé aux *Archives of Gynæcology, Obstetrics and Paediatrics* durant l'année 1886, a été tel que les administrateurs de cette remarquable revue, MM. Leonard & Co., ont résolu d'en faire un journal bi-mensuel. Nous souhaitons au confrère tout le succès qu'il mérite.

Les trois médecins le plus en renom aujourd'hui en Angleterre sont Sir William Jenner, Sir William Gull et Sir Andrew Clark. Chacun d'eux est à la tête d'une clientèle qui lui rapporte à peu près \$60,000 par an. On dit que Sir Andrew Clark, appelé récemment auprès d'une riche cliente, à Nice, reçut pour honoraires la bagatelle de \$25,000.

**Société médicale de Montréal.**—La *Société médicale*, ainsi que nous l'avons annoncé dans notre dernier numéro, a repris le cours de ses séances régulières. La première réunion, tenue le 5 novembre, a été consacrée à l'élection du Bureau pour l'année 1886-87. Le scrutin a donné le résultat suivant : *Président* : Dr. J. I. DESROCHES ; *premier vice-président* : Dr. H. JEANNOTTE ; *deuxième vice-président* : Dr. A. A. FOUCHER ; *secrétaire-trésorier* : Dr. H. E. DESROSIERS ; *assistant secrétaire-trésorier* : Dr. C. N. BAIRY ; *Conseil* : les Drs. E. P. LACHAPELLE, A. T. BROUSSEAU, A. LAMARCHE, N. FAFARD et E. DUQUETTE.

A cette séance, ont été élus membres actifs : les Drs. H. Jeannotte, A. Barolet, C. N. Barry, F. Jeannotte, J. R. Giroux, T. Cypihot, A. O. Gervais et A. Cheval.

Les réunions de la Société ont lieu à l'Université Laval, rue Notre-Dame, le 1er et le 3e vendredi de chaque mois, à 8.30 hrs., P. M.

**Banquet des étudiants et des anciens élèves de l'Université Laval à Montréal.**—Le 20 novembre dernier, les étudiants des Facultés de médecine et de droit de l'Université Laval à Montréal offraient, à l'hôtel Richelieu, un somptueux banquet à leurs professeurs et aux anciens élèves de cette institution. M. Honoré Gervais, élève en droit, président du comité d'organisation, présidait à la table d'honneur, ayant à ses côtés M. l'abbé Marcoux, Vice-Recteur, l'Hon. M. Chauveau, l'hon. M. Chapleau, les honorables juges Jetté, Mathieu et Ouimet, tous professeurs à la Faculté de Droit, MM. les Drs. E. P. Lachapelle, A. Lamarche, A. G. Ricard, A. Dagenais, J. A. Laramée N. Fafard, S. Lachapelle, A. A. Foucher et H. E. Desrosiers, professeurs à la Faculté de médecine, M. V. T. Daubigny, directeur de l'École Vétérinaire française affiliée à l'Université Laval, M. l'abbé C. Tanguay, docteur ès lettres, M. l'abbé Ecrément, de l'Achévêché de Montréal, etc., etc.

Les convives étaient au nombre de 179.

Le menu, excellent et varié, faisait honneur à la cuisine du Riche-lieu, et tous ont su en tirer un admirable profit. Le meilleur entrain et la plus cordiale gaieté n'ont cessé de régner parmi les convives.

Au dessert on a lu des lettres d'excuses de Son Honneur le maire Beaupré, du R. P. Turgeon, S. J. Recteur de Collège Ste. Marie, du R. P. Lefebvre, O. M. I. Supérieur des Oblats, de l'honorable F. X. A. Trudel, sénateur, et de M. C. C. de Lorimier, professeur à la Faculté de Droit. Puis les santés suivantes ont été portées.

*A Léon XIII*, par M. Honoré Gervais, président du banquet.

*A la Reine*, par l'honorable M. Chapleau.

*Aux Universités Sœurs*, par M. Théophile Maréchal, réponse par M. Patton, de l'Université McGill et par M. Fairfield, de l'Université Bishop.

*A l'Université Laval*, par M. Adolphe Chauvin, élève en droit; réponse par M. l'abbé Marcoux, Vice Recteur.

*A nos professeurs*, par M. Alfred Duhamel, élève en médecine; réponse par l'honorable M. Chauveau, les hon. juges Jetté et Mathieu, les Drs. E. P. Lachapelle et A. Lamarche et M. V. T. Daubigny, M. V.

*Aux anciens élèves*, par M. G. Villeneuve, élève en médecine; réponse par M. E. P. Lafontaine, M. P. P.

*A la presse*, par M. T. Cardinal; réponse par MM. R. Lemieux, de la *Patrie*, et A. Mosher, du *Herald*.

*Aux Dames*, par M. G. C. Bovy, étudiant en médecine vétérinaire; réponse par M. V. Morin.

Nous félicitons nos jeunes amis les étudiants du succès qui a couronné la fête organisée par eux, et nous applaudirons volontiers à l'idée d'avoir, chaque année, de ces fraternelles agapes. Les confrères de Québec ont leur traditionnelle *fête aux huitres*; pourquoi n'y aurait-il pas à Montréal le *banquet annuel* des étudiants?

