

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.

PSYCHIATRIE.

Le délire chronique ;

par E. J. BOURQUE, M. D.,

Médecin en chef de l'Asile Saint-Jean-de-Dieu, Longue-Pointe.

Depuis Esquirol, tous les auteurs qui se sont occupé de psychiatrie ont décrit, chacun à leur point de vue, les différents délires que l'on rencontre chez les aliénés. La pathologie mentale s'est trouvée, par la suite, surchargée d'un nombre considérable d'entités morbides, ce qui a eu pour effet de jeter la confusion dans l'esprit de ceux qui sont encore novices dans cette science. Citons, en passant, le délire des persécutions, créé par Lasègue, et si bien décrit, ces années dernières, par M. Ball. Nous avons aussi le délire des grandeurs, ou mégalomanie, le délire religieux, le délire hypochondriaque, la folie du doute, l'agoraphobie, la kleptomanie, la pyromanie et une foule d'autres. Un grand observateur, travailleur infatigable, et probablement le mieux goûté des cliniciens modernes sur les maladies mentales, est venu déblayer le terrain, si je puis m'exprimer ainsi. M. Magnan, médecin en chef de l'Asile Ste-Anne, à Paris, préposé à l'admission générale des aliénés de la Seine, ayant acquis une expérience consommée, a réussi à poser des jalons qui devront nous guider dans ce dédale.

Dans sa classification des *psychoses* ou affections mentales dites fonctionnelles, parce que nos moyens actuels d'investigation sont impuissants à nous faire découvrir les lésions, il a tiré une grande ligne de démarcation entre les différents délires. D'un côté, il range la folie des héréditaires *dégénérés*, avec tout le cortège des syndrômes épisodiques de cette classe, c'est-à-dire tous les délires qui peuvent se greffer sur cet état mental particulier. De l'autre côté, il a fait le délire chronique avec ses différentes périodes. C'est spécialement ce dernier sujet que je vais essayer d'esquisser aussi brièvement que possible. J'apporterai à l'appui une observation recueillie tout récemment à l'Asile St-Jean-de-Dieu. Ayant eu l'avantage d'être l'élève de M. Magnan, j'ai été à même d'apprécier la justesse de son raisonnement qui, d'ailleurs, est appuyé sur des faits cliniques de la plus grande évidence.

M. Magnan divise son délire chronique en quatre périodes assez distinctes.

La période d'incubation passe généralement inaperçue. Les facultés intellectuelles et affectives se modifient insensiblement ; le caractère devient bizarre ; l'humeur est chagrine. Les sujets atteints de cette affection se croient le point de mire de tout le monde ; ils sont d'une susceptibilité telle qu'ils interprètent à mal les actions les plus insignifiantes : les gens chuchotent sur leur compte, et leur font mauvaise

figure; ils voient des dispositions hostiles chez toutes les personnes qu'ils rencontrent; ils sont déjà entrés dans la seconde période: c'est la grande classe des *persécutés*. Les préoccupations pénibles surgissent; il y a systématisation commençante. Le délire revêt la couleur du milieu social où a vécu le sujet; l'éducation imprime aussi son cachet. Autrefois, c'étaient les démonopathes, les possédés, les ensorcelés, les damnés, les lycanthropes. Nous rencontrons encore aujourd'hui, chez une certaine portion des habitants du pays, des délirants de cette catégorie; mais la plupart sont maintenant sous l'empire de l'électricité, du poison, des microbes, du téléphone ou de différents agents chimiques. Ce sont aussi les volés, les pillés, les ruinés. Dans cette période, le délire est encore assez généralisé; cependant le cercle des ennemis se rétrécit de plus en plus, mais en retour, la persécution devient plus accentuée; enfin la victime désigne son persécuteur, et de persécutée devient souvent elle-même persécutrice. C'est alors que l'aliéné, devenant dangereux pour son entourage, est enfin séquestré. Cette classe fournit un contingent considérable à la population des asiles.

La troisième période est caractérisée par une systématisation de plus en plus accusée. Nous voyons alors se déclarer le délire des grandeurs stéréotypé. Le démonopathe devient démonolâtre; c'est aussi dans cette période que se rencontrent les théomanes: ceux qui se croient Dieu, le St-Esprit, le Christ, ou prophètes; les mégalomanes qui sont empereurs, rois, millionnaires; les réformateurs, les inventeurs. C'est la classe des *ambitieux*. Après avoir parcouru ces sentiers divers pendant quelquefois de longues années, ces malades arrivent graduellement à la période terminale ou de dissolution, c'est-à-dire à la démence. Les facultés étant abolies, le délire s'éteint faute d'aliment pour l'entretenir. Cette dernière période offre comparativement peu d'intérêt.