## VARIÉTÉS.

### Les gens qui ne mangent pas.

Comme le docteur Tanner qui, en 1879, resta plus d'un mois sans manger, un Italien, M. Succì, vient de faire, à Milan, un jeûne de trente jours, sous la direction d'une commission composée de savants, expérience qu'il renouvelle en ce moment même à Paris.

Quoique ces faits paraissent extraordinaires, la science médicale a eu plus d'une fois à enregistrer des cas semblables, et beaucoup plus curieux.

Ainsi, en 1865, une jeune paysanne demeura plusieurs mois sans manger, ce qui ne l'empêchait pas d'être vive et alerte comme de coutume. Les médecins employèrent tous les moyens pour lui faire prendre quelques aliments, sans pouvoir y réussir. Elle ne voulait même pas prendre un morceau de viande; la vue seule lui faisait mal.

Cet état, contraire à la nature, est une maladie fort rare, à laquelle la médecine a donné le nom d'inappétence. A ce sujet, nous signalerons un cas singulier, auquel on est peu disposé à ajouter foi, quoique cependant il fasse l'objet d'un volumineux mémoire rédigé par le docteur Mansaint, médecin qui vivait au commencement du dix-septième siècle, et qui en fut témoin...

En 1616, aux environs de Sens, un jeune paysan, Jehan Godeau, âgé de neuf ans, refusa, tout à coup, un jour, de manger. Le lendemain, il fit de même, et le surlendemain également. Les parents, justement inquiets, firent venir Mansaint. Quoique le docteur ne pût expliquer ce phénomène étrange, il constata que Jehan se portait bien, et qu'il n'avait aucune trace de fièvre.

Quinze jours, un mois, deux mois se passèrent avant que Godeau consentit à manger; ce qui ne l'empêchait pas d'aller travailler aux champs, et de courir les bois. Cela dura ainsi *cinq années*... Jehan était devenu célèbre, on venait en procession le visiter, tout le monde voyait là un miracle.

Au bout de cinq ans, dit le mémoire, l'enfant éprouva subitement une grande faiblesse, et mourut. L'autopsie pratiquée par Mansaint ne révéla rien de particulier.

Au point de vue médical, l'inappétence est moins rare qu'on ne le supposerait. On la remarque moins parce que presque toujours elle accompagne les autres maladies. Les malades mangent peu ou point pendant un certain laps de temps. C'est l'effet de l'inappétence.

Cette maladie devient extraordinaire et rare lorsqu'elle se présente seule.

C'est encore l'inappétence que l'on retrouve dans certains cas de catalepsie. On a vu des personnes, atteintes de ce mal, demeurer pendant quinze jours ou trois semaines engourdies et comme mortes; cependant elles vivaient, mais il se produisait comme un arrêt dans l'organisme humain, et l'estomac ne digérant plus, ces personnes pouvaient ainsi vivre sans manger.

On peut, du reste, avec un régime spécial, habituer l'estomac à prendre peu de nourriture, parce qu'alors il se resserre progressivement. On cite un vieil avare qui était arrivé à ne vivre qu'avec des olives confites.

Cette faculté de *ne pas manger* est bien une maladie, puisque, en bonne santé, on ne peut guère supporter la diète plus de trois à cinq jours selon les tempéraments. Les personnes pourvues d'embonpoint la supportent plus longtemps, parce qu'elles se trouvent nourries par leur propre graisse. Différentes substances peuvent prolonger l'existence. Ainsi le tabac, l'opium, l'herbe mâchée calment la faim. On vit également plus longtemps en buvant souvent, par petites gorgées, de l'eau pure. Dans un rapport militaire, on cite un officier naufragé qui a pu vivre quarante-cinq jours sans manger, en buvant souvent, mais avec modération, de l'eau-de-vie.

Les gens qui ne mangent pas par suite de maladie tombent sous l'influence d'un engourdissement général.

Les personnes qui ne mangent pas à cause de la privation d'aliments, misère, famine, naufrages, éprouvent, au bout d'un certain temps, des hallucinations généralement agréables.

Les exemples sont nombreux de marins qui, après avoir vogué plusieurs jours en pleine mer sur des épaves, et aiguillonnés par la faim, prétendaient voir autour d'eux des jardins plantés d'arbres ou des tables garnies des mets les plus délicats, et souvent, les malheureux, trompés par l'illusion, se précipitaient gaiement dans la mer, disant qu'ils allaient enfin manger.—FERDINAND HOLE, in *Hygiène pratique*.