Le diagnostic différentiel entre le délire chronique et un délire analogue qui peut se rencontrer chez les héréditaires *dégénérés* offre une importance majeure, en raison du pronostic. Ce dernier sera toujours grave chez le délirant chronique qui, lui, marche, pour ainsi dire, infailliblement vers la démence; tandis qu'on peut presque toujours prédire un dénouement favorable, lorsque le même délire se déclare chez l'héréditaire dégénéré. Est-on, par exemple, en présence d'un sujet atteint de délire ambitieux, si l'on apprend, en s'enquérant des antécédents du malade, qu'il a eu le délire des persécutions sous quelque forme que ce soit, et s'il n'a pas la tare héréditaire des *dégénérés*, on peut, à coup sûr, diagnostiquer le délire chronique. Ce dernier a toujours une tendance à l'évolution systématique; au contraire, un délire quelconque peut se développer d'emblée chez le *dégénéré*, mais il est généralement de courte durée. Le dégénéré reste, bien entendu, avec sa prédisposition spéciale qui l'expose à une récurrence, si une cause déterminante vient de nouveau ouvrir la scène,

L'observation qui suit offre un intérêt tout particulier, vu qu'elle porte sur trois membres de la même famille atteints simultanément du même délire. Catherine F., 59 ans, Emma F., 50 ans, et Alice F., 29 ans, sont entrées à l'asile le 16 février 1886, avec le certificat suivant de M. le Dr Laramée: Ont tenté de se laisser mourir de faim, sous prétexte que les vivres qu'elles recevaient étaient ensorcelés, qu'en outre, certains objets qui les entouraient étaient aussi ensorcelés et leur causaient de la frayeur.

Après les avoir questionnées à plusieurs reprises, j'ai pu les amener facilement sur le terrain de leur délire. A ma demande, elles ont consenti à me donner par écrit l'histoire de leurs persécutions, dont voici les principaux épisodes.

(Traduction)

“ Sur demande, je prends ma plume, afin de donner un court aperçu des misères que nous avons eu à endurer durant ces dernières années ; de plus, je parlerai brièvement de notre vie passée, lorsque nous habitons notre pays natal (la Barbade).—Pendant que j'étais encore enfant, mes parents furent violemment séparés : ma mère fut alors abandonnée à ses propres ressources ; mais à l'aide de son aiguille, et en menant une vie strictement retirée, elle parvint à suppléer à nos besoins et à me donner une bonne éducation. Lorsque je quittai l'école, elle avait acheté une jolie villa (*cottage*) bien meublée. Mais notre bonheur était destiné à être de courte durée : un frère de lait de ma mère devenant jaloux de notre succès, commença à nous rendre la vie déplaisante, et c'est alors que nous jetâmes les yeux vers une terre étrangère. Connaissant une femme qui était venue plusieurs fois en Amérique et qui résidait alors à New-Jersey, nous commençâmes à correspondre avec elle, et, le 13 avril 1873, nous fîmes voile pour l'Amérique. Mais nous découvrîmes que notre prétendue amie était un *polygone* dont le côté américain différait excessivement du côté barbadien.

“ Supposant que nous pouvions obtenir de l'ouvrage n'importe où, nous laissâmes le village où cette amie résidait et nous allâmes dans une petite ville à quelques milles plus loin. Là nous eûmes beaucoup de difficultés à obtenir de l'ouvrage, et beaucoup plus à trouver une maison convenable, car les gens nous disaient que nous étions trop noires pour vivre avec les blancs

“ A Brooklyn nous eûmes beaucoup de difficultés à nous procurer des vivres sains : les marchands étaient tous ligués contre nous, et avant la fin de l'été, nous fûmes obligées de prendre les chars et d'aller acheter nos vivres durant la nuit à Williamsburgh. L'eau de la maison produisait un mauvais effet ; alors nous vîmes que nous serions forcées de quitter Brooklyn.

“ En juillet 1881 nous allâmes à Newark, New-Jersey.

“ Mais je vais raconter brièvement deux incidents qui ont eu lieu avant notre départ de Brooklyn.

“ Un jour, une dame de Brooklyn dit à ma mère : “ Votre fille va bientôt être mariée, Mme F.—”

“ Ceci n'arrivera jamais, car ma fille est trop noire pour être reçue légalement comme épouse ” répondit ma mère.

“ L'agent de la maison que nous habitons à Brooklyn nous dit un jour : “ Je vois que vous partez ; mais puis-je vous demander pourquoi ? ”

Nous répondîmes : “ Parce que nous sommes trop persécutées. ”—“ Pourquoi ne me l'avez-vous pas dit ? ”—“ Parce que vous n'êtes qu'un agent et que vous devez faire ce que votre maître vous commande ”—“ Je ne suis qu'un agent, répliqua-t-il, mais je sais que vous dites la vérité, car je l'ai appris d'une autre personne. ”

“ Ce témoignage était donc suffisant pour convaincre le propriétaire

de notre maison, s'il y avait eu pour nous aucune chance d'avoir justice.

" A Newark le même malheur nous était réservé. Quelquefois nous dépensions 3, 4 même 5 dollars pour acheter des vivres que nous jetions ensuite, car l'odeur de ces vivres suffisait pour ébranler les nerfs de ma mère.

" Presque découragées, nous allâmes à l'hôpital St. Michel et racontâmes nos misères à un médecin. Il nous répondit que les vivres contenaient quelque chose qui faisait tort à ma mère, mais qu'il essaierait de fortifier ses nerfs. Elle put ensuite m'accompagner au marché et goûter aux vivres et même à la viande crue avant d'en acheter.....

" Nous partîmes pour Toronto. Mais les américains nous suivirent, et plusieurs familles privées et des marchands se liguerent contre nous. Nous fûmes chassées de maison en maison, et finalement, on nous plaça dans une bonne maison, mais l'eau du puits y fût facilement empoisonnée.

" Voyant la manière dont les choses tournaient, nous nous installâmes dans une maison dont l'eau était fournie par la ville, et maman fut obligée de reprendre son ancienne habitude de goûter aux vivres avant d'en acheter. Si quelqu'un est disposé à rire de ces empoisonnements, qu'il s'adresse à Z. Z., avenue Gates, Toronto, qui vit encore, je crois. Un de ses commis nous a averties qu'on lui avait demandé de nous faire du mal en empoisonnant nos vivres.

" C'est en juillet 1882 que nous arrivâmes à Toronto, et nous arrivâmes à Montréal le 1er août 1883. Mais j'ai oublié un fait important.

" La cause principale pour laquelle nous quittâmes l'église de la grâce de Toronto et toutes les églises protestantes du Canada, fut que je ressentais des sensations très-désagréables en recevant le pain de la communion des mains du Revd. N. N.—Et je crois fermement (et j'ai de bonnes raisons pour cela) que cet homme voulait accomplir contre nous les mêmes projets *noirs* dont nous avons été victimes depuis notre arrivée à Montréal.

" Ici nous eûmes encore des difficultés au sujet de nos vivres, et la maîtresse de maison nous tourmenta de plusieurs manières, tant ordinaires qu'extraordinaires.

" Si quelqu'un croit que cet empoisonnement est une fiction, je puis répondre qu'aux Etats-Unis, surtout à Newark, nous avons souvent entendu des personnes se dire entre elles: " Voilà des gens qu'il nous faut mettre à leur place (*fix*) " dit un individu, un jour, à une femme dans une boulangerie de Newark.

" Je veux que vous persécutiez ces gens-là " dit un autre à son compagnon qui se tenait sur le trottoir.—" Quelles gens ? " Alors ils se parlèrent tout bas comme nous approchions d'eux.

" Nous étions seules avec ces deux personnes sur le trottoir.

" Telles sont les diverses allusions à notre égard que nous avons entendues. Il y en a beaucoup d'autres, mais ce serait trop long à énumérer.....

" Les misères que nous avons endurées à Montréal sont assez connues.

" On sait que nous avons été mises dehors après que le loyer du mois

nous eût été enlevé: que nous fûmes obligées de payer 5 dollars par mois pour une misérable chambre, quoique nous mourussions de faim; que nous fûmes privées de nourriture à l'hôpital Notre-Dame; mais nous n'en dûmes rien parce qu'ils étaient chrétiens et qu'ils pratiquaient la charité. L'univers a vu comment ils accomplissaient cette œuvre.

Dans l'hiver de 1885, une certaine famille religieuse entreprit de nous nourrir et de nous fournir de combustible. Mais lorsque nous demandions du bois, il était visible que l'on ne nous avait appris à mendier que pour nous montrer comment sont traités les mendiants.

"La dame de la maison nous conseilla de mêler de l'eau à notre farine d'avoine et d'en boire comme font les chevaux. Et elle nous fit une autre visite pour savoir si nous mangerions du beurre saturé de pétrole. Chacun sait que la sale nourriture qui nous était donnée avait traîné sur les trottoirs et dans les égouts.....

"Pendant que j'écris ces lignes on fait beaucoup de bruit au-dessus de nous, comme en feraient des aliénés.....

"Dans les mois de juin et de juillet 1885 nous fûmes bien occupées à des travaux à l'aiguille, mais aussitôt que l'homme qui s'est constitué notre seigneur et notre maître apprit que nous recevions le prix que nous demandions pour nos travaux, il murmura d'abord, quoique nos prix fussent raisonnables, et nos pratiques diminuèrent, naturellement.....

"Et maintenant je dirai que durant tout l'été dernier, les vivres que nous achetions de X. ne nous donnaient pas de forces. Tout de même, nous continuâmes à acheter là jusqu'en septembre dernier, alors que le riz menaça de m'étouffer. Alors nous résolûmes de ne plus recevoir de vivres d'eux, sans toutefois leur dire pourquoi.

"M. X. vint un jour nous demander si nous voulions recevoir sa femme. Nous répondîmes: "Oui, si ses principes sont bons." Mais elle n'est pas encore venue,..... ce qui prouve que ses principes n'étaient pas bons!

"Mais avant de nous quitter, il nous donna à entendre que si nous ne recevions pas sa femme, il nous enverrait à la Longue-Pointe. Nous y avons été envoyées pour nous obliger à prêter le serment d'allégeance à ce maître-tyran. Je crains qu'il ne puisse trouver d'esclave d'ici à la fin de ses jours. Nous fûmes envoyées à cet asile sous prétextes que nous ne voulions pas manger.....