# TABLE DES MATIÈRES

1920

- A chacun le sien, 93.  
 Abscès, du sein, prophylaxie des, 78 ; traumatiques de l'abdomen, 148 ; de la langue, 118 ; de la région ano-rectale, traitement des, 498.  
 Abdomen, abcès traumatique de P, 148.  
 Abas de charité, 43.  
 Accidents de chemin de fer, paralysies consécutives aux, 399.  
 Accouchement, le seigle ergoté est-il indiqué pendant P, 124, 169 ; des causes de mort subite pendant et après P, 174 ; suppression de la douleur dans P, 362 ; emphyème sous-cutané dû au travail de P, 406 ; ampliation du périnée et de la vulve durant P, 443 ; dans l'état hypnotique, un, 313 ; par le siège, expression de la tête dans P, 405 ; modo primiparum chez certaines secundipares, de P, 503 ;  
 Acide, plémique, traitement de l'indigestion par P, 160 ; dans les maladies de la peau, 420 ; en pulvérisation dans le traitement des grands ulcères de la jambe, 389 ; sulfureux, dans la désinfection des habitations, 314.  
 Acné, traitement de P, 87 ;  
 Acte médical et ses amendements, P, 522 ;  
 Adolescents, de la cyphose des, 207, 253 ; exostose des, 258 ;  
 Adonis vernalis, 99 ;  
 Air, dans les veines de l'utérus, mort par pénétration de P, 29 ;  
 Albuminurie, maladie de Bright sans, 396 ;  
 Alopecie, traitement de P, 89.  
 Amenorrhée, la santoline dans P, 33 ; traitement de P, 42, 234, 554  
 Ampliation du périnée et de la vulve pendant l'accouchement, 453.  
 Amputation de la cuisse, à lambeau antérieur, 366 ; au tiers inférieur, 487.  
 Amygdales, de l'ignipuncture dans l'hypertrophie des 544.  
 Amygdalite, traitement de P, 376, 427.  
 Anémie, traitement de P, 250.  
 Angine, granuleuse, traitement de P, 138 ; de poitrine, nature et traitement de P, 393.  
 Anthrax, traitement sans incision, par la méthode antiseptique, 259.  
 Antipyrétiques nouveaux dans les maladies des enfants, les, 560.  
 Anurie, éclampsie puerpérale et, 215.  
 Anus, traitement du prurit de P, 42 ; emploi de la cocaïne dans le traitement de la fissure à P, 389.  
 Apoplexie hystérique, de P, 539.  
 Arsenic dans la chorée, des effets de P, 301.  
 Ascite, la ponction précoce dans P, 107 ; symptomatique des tumeurs de l'abdomen, 218.  
 Association médicale du Canada, 382, 418 ; 493, 493.  
 Asthénie, traitement de P, 137.  
 Asthme, iodothérapie et, 153 ; traitement de P, 186, 427.  
 Atonie stomaco-intestinale, traitement de P, 41.  
 Atrophie progressive des muscles chez les enfants, 134.  
 Auscultation dans la phthisie, quelques notes sur P, 481.  
 Avortement, le seigle ergoté est-il indiqué pendant P, 124, 169.  
 Bains tièdes, de la jugulation de la fièvre typhoïde par la quinine et les, 440 ;  
 Banquet des étudiants et des anciens élèves de l'Université Laval, 568.  
 Baudruche dans le pansement des brûlures et des vésicatoires, de la, 448 ;  
 BEAUSOLEIL, Dr J. M., Déontologie médicale, 150 ;  
 Bee-de-hèvre, du gavage après l'opération du, 168 ;  
 Belladone, accidents toxiques survenus à la suite de l'application d'un emplâtre de, 13 ;  
 Bleunorrhagie, des injections antiseptiques dans le traitement de la, 256 ; jacaranda lanceifolia contre la, 279 ; décoction de citron dans le traitement de la, 312.  
 Bouche chez les enfants, sur quelques affections de la, 224.  
 BOUTRQUE, Dr. E. J., Le délire chronique, 193 ;  
 Bright, de la nature de la maladie de, 493 ; sans albuminurie, maladie de, 396 ;  
 Bronchite, chez les enfants, traitement de la, 466 ; chronique, traitement de la, 41, 137, 427.  
 Brûlures, traitement des, 329, 448.  
 Bulletin bibliographique, 17, 94, 143, 238, 285, 335, 476, 525, 567.  
 Bureau, central d'examineurs, 281, 330, 381 ; des Gouverneurs du C. M. C. 377, 470.  
 Caféine, son emploi dans les affections du cœur, 490.  
 Calcul biliaire, du, 1.  
 Calomel, dans la thérapeutique de la cirrhose hypertrophique du foie et des maladies internes en général, du, 151 ; en injection dans le traitement de la syphilis, 180.  
 Camphre, empoisonnement par le, 184.  
 Cancer, cocaïne dans le, 198 ; de l'estomac, traitement du, 138, 248 ; utérin, traitement du, 234.  
 Cannelle, dans les métrorrhagies, la, 30.  
 Cathétérisme rétrograde, du, 24  
 Chancere mou, diagnostic du, 212 ; traite-