"Nous avons dit aux sœurs que ma mère ne peut pas boire de lait crû dans son thé; et chaque fois qu'elles veulent la faire mourir de faim, elles ordonnent que le lait ne soit pas bouilli. Elles parviennent ainsi à nous faire des misères de toutes manières.....

"La supérieure de cette maison est l'amie de l'homme qui nous a envoyées ici. Et elle nous a avoué qu'il lui a souvent parlé de nous l'été dernier. Ainsi chacun peut voir que notre enlèvement a été machiné par eux.

"Je dois terminer ici parce que le bruit au-dessus de ma tête est tout à fait distrayant. Pour dire le vrai, c'est un miracle que j'aie pu me

rendre jusqu'ici. J'ai omis plusieurs choses importantes ; mais je pense que je me suis souvenu d'assez de choses pour donner à tous une idée générale de ce qui nous est arrivé. Du moins j'espère que celui auquel je destine cet écrit sera satisfait."

A. M. F.

La Longue Pointe, 1er mars 1886.

Etant suffisamment édifié sur les dispositions mentales de ces trois personnes, je n'ai pas hésité à porter le diagnostic suivant : Délire chronique à la seconde période. Par conséquent, le pronostic est tout à fait défavorable. Elles devront tôt ou tard, à force d'être persécutées, finir par se croire des personnages extraordinaires. Le délire des grandeurs en sera la conséquence, en attendant qu'elles versent définitivement dans la démence.

Cocaïne dans le cancer.—L'observation suivante a été publiée par le Dr J. Sinclair HOLDEN. Un fermier déjà âgé vint récemment le trouver pour un épithélioma du troisième doigt de la main gauche. Il en était au stade végétant, avait le volume d'une cerise, était couvert d'une croûte noire de la dureté du cuir. L'auteur, qui avait réussi auparavant à détruire des productions de cette nature en suivant la méthode du Dr Marsden, c'est-à-dire par l'application d'une sorte de pâte mucilagineuse arsenicale, l'appliqua encore dans la circonstance : son malade fut bien difficile à soigner ; il ne voulait ni endurer une violente douleur, ni prendre de morphine ; après deux applications, le seul résultat obtenu consistait en ce qu'il était devenu possible d'arracher la croûte indurée et que la base de la tumeur était enflammée. Une autre application définitive fut nécessaire. Le malade la redoutait beaucoup ; pour la rendre moins douloureuse, l'auteur nettoie soigneusement la surface saignante de la tumeur, l'enduit pendant un quart d'heure d'une solution de chlorhydrate de cocaïne, puis applique une couche sérieuse d'arsenic. Le malade n'eut aucune douleur pendant six heures, et put supporter l'application pendant six heures en plus quand on eut enlevé la charpie et mis un cataplasme. On en mit d'autres pendant trois jours ; à la fin, on eut une eschare qui tomba et laissa à sa place une cavité saine actuellement en voie de guérison. Ce plan de destruction des petites tumeurs cancéreuses est un plan d'une grande valeur et à beaucoup de points de vue supérieur à l'excision. Le seul désavantage est la douleur excessive et longtemps prolongée ; si elle peut être diminuée par la cocaïne, comme c'est le cas, ce sera un très grand avantage.—*Brit. Med. Journal.*

BARTHOLOW dit que quand la cause de la jaunisse a été enlevée, l'acide salicylique contribuera, plus activement que tout autre médicament, à faire disparaître le pigment biliaire contenu dans le sang.—*College and Clinical Record.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Traitement de la fièvre typhoïde d'après la méthode de M. Bouchard (1).—L'hyperthermie est combattue par deux ordres de moyens : 1^o une méthode de balnéation particulière, qui n'est pas, il faut le reconnaître, d'une application possible en toute circonstance ;—2^o l'emploi de la quinine, suivant certaines règles.

La méthode balnéatoire, inaugurée par M. Bouchard, consiste dans l'administration de bains tièdes graduellement refroidis et répétés huit fois dans les 24 heures.

La température rectale du malade est prise avant le bain, et l'eau est portée à une température inférieure seulement de deux degrés à celle du malade. Si le malade a 40°, la température initiale du bain est 38°.

Puis, de dix en dix minutes, on abaisse d'un degré la température du bain, jusqu'à 30° ; ce qui fait que la durée du bain varie entre une heure et une heure et demie, suivant l'élévation de la température initiale.

On commence à donner des bains dès que le diagnostic est posé, et on les continue sans interruption jusqu'à ce que l'apyrexie soit définitive, c'est-à-dire jusqu'à ce que la température rectale ne dépasse plus 37°,5.

Les bains sont au nombre de 8 par 24 heures : on laisse reposer le malade entre 2 et 6 heures du matin.

Le but que s'est proposé l'inventeur de cette méthode est de produire la réfrigération, tout en évitant au malade le choc nerveux si pénible que cause l'impression brutale de l'eau froide, dans la méthode de Brand. La réfrigération s'obtient, parce que la température relativement élevée du bain au début ne provoque pas de spasme des vaisseaux cutanés et permet au sang de venir du centre du corps à la surface se rafraîchir graduellement dans la peau.

Le malade éprouve même au début une sensation agréable, ce n'est que vers 33° qu'il trouve le bain frais : à 32° il le trouve froid, mais, comme on le retire à 30°, il n'a pas le droit d'accuser de souffrance véritable.

La méthode des bains tièdes graduellement refroidis et multipliés présente de grands avantages ; elle présente aussi quelques inconvénients que nous allons passer en revue.

IV. TRAITEMENT DE L'HYPERTHERMIE PAR LA BALNÉATION.—Nous avons dit en quoi consiste la méthode des bains tièdes à température décroissante, telle que l'a adoptée M. le professeur Bouchard, c'est-à-dire, des bains tièdes progressivement refroidis tout en restant tièdes, suivant l'expression de M. W. Skinner, qui vient de consacrer une excellente thèse à l'exposé de cette nouvelle méthode balnéothérapique.

M. Dujardin-Beaumetz, dans une discussion très importante qui fut agitée en 1876, au sein de la Société médicale des hôpitaux, déclarait déjà que, "contre l'hyperthermie, les bains tièdes ont une action pres-

(1) Suite et fin.—Voir la livraison d'avril.

que aussi puissante que celle des bains froids..., que même, d'après Ziemssen, Obernier, Wahl et Berthomier, cette action est plus durable après les bains froids, et qu'enfin ils n'ont ni les inconvénients ni les dangers des bains froids."

La méthode de M. Bouchard se distingue des autres manières d'administrer les bains tièdes en ce que la température de l'eau, quand on y met les malades, est relativement élevée, quoiqu'inférieure à celle de leur corps; elle évite ainsi la constriction des vaisseaux sanguins cutanés, et favorise au contraire l'irrigation abondante de la peau par le sang qui vient se refroidir librement à la périphérie et effectuer ainsi une importante et rapide soustraction de chaleur à l'organisme.

Il est bon d'insister sur quelques précautions à prendre. L'eau qui remplit la baignoire doit être en quantité suffisante pour couvrir les épaules du malade assis dans le bain et ayant conservé sa chemise; on lui évite ainsi tout refroidissement sur le haut de la poitrine. La baignoire doit être installée de façon à permettre l'addition d'eau chaude à volonté et l'écoulement d'excès d'eau.

Nous rappelons que la température initiale du bain doit être de deux degrés intérieure à la température rectale du typhique, et que toutes les dix minutes on l'abaisse d'un degré jusqu'à 30 degrés, température à laquelle le malade reste encore dix minutes. On lui retire alors sa chemise mouillée, on l'essuie rapidement pour lui passer une chemise chaude et sèche; il est ensuite enveloppé dans une couverture et reporté dans son lit où il est chaudement recouvert et réchauffé, s'il est nécessaire, ce qui est rare, par des boules d'eau chaude. Nous avons dit que la durée des bains varie de 1 h. 40 minutes à 1 heure, et que l'on en donne huit par jour. Vers la fin de la maladie le nombre quotidien des bains est diminué, il n'est plus quelquefois que de 4, 3 et 2 bains par jour. Si l'on prend comme exemple un malade ayant eu une fièvre de dix-neuf jours, on récapitule qu'il a pris 134 bains, et séjourné dans l'eau 170 heures 30 min., ou 7 jours 2½ heures.

Cette méthode balnéothérapique présente-t-elle quelques INCONVÉNIENTS?—Oui, mais bien peu graves:

D'abord la *macération de l'épiderme* des mains et des pieds, chez les travailleurs dont la couche cornée est épaisse et dure; chez les femmes et les jeunes sujets cet inconvénient est presque nul. La conséquence du flétrissement et du ratatinement de l'épiderme, c'est la formation de petites fissures intra-épidermiques, qui est attestée dès le troisième ou le quatrième jour des bains par un *gonflement douloureux des ganglions axillaires*; au bout d'une quinzaine de jours environ, quelquefois plus tôt, quelquefois jamais, apparaissent des *collections purulentes, sous-épidermiques* presque toujours, quelquefois *sous dermiques*, qui ne causent pas de douleurs au malade, ou si peu qu'il ne s'en aperçoit que par hasard et que c'est au médecin à les dépister par une recherche minutieuse. Il est très important de s'en apercevoir le plus tôt possible; car, si on donne issue par un coup de lancette au pus, dès qu'il est collecté, la cicatrisation est d'une rapidité très grande, tandis que le décollement se fait de même avec une très grande rapidité, si on oublie d'ouvrir l'abcès. En pareil cas on peut voir se former aux doigts des *panaris profonds*. Après les extrémités, c'est au voisinage du sillon interfessier qu'on voit le plus souvent les abcès se montrer. Quand on a fait l'incision de l'abcès, il est bon de panser la petite plaie avec un

topique antiseptique, et le meilleur a paru être la vaseline iodoformée. Il ne faut pas incriminer uniquement la balnéation tiède à propos de ces abcès; la macération épidermique est aussi le résultat des bains froids; d'ailleurs, des abcès et des furoncles multiples apparaissent souvent au moment de la convalescence sans aucun traitement hydiatique, et M. A. Chauffard a montré qu'ils constituent souvent une sorte de poussée éliminatrice des microbes typhogènes, que le rein et l'intestin n'avaient pas évacués. Reconnaissons toutefois que ces abcès sont plus fréquents par la méthode des bains tièdes prolongés.