- ment du, 280; fréquence, étiologie, symptomatologie, durée et traitement du, 259.
- Charlatanisme en herbes, le, 474.
- Charlatans anglo-américains, les, 475.
- Charité, abus de, 43.
- Chaux, dans les affections glandulaires, du chlorure de, 329.
- Chimiste en chef au département du Revenu de l'Intérieur, la nomination d'un, 237.
- Chlorose chez la femme, diagnostic de la, 131.
- Chorée, traitement de la, 186, 325, 376; des effets de l'arsenic dans la, 301.
- Chûte de l'utérus, de la, 406.
- Cicatrice, épithélioma de la jambe consécutif à une ancienne cicatrice, 396.
- Cirrhose hypertrophique du foie, du calomel dans la thérapeutique de la, 151.
- Citron en decoction dans le traitement de la blennorrhagie uréthrale, 312.
- Clients, médecins et, 94.
- Cocaine, hydrochlorate de, 12; empoisonnement par la, 185, 295; son emploi dans le cancer, 198; emploi dans le traitement de la fissure à l'anus, 389.
- Cœur, un nouveau tonique du, 45; dilatation et hypertrophie sans lésion valvulaire, 393; de la caféine dans les affections du, 490.
- Colique, traitement de la, 127.
- Coliques hépatiques, faut-il les traiter par les calmants, 536.
- Collège des M. et C. P. Q., la contribution annuelle du, 285; assemblée triennale du, 377.
- Coma diabétique, le, 491.
- Concours de l'internat, 239.
- Conserves de tomates, empoisonnement par les, 154.
- Constipation, traitée par la suggestion hypnotique, 235; habituelle, traitement de la, 521.
- Contagion de la fièvre typhoïde, 364.
- Contribution annuelle au C. M. C., la, 285.
- Couvalescence, de la fièvre de, 204.
- Copneluche, traitement de la, 14, 41, 59, 137, 222, 554.
- Correspondance, petite, 431, 526, 566.
- Coryza aigu, traitement du, 470.
- Crâne, fracture lu, 69; traitement par la trepanation, 262.
- Crises prémenstruelles, 128.
- Croup, traitement antiseptique du, 37; spasmodique, traitement du, 280.
- Cubitus, par cause indirecte, fracture du, 26.
- Cuir chevelu, étiologie et traitement du pityria is du, 419.
- Cuisse, amputation à un niveau antérieur, 306; amputation au tiers inférieur, 457; traitement nouveau des fractures de, 357.
- Cyphose des adolescents, de la, 207, 253.
- Cystite chronique, traitement de la, 451.
- Décès, 48 144, 192, 240, 384, 432, 480, 528.
- Déchirures du périnée chez les primipares, prophylaxie des, 263.
- Délire, chronique, le, 193; avec conscience, 221.
- Dentition, son rôle dans la pathologie infantile, 222; traitement de la, 329.
- Dents, soins à prendre dans l'extraction / des, 309.
- Déontologie, médicale, 139, 150; M. le Dr Beausoleil et le code de, 187; une question de, 343.
- Dermatite exfoliative chez les enfants nouveau-nés, de la, 136.
- Désarticulation du genou, comparée à l'amputation de la cuisse, la, 487.
- Désinfection des habitations privées et publiques au moyen de l'acide sulfureux, 344.
- DÉSOSTÉIENS, Dr H. E., Accidents toxiques survenus à la suite de l'application d'un emplâtre de belladone, 13; notes de thérapeutique, 98; clinique de thérapeutique, 211, 289, 337, 385.
- Diabète, de quelques manifestations du, 345; étude clinique sur quelques points de l'histoire du, 443; chez la femme, 74; chez un enfant de treize ans, 83; sucre, traitement du, 152; glycosurie chez les vieillards, 205.
- Diarrhée chronique, traitement de la, 60, 562; des enfants de six semaines à trois ans, 417; fébrile, traitement de la, 521; de la fièvre typhoïde, traitement de la, 562.
- Dilatation, précoëtale de la vulve, de la, 213; de l'estomac et fièvre typhoïde, 348; du cœur avec hypertrophie, sans lésion valvulaire, 393.
- Diphthérie, traitement antiseptique de la, 37; troubles moteurs et paralysies dans la, 156; considérations sur la, 437.
- Douleur, dans les accouchements, suppression de la, 362.
- Dysenterie chronique, traitement de la, 41.
- Dysménorrhée, la sautoine dans l'aménorrhée et la, 33; traitement de la, 42.
- Dyspepsie, traitement de la, 470; flatulente traitement de la, 41; des liquides, traitement de la, 392; des enfants, de la papaine dans la, 168.
- Eau chaude en gynécologie, de l'emploi des injections d', 365.
- Eclampsie puerpérale et aurie, 215.
- École Vétérinaire Canadienne-française de Montréal, 381, 478.
- Écoulement de l'oreille, considération générales sur les, 49.
- Eczéma, ses diverses formes, 325; de la vulve, traitement de l', 42; des enfants, de l', 137; unguinaire, traitement de l', 329; du cuir chevelu, traitement de l', 376; papulo-squammeux des organes génitaux, traitement de l', 375.
- Élection des Gouverneurs, le mode d', 382.
- Emphyème sous cutané dû au travail de l'accouchement, 406.
- Empoisonnement, par le camphre, 184; par les conserves de tomates, 184; par de la viande provenant d'un veau malade, 185; par la cocaine, 185, 295.
- Endocervicite, 460.
- enfant, un cas d'hémiplégie, chez un, 412, 461