La multiplicité et la longue durée des bains a aussi pour inconvénient de déterminer chez certains malades nerveux, et surtout chez certaines femmes hystériques, un tel agacement, qu'après avoir protesté énergiquement contre leur mise dans le bain, ils s'y agitent, s'y plaignent et s'y tourmentent tellement que leur température s'abaisse à peine, et que dans quelques cas très exceptionnels, chez les femmes d'une indocilité extrême, on l'a vue même s'élever de quelques dixièmes. Les plus souvent des paroles d'encouragement, prodiguées à propos, ont raison de l'impatience du malade. Si on ne réussit pas à le calmer, il y a lieu de suspendre provisoirement la balnéation, à condition que l'hyperthermie ne soit pas excessive, et c'est rarement le cas, puisque le malade ne se révolte guère contre la continuité de la balnéation qu'après avoir passé la période vraiment dangereuse par l'élévation thermique; après une suspension d'une demi-journée ou d'une journée, on pourra toujours reprendre la balnéation.

Comme CONTRE-INDICATIONS FORMELLES à l'emploi des bains, M. Bouchard admet: 1^o les attaques syncopales survenant pendant ou immédiatement après le bain;—2^o l'hémorrhagie intestinale;—3^o la perforation de l'intestin et la péritonite.—La syncope s'est montrée quelquefois chez certains malades qui étaient atteints d'une affection cardiaque antérieure.—En cas d'hémorrhagie intestinale, la conduite à tenir est de laisser le malade immobile dans son lit, d'appliquer un sac de glace sur le ventre en interposant plusieurs doubles de linge et en surveillant attentivement l'impression de la glace sur les téguments; car une mortification superficielle se produit quelquefois insidieusement chez ces malades dont les tissus sont mal nourris. On suspend l'administration du charbon iodoformé et on y substitue le salicylate de bismuth à la dose de 6 grammes avec 0,10 à 0,20 centigrammes d'extrait d'opium pour immobiliser les intestins.—C'est aussi à ces moyens qu'il faut recourir s'il y a lieu de craindre la péritonite: on peut substituer à la glace une couche étendue d'onguent napolitain.

L'apparition des règles chez les femmes n'est pas une contre-indication formelle à la continuation des bains, si la malade ou son entourage n'en conçoivent pas une crainte exagérée. L'intercurrence du rhumatisme articulaire vrai, chose rare, peut être une cause de suspension. Les complications thoraciques graves et durables, telles que l'hépatisation pneumonique ou la pleurésie (si exceptionnelles, font suspendre les bains; mais, au contraire, la simple congestion hypostatique, normale dans la fièvre typhoïde, se trouve amendée rapidement par l'emploi des bains.

À côté des quelques inconvénients que je viens d'énumérer, que d'AVANTAGES remarquables sont inhérents à cette méthode balnéothérapique!

La moyenne générale de l'abaissement de la température produit par un bain, sans tenir compte ni du septénaire, ni de l'heure du jour, est de 9 dixièmes de degré. Elle est moindre à la fin du premier septénaire et au commencement du second ; du 7^e au 10^e jour, c'est la période vraiment hyperthermique, dans laquelle on doit se tenir pour satisfait d'un abaissement de 4 à 5 dixièmes ; il n'y a même pas lieu de s'effrayer quand il n'est que de deux dixièmes ou même reste nul. Nous verrons que l'action médicamenteuse vient alors utilement à la rescousse.

Les effets produits sur le système nerveux par ces bains sont, on peut le dire, merveilleux. *La stupeur typique n'existe pas.* A aucun moment, le malade ne perd la notion de ce qui se passe autour de lui, il répond avec lucidité aux questions et se préoccupe de son état avec une conscience étonnante. Les visiteurs qui peuvent assister à Lariboisière au bain que prennent les malades, réunis dans une salle commune, chacun dans sa baignoire, sont surpris de les voir causer entre eux et soutenir souvent une conversation assez animée : " Ils parlent avec intérêt de leur maladie, de leur température, discutant même le nombre de dixièmes de degré qu'on aurait dû marquer sur leur feuille d'observation ; à les voir, écrit avec raison Skinner, on ne dirait pas que les baignoires contiennent des typhoïdants."

Un avantage marqué des bains, est de *faire cesser l'insomnie*, si pénible pour les typhiques ; le malade, aussitôt remis dans son lit, s'endort, et il goûte notamment le sommeil de la nuit. Aussi ne les baigne-t-on pas de deux heures à six heures du matin pour les laisser reposer tranquilles.

La modification des symptômes graves, *délire, ataxie, carphologie* même, est des plus remarquables ; j'ai vu disparaître, après trois ou quatre bains, des secousses musculaires tétaniformes et des soubresauts tendineux caractéristiques d'un état cérébro-spinal des plus inquiétants.

L'appareil circulatoire est aussi influencé favorablement. Le nombre des révolutions cardiaques est constamment diminué, le pouls demeure plein et régulier pendant le bain, il n'est passagèrement petit et serré qu'à la fin du bain, quand le malade commence à éprouver une sensation de froid.

Mais les effets les plus frappants des bains sont la *disparition absolue et rapide de la sécheresse de la langue* et de la bouche, et des fuliginosités des dents et des lèvres. Quand un typhique arrive avec cette langue rôtie et fissurée et ces dents revêtues d'un dépôt noirâtre adhérent si caractéristiques de l'état typhoïde, on peut être certain que vingt-quatre heures plus tard la langue sera humide, puis rose, étalée ou lisse. La salive devient plus abondante et plus fluide. *La soif est incontestablement diminuée.*

L'influence des bains sur la peau n'est pas moins favorable. Les téguments perdent leur sécheresse et, même avec une température élevée, cessent de donner à la main la sensation de chaleur mordicante. *Le teint n'est pas jaune et terreux*, chez les malades soumis à la balnéation tiède prolongée ; la peau des joues est blanche et même rosée.

Pour la même raison, c'est-à-dire l'activité circulatoire de la peau et l'augmentation de sa vitalité, *les eschares sacrées et trochantériennes sont extrêmement rares.*

Enfin les statistiques montrent que la méthode balnéothérapique des bains tièdes réitérés et progressivement refroidis abrège la durée de la

fièvre typhoïde, diminue la fréquence, la durée et la gravité des rechutes, et par suite la mortalité.

V. EMPLOI DE LA QUININE.—Lorsque, malgré l'emploi des bains, la température ne diminue pas suffisamment, ou quand se produisent de brusques élévations thermiques, on a dans la quinine le meilleur frein de l'hyperthermie.

M. Bouchard a renoncé à employer la quinine d'une façon continue, l'expérience lui a démontré qu'une dose assez élevée de ce médicament produit un effet assez durable pour qu'on puisse se dispenser d'y revenir; cette durée de l'effet antithermique est d'environ 72 heures.

M. Bouchard prescrit donc, pendant les deux premiers septénaires, et seulement lorsque la température rectale atteint 40° le matin ou 41° le soir, 2 grammes de sulfate de quinine, qui sont administrés en quatre doses, à un demi-heure d'intervalle. Dans le troisième septenaire, c'est 1 gr. 50 qu'on administre dans les mêmes conditions, puis 1 gr. dans le quatrième septenaire et au-delà.

On n'administre jamais une nouvelle dose de quinine avant que trois jours se soient écoulés.

Du huitième au onzième jour, il en est du pouvoir antithermique de la quinine comme de celui des bains, il est à son minimum.

VI. DIÉTÉTIQUE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.—Enfin, il reste à envisager un point important de la thérapeutique de la fièvre typhoïde, c'est l'ALIMENTATION.

Dans cette fièvre continue de si longue durée, les sécrétions du tube digestif sont taries ou perverties. Il semblerait donc, à priori, impossible d'alimenter les malades et naturel de condamner les tentatives d'alimentation. Mais, d'autre part, l'expérience a démontré qu'il était indispensable de combattre l'inanition, en offrant des aliments combustibles à la fièvre, pour éviter une usure trop considérable des tissus.

Le lait, que beaucoup de médecins conseillent de donner *largâ manu* aux typhiques, et qui est d'ordinaire si facile à digérer, qui par sa graisse et son sucre semble si bien fait pour soutenir les forces des fébricitants en subvenant aux frais de leurs combustions, n'est cependant pas sans inconvénient. M. Bouchard a remarqué que son emploi augmente la température et fait diminuer la sécrétion urinaire, car, si le lait est diurétique quand il est parfaitement digéré, il a une action contraire quand il indigestionne. M. Bouchard ne donne donc pas de lait pendant la période pyrétique. Mais il donne à discrétion de l'eau chargée de substances faiblement nutritives, destinées à introduire surtout dans l'organisme certains éléments minéraux, c'est-à-dire du bouillon et une décoction de céréales.

La *décoction d'orge*,—l'antique *ptisane* d'Hippocrate, que le père de la médecine prescrit *ait passée* au début des fièvres et *non passée*, c'est-à-dire plus nutritive, à la fin,—et le *bouillon* présentent l'avantage de contenir des éléments minéraux, tels que le chlorure de sodium, qui joue un rôle important dans les phénomènes d'osmose, et les phosphates qui, dans les échanges organiques, sont l'office de médiateurs entre les bases et les acides.

Les acides végétaux sont représentés par du *suc de citron* qui introduit de la potasse, une petite quantité de *vin* est ajoutée au litre $\frac{1}{2}$ ou aux deux litres de bouillon cuit avec l'orge.

Enfin, à titre de substances plastiques, on prescrit les *peptones*, qui

sont directement assimilables à la condition d'être chimiquement purs et honnêtement préparées : la dose est de 50 grammes par jour, comptés comme peptone sèche.

Les aliments combustibles sont représentés sous un état directement absorbable, la *glycérine* qui, nous le savons, est un des produits de dédoublement des matières grasses dans le duodénum. Le malade prend par jour 200 grammes de glycérine qui, mélangés aux 50 grammes de peptone, servent d'excipient pour le charbon, l'iodoforme et la naphthaline.