- Enfants, de l'emploi des sédatifs dans la médication des, 11; hygiène pendant l'hiver, 83; pseudo-hypertrophie et atrophie progressive des muscles chez les, 134; luxation partielle de la tête radiale, particulière aux, 135; de la dermatite exfoliative chez les, 136; traitement de l'eczéma des, 137; sur quelques affections de la bouche chez les, 224; hystérie chez les, 276; de l'incontinence nocturne d'urine essentielle chez les, 319, 368; son traitement, 465; la toux nocturne chez les, 322; symptômes et traitement de la fièvre typhoïde chez les, 323, 373; des diverses formes d'eczéma chez les, 325; du traitement de la chorée chez les, 325; purgatif pour les, 329; terreurs nocturnes chez les, 371; la pleurésie purulente et son traitement chez les, 415; diarrhée des, 417; des différents produits blanchâtres qu'on peut rencontrer sur la gorge des, 418; traitement de la bronchite chez les, 466; des végétations de l'ombilic chez les, 468; de la papaine dans la dyspepsie des, 468; la soif chez les, 469; modes pathogéniques, formes et traitement de la péritonite tuberculeuse des, 555; étude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies des, 560.
- Engelures, traitement des, 89.
- Enterorrhagie dans la fièvre typhoïde, 111.
- Epanchement pleurétiques, traitement des, 537.
- Epilepsie, traitement de l', 112.
- Epistaxis à répétition, traitement de l', 234.
- Épithélioma de la langue, 22, 446; de la jambe, consécutif à une ancienne cicatrice, 306.
- Épithème, *The*, 192.
- Erysipèle, traitement de l', 305.
- Estomac, traitement du cancer de l', 138, 248; pseudo-cancers de l', 302; dilatation de l', 348.
- Éthoxy-cacéine contre la migraine, l', 297.
- Étudiants, nouveaux, 288, 438.
- Examens, pour l'admission à la pratique de la médecine, le programme des, 334; du bureau central, 381.
- Examineurs, bureau central d', 281, 330.
- Exemple à suivre, un, 284.
- Exostose de croissance ou des adolescents, 258.
- Expression de la tête dans les cas d'accouchement par le siège, méthode dite d', 405.
- Femme, le diabète chez la, 74; influence des voyages en mer sur les fonctions génitales de la, 76; diagnostic de la chloïrose chez la, 131; traitement des diverses maladies génitales de la, 501.
- Fièvre, de convalescence, 204; herpétique, deux cas de, 37; typhoïde, 145; enterorrhagie dans la, 111; traitement de la, 133, 158, 199, 562; contagion, 304; sa jugulation au moyen de la quinine et des bains froids, 440; chez les enfants, symptômes et traitement de la, 323, 373; étude clinique de la, 560; a réiteration, 298; grossesse et, 312; dilatation de l'estomac et, 347.
- Fissures, du mamelon, traitement des, 138; à l'anus, traitement par la cocaïne, 389.
- Flexions et versions utérines, 216, 264.
- Foie, de la gravelle du, 102.
- Folie brightique, de la, 229.
- Foucher, Dr A. A., Considérations générales sur les écoulements de l'oreille, 49; empoisonnement par la cocaïne, 295.
- Fracture du cubitus par cause indirecte et du radius par torsion, 26; du crâne et trépanation, 69, 282.
- Fractures, de cuisse, traitement nouveau des, 357; du péroné, complications, pronostic et traitement de certaines, 451.
- Gale, traitement de la, 280, 521.
- Gavage, après l'opération du bec-de-lièvre, du, 168.
- Genou, désarticulation du, 487.
- Gorge des enfants, des différents produits blanchâtres qu'on peut rencontrer sur la, 418.
- Goutte, traitement de la, 15, 470.
- Gouverneurs, le mode d'élection des, 382.
- Granulie, de la, 60.
- Gravelle du toie, de la, 102.
- Grossesse, ménorrhagie dans la première moitié de la, 28; du rhumatisme articulaire pendant la, 128; traitement des vomissements de la, 234; fièvre typhoïde et, 312; syphilis et, 457.
- Gynécologie opératoire, les progrès de la, 318.
- Hanche, traitement des luxations de la, 71.
- Hémiplégie, de l', 488; infantile, un cas d', 412, 461.
- Hémoptisie, traitement de l', 109.
- Hémorrhagie mura crânienne, 490.
- Hémorrhagies, utérines, nouveau mode de traitement des, 130; de la strychnine contre les, 506; post-partum, 548.
- Hémorroides, traitement des, 502, 521.
- Hernie inguinale étranglée, taxis et kélotomie, 449.
- Hernies, cure radicale des, 308, épigastriques cure radicale des, 546.
- Holmes Dr. T. K. Discours prononcé devant l'Association médicale du Canada, 433, 483.
- Hydropsie cardiaque, traitement de l', 280.
- Hydrorrhée, 173.
- Hygiène des enfants pendant l'hiver, 83.
- Hypertrophie, du cœur sans lésions valvulaires, de l', 393; de la prostate, de l', 161.
- Hypnose, 100.
- Hystérie, traitement de l'attaque d', 20; chez l'homme, 105; chez les enfants, 276.
- Ignipuncture dans l'hypertrophie des amygdales, de l', 544.
- Incisions libératrices, traitement des ulcères variqueux par les, 23.
- Incontinence nocturne d'urine, 319, 368, 465.
- Indigestion, traitement par l'acide plénique, 160.
- Infection purulente, suite de la pneumonie, de l', 390.
- Injections, antiseptiques dans le traitement de la blennorrhagie, 256; de chlorure de zinc, dans les kystes de l'ovaire, 265; d'eau-chaude en gynécologie, 365.
- Inflammations péri-utérines, des, 315.

- Intertrigo, traitement de l', 234.  
 Iodoforme, dans le traitement des maladies des organes sexuels chez la femme, 460.  
 Iodol, son emploi gynécologie, 554.  
 Iodothérapie et asthme 155.  
 Irrigation continue dans le traitement prophylactique et curatif des affections puerpérales, 314.  
*Jacuranda lancifolia* contre la blennorrhagie 279.  
 Jambe guérison des grands ulcères de la, 389  
 Kélotomie, taxis et, 449.  
 Kystes de l'ovaire, traitement par les injections de chlorure de zinc, 265.  
 LACHAPÈLLE, Dr S., De l'emploi des sédatifs dans la médication infantile, 11 ; vermifuges et vermifuges, 97.  
 Lactation longtemps continuée, ses effets sur les ovaires et l'utérus, 78.  
 Lactopeptine, 96.  
 Langue, abcès de la, 168 ; épithélioma de la, 22, 446.  
 LARAMÉE, Dr. J. A., Du calcul biliaire, 1 ; fièvre typhoïde ; rhumatisme musculaire et tuberculeux, 145 ; quelques notes sur l'insufflation et la percussion dans la phthisie, 481 ; de la sclérose du rein, 529  
 Laryngite stridulente, traitement de la, 137 ;  
 Laval, Université, 48, 239, 336, 478, 568  
 Lavements d'eau très chaude dans le traitement des prostatites aiguës, 119.  
 Leucémie et pseudo-leucémie, oxygène dans la, 136.  
 Leucocythémie, de la, 437.  
 Leucomaines, ptomaines et, 421.  
 Leucorrhée, traitement de la, 562. vaginale, traitement de la, 376.  
 Liquides, traitement de la dyspepsie des, 392  
 Lithine, salicylate de, 98.  
 Lithotritie rapide, indications et contre-indications de la, 545.  
 Lumbago, traitement du, 562.  
 Lupus érythémateux, traitement du, 133.  
 Luxation partielle de la tête du radius particulière aux enfants, 135.  
 Luxations de la hanche, des indications thérapeutiques dans le traitement des, 71 ; en arrière des phalanges sur les métacarpiens, traitement des, 165 ; sous-pubiens, 499.  
 Lympho-sarcome du cou, 501.  
 Mamelon, traitement des tumeurs du, 138.  
 Mammite chronique et squirrhe du sein, 549.  
 Mariage, des maladies de la peau en rapport avec le, 86.  
 Mariages, 288, 336.  
 MURPHY, Dr. W., notice nécrologique du, 16.  
 Masque des femmes enceintes, traitement du, 470.  
 Massage appliqué à l'obstétrique et à la gynécologie, du, 547.  
 Médecine, programme des examens pour l'admission à la pratique de la, 334.  
 Médecins, la mortalité chez les, 527 ; et clients, 94.  
 Médicaments, utérins, nouveaux, 552 ; secrets en Allemagne, les, 565.  
 Médication hypnotique, 289 ; analgésique, 337 ; éthéro-opiacee, dans le traitement de la variole, 347, expectorante, 385.  
 Melancolie, traitement de la, 427.  
 Membranes de l'œuf, rupture prématurée des, 457.  
 Méningite, cérébro-spinale, de la pathologie de la, 559 ; tuberculeuse, traitée par le phosphore, 135.  
 Ménopause, traitement des accidents de la, 176.  
 Ménorrhagie dans la première moitié de la grossesse, 28.  
 Mercure, traitement des tumeurs blanches et des lésions scrofulo-tuberculeuses par l'onguent de, 72.  
 M... ite chronique, traitement de la, 76.  
 Métorrhagies, la cannelle dans les, 30 ; névralgies, traitées par la terpine, 271.  
 Micrococcus de la pneumonie, importance diagnostique des, 66.  
 Migraine, l'éthoxycaïne contre la, 297.  
 Migraines, des, 304.  
 Modificateurs des sécrétions bronchiques, les, 385.  
 Mort, par pénétration de l'air dans les veines et après l'accouchement, 171.  
 Mortalité chez les médecins, la, 524.  
 Myosite rhumatismale, traitement de la, 186.  
 Naissances, 96, 144, 192, 240, 288, 336, 384, 432, 480, 528.  
 Nécrologie, 46, 48, 96, 144, 185, 191, 239, 288, 432, 477, 523, 567.  
 Néphrite, ses rapports avec le traumatisme, 167 ; emploi de la nitro-glycérine dans les diverses formes de, 252, consecutive à la varicelle, 59.  
 Neurasthénie, traitement de la, 42, 329.  
 Névralgie, traitement de la, 521.  
 Névralgies du sein, des, 265.  
 Nitro-glycérine, son emploi dans les diverses formes de néphrite, 252.  
 Nodosités de Bouehard, valeur sémiologique des, 348.  
 Obésité, causes et traitement de l', 63.  
 Omphale chez les nouveau-nés, des végétations de l', 468.  
 Opérations pratiquées en 1885 à l'hôpital Bichat, statistique des, 261.  
 Oreille, considérations générales sur les écoulements de l', 49.  
 Ovaries, effets de la lactation longtemps continuée sur les, 78 ; traitement des kystes des, 265.  
 Oxygène dans la leucémie et la pseudo-leucémie, 136.  
 Papain dans la dyspepsie des enfants, de la, 468.  
 Paradysie, dans la diphthérie, troubles moteurs et, 156 ; traitement de la, 186.  
 Paralytiques, alcooliques, 65 ; toxiques, 349 ; consécutives aux accidents de chemin de fer, 399.  
 Paraphimosis, du, 67.  
 Pasteur, l'institut, 239.  
 Peau, usage de l'acide phénique dans les

- affections de la, 420; en rapport avec le mariage, des maladies de la, 86.
- Pénis, rétraction du, 533.
- Percussion dans la phthisie, quelques notes sur la, 431.
- Périnée, son amputation durant l'accouchement, 453; chez les primipares prophylaxie de des déchirures du, 263.
- Péritonite tuberculeuse des enfants, modes pathogéniques, formes et traitement de la, 555.
- Péroné, complications, pronostic et traitement de certaines fractures du, 451.
- Phagédénisme tertulaire, du, 177.
- Phalanges, luxation en arrière, sur les métacarpiens, 165.
- Phosphore, traitement de la méningite tuberculeuse par le, 135; dans le rachitisme, du, 328.
- Phthisis, quelques notes sur l'auscultation et la percussion dans la, 181.
- Pied, traitement des ulcères perforants du, 24.
- Pityriasis du cuir chevelu, étiologie et traitement du, 419.
- Placenta, conduit à tenir dans les cas de rétention du, 213.
- Pleurésie, signe du son dans la, 249; ague, traitement de la, 39; chronique, traitement de la, 59; diaphragmatique, 298; purulente, et son traitement chez l'enfant, 415.
- Pneumonie, importance diagnostique de micrococcus de la, 66; résolution incomplète de la, 249; de l'infection purulente comme suite de la, 390; traitement par la quinine, 442.
- Poitrine, nature et traitement de l'angine de, 393.
- Polypes naso-pharyngiens, des, 122.
- Ponction, précoce dans l'ascite, la, 107; sus-pubienne et hypertrophie de la prostate, 161.
- Potasse, traitement des hémorrhoides par le chlorate de, 502.
- Poumon, chirurgie du, 120.
- Prix Astley Cooper, 192.
- Profession médicale canadienne-française aux États-Unis, la, 563.
- Prostate, de l'hypertrophie de la, 161.
- Prostatiques, les, 27.
- Prostatites, aiguës, traitées par les lavements d'eau caude, 119; chroniques, des, 495, 541.
- Prurit, traitement du, 470; anal, traitement du, 42; vulvaire, le, 507; traitement du, 470.
- Pseudo-cancers de l'estomac, 302.
- Pseudo-hypertrophie et atrophie progressive des muscles chez les enfants, 134.
- Pseudo-leucémie, oxygène dans la, 136.
- Ptomaines et leucomaines, 421.
- Pustule maligne, 22.
- Pyrosis, traitement du, 138.
- Quinine, traitement de la pneumonie par la, 442; et bains tièdes, jugulation de la fièvre typhoïde par la, 410.
- Rachitisme, étiologie et prophylaxie du, 34, 80; du phosporose dans le, 328.
- Rachis de l'utérus, le, 31.
- Radius, par torsion, fracture du, 26; luxation partielle de la tête du, 135.
- Rage après morsure, résultats de l'application de la méthode pour prévenir la, 231, 277, 424.
- Ratanhia dans le vaginisme, extrait de, 272.
- Réformes demandées, 430.
- Rétention du placenta, conduite à tenir dans le cas de, 213; d'urine, de cause traumatique, 352.
- Rem, de la sclérose du, 529.
- Rétraction du pénis, 533.
- Rétrécissement mitral pur, 534.
- Rétrécissements de l'urètre, traitement des, 403.
- Retroluxion, curatilité et traitement de la, 409.
- Rhumatisme, traitement du, 137, 186; articulaire, pendant la grossesse, 128; chronique, traitement, 562; musculaire, 145; de surmenage, 18.
- Riel, la folie de, 142.
- Rongéole, traitement de la, 280.
- Rupture prématurée des membranes de l'œuf, 457.
- Saignée, accidents urémiques et, 246.
- SALVARI. Dr. N., Hydrochlorate de cocaïne 12.
- Santonine, dans l'aménorrhée, et la dysménorrhée, la, 33; comme vermicide, 97.
- Scarlatine, des différentes formes et complications de la, 219.
- Sclérose du rem, de la, 529.
- Séborrhée, traitement de la, 186.
- Sedatifs, dans la médication infantile, de l'emploi des, 11.
- Seigle ergote est-il indiqué pendant l'accouchement et l'avortement, le, 124, 169.
- Sem, prophylaxie des abcès du, 78; des névralgies du, 265; manuite chronique et squirrhe du, 549.
- Sevrage, le, 273.
- Société médicale de Montreal, 568.
- Son, chez les nourrissons, la, 499.
- Son, dans la pleurésie, signe du, 249.
- Squirrhe du sein, manuite chronique et 549.
- Statistique des opérations pratiquées en 1885 à l'hôpital Bichat, 261.
- Sterilité, 127.
- St-GERMAIN, Dr J. H. L., De la gravelle du foie, 102; cas extraordinaire d'abcès traumatique de l'abdomen, 148.
- Strychnine, contre les hémorrhagies utérines, de la, 506.
- Sublime à l'extérieur, traitement de la syphilis par le, 279.
- Sueurs nocturnes, traitement des, 234.
- Suggestion hypnotique, traitement de la constipation par la, 235.
- Suppurations péri-utérines, des interventions chirurgicales dans les, 510, 551.
- Surmenage, dans la genèse des accidents rhumatoides, du, 18.



- Syphilitides, des, 181.  
 Syphilis, guérison par les injections de calomel, 180 ; traitée par le sublimé à l'extérieur, 279 ; de quelques notions récentes sur la, 512 ; et grossesse, 457.  
 Taille hypogastrique, de la, 397.  
 Taxis et kélotomie, 449.  
 Teigne, traitement de la, 376.  
 Térébène dans la toux d'hiver, emploi de la, 251.  
 Térébenthine en injections dans les trajets fistuleux, 210.  
 Terpène dans les métrorrhagies névralgiques, la, 271.  
 Testicule, intervention chirurgicale dans la tuberculose du, 114.  
 Tétanos, étiologie du, 164.  
 Thérapeutique, notes de, 98 ; clinique de, 241, 289, 337, 335.  
 Todd, potion de, 138.  
 Tomates, empoisonnement par les conserves de, 184.  
 Toux d'hiver, emploi de la térébène, 251 ; nocturne chez les enfants, 322 ; nerveuse, traitement de la, 329, 427.  
 Trajets fistuleux, des injections d'essence de térébenthine dans les, 210.  
 Traumatisme, rapports de la néphrite avec le, 167.  
 Tremblement nerveux, traitement du, 42.  
 Trépanation et fracture du crâne, 69, 262.  
 Trop de zèle, 523.  
 Troubles moteurs dans la diphtérie, 156.  
 Tuberculose, 145 ; testiculaire, de l'intervention chirurgicale dans la, 114.  
 Tumeurs, blanches, traitées par l'onguent mercuriel, 72 ; de l'abdomen, de l'ascite symptomatique des, 211.  
 Typhlite, traitement de la, 442.  
 Ulcères, variqueux, traitement par les incisions libératrices, 23 ; perforants du pied, traitement des, 24 ; de la jambe, guérison par les pulvérisations phéniquées, 389.  
 Urémie et émissions sanguines, 246.  
 Urèthre, traitement des rétrécissements de l', 403.  
 Urine, rétention de cause traumatique, 352.  
 Utrécul, mort par pénétration de l'air dans ses veines de l', 29 ; le raclage de l', 31 ; effets de la lactation longtemps prolongée sur l', 78 ; de la chute de l', 406.  
 Vaginisme, extrait de ratanhia dans le, 272.  
 Vaginite, traitement de la, 138.  
 Varicelle, néphrite consécutive à la, 59 ; son diagnostic, 417.  
 Variole, l'épidémie de, 90 ; les métis et la, 237 ; traitement de la, 280, 347.  
 Végétations de l'ombilic chez les nouveau-nés, des, 468.  
 Vermicides et vermifuges, 97.  
 Vermifuges, vermicides et, 97.  
 Verrues de croissance, 501.  
 Version et extraction du fœtus ; faut-il séparer ces deux opérations, 364.  
 Versions et flexions utérines des, 216, 264.  
 Vésicatoires, la baudruche dans le traitement des brûlures et des, 448.  
 Viande provenant d'un veau malade, empoisonnement par de la, 185.  
 Vieillards, du diabète glycosurique chez les, 205.  
 Vomissements de la grossesse, traitement des, 234.  
 Voyages en mer, leur influence sur les fonctions génitales de la femme, 76.  
 Vulve, traitement de l'eczéma de la, 42 ; son ampliation durant l'accouchement 453 ; de la dilatation pré-fœtale de la, 213.  
 Zinc, traitement des kystes de l'ovaire par les injections de chlorure de, 265.

## COLLABORATEURS

AU XV<sup>e</sup> VOLUME DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA."

BEAUSOLEIL Dr J. M., Montréal.  
 BOURQUE Dr J. E., Longue-Pointe.  
 BRENNAN Dr M. T., Montréal.  
 DESROSIERS Dr H. E., Montréal.  
 FOUCHER Dr A. A., Montréal.  
 HOLMES Dr T. K., Chatam. Ont.

LACHAPPELLE Dr S., St-Henri de Montréal.  
 LAMARCHE Dr A., Montréal.  
 LARAMÉE Dr J. A., Montréal.  
 NORMAND Dr L. P., Montréal.  
 SALVAIL Dr J. N., Helena, Mont., E. U.  
 ST-GERMAIN Dr J. H. L., St-Hyacinthe.

TRUDEL Dr Aimé, Ottawa.