Grâce à cette diététique, on n'enregistre qu'une *déperdition de poids* insignifiante pendant la période d'état de la fièvre typhoïde. Quelquefois nulle, elle peut osciller entre 100 et 300 gr. par jour jusqu'au quinzième jour ; quand la convalescence s'établit, la perte de poids peut atteindre 1 kilog. par jour, pendant trois à cinq jours. C'est le moment où l'on voit fondre et s'effier le visage de son malade, ce qui n'est pas d'un mauvais pronostic aux yeux d'un clinicien expérimenté, quand d'ailleurs la fièvre est tombée et l'appétit revenu. Dès le troisième jour après la reprise de l'alimentation, le poids du malade s'élève de nouveau.

—Paul GERNE, in *Concours médical*.

De la fièvre de convalescence.—On sait que M. Bernheim a désigné sous ce nom une hyperthermie durable consécutive à l'évolution de certaines maladies, sans trouble appréciable et sans influence fâcheuse sur le retour à la santé. M. le docteur F. MAZEL vient de reprendre ce sujet en l'étudiant complètement dans sa thèse, et publie plusieurs observations personnelles qui démontrent bien la réalité de cet état morbide qui peut se montrer après diverses maladies telles que la fièvre typhoïde, la pneumonie, la variole, la scarlatine, la rougeole, etc... Le plus souvent c'est lorsque la convalescence est franchement déclarée depuis plusieurs jours que l'élévation de la température survient avec cette particularité qu'il ne se produit aucun retentissement sur l'état général. Le malade continue à se lever, à se promener et à manger, et souvent quitte l'hôpital sans que la fièvre soit encore tombée, et ces symptômes négatifs sont la raison pour laquelle l'affection échappe très souvent à l'observation ; aussi est-il impossible de décider quelle est sa fréquence relative.

Le début de cette fièvre est habituellement brusque et peut se produire à une époque très variable de la convalescence : l'apyrexie qui la précède peut varier, d'après les observations, de un à quinze jours. Considérée au point de vue de son type, la fièvre de convalescence rentre dans deux classes, selon que le tracé est à grandes oscillations, plus précisément à l'hyperthermie vespérale isolée, ou à forme rémittente, c'est-à-dire que la fièvre est constatée le matin et le soir. La température du soir dépasse fréquemment 40°. Toutefois, si les exacerbations vespérales durables sont la règle, il est plus exceptionnel de voir la fièvre se produire le matin ; très souvent, en effet, la fièvre n'existe pas le matin, alors que le soir elle peut être très marquée.

La durée de cette fièvre est très variable. Les chiffres cités par M. Mazel montrent qu'elle peut varier de six à quarante et un jours et que la moyenne donne une durée de quinze jours. Ce qui la caractérise absolument, c'est que pendant toute sa durée, on n'observe pas le moindre indice de complication. Le sujet continue à reprendre des forces

sans se préoccuper en rien de ce symptôme isolé qui survit à la maladie, l'hyperthermie. D'ailleurs, ni la diète, ni le repos, ni souvent même les médicaments ne troublent cette fièvre; elle continue imperturbablement ses oscillations. Cependant le pronostic, en lui-même très bénin, peut subir du fait du médecin une aggravation réelle. Quand le médecin méconnaît les signes cliniques de la convalescence, se laisse dominer par la crainte de l'hyperthermie et prolonge outre mesure la diète de son malade, il peut voir survenir du malaise, du délire, des troubles graves qui ne relèvent que de l'inanition. La persistance et l'aggravation du mal sont en raison directe de la sévérité des prescriptions diététiques.

Les médicaments peuvent avoir aussi une influence funeste sur la marche d'une fièvre normalement bénigne: la quinine en particulier, que l'on donne alors souvent à forte dose, peut amener des troubles variés du cœur et du système nerveux qui sont les effets de l'intoxication quinique et non les résultats de l'hyperthermie prolongée. Il faut, chez ces malades, savoir reconnaître les signes de la convalescence et ne pas craindre de les alimenter. Cependant, au point de vue thérapeutique, parmi les médicaments qu'on peut employer avec avantage, on peut citer le bromure de potasium, dont le succès semble bien démontrer que le système nerveux joue ici un rôle important dans la pathogénie, et que la fièvre de convalescence est comparable à la fièvre de la chlorose et aux thermonévroses, c'est à dire à des hyperthermies essentielles, à des fièvres sans lésions organiques comme on en rencontre dans certaines affections nerveuses.—*Abeille médicale.*

Du diabète glycosurique chez les vieillards.—“ Il y a déjà longtemps, dit M. LANDRIEUX, dans le *Progrès médical*, qu'on a décrit, sous le nom de *diabète intermittent*, une forme de diabète glycosurique caractérisé par la présence intermittente du sucre dans l'urine. Ces cas ont été observés chez les goutteux.”

Par conséquent, les faits publiés par M. Landrieux ne sont pas nouveaux, mais ils viennent corroborer les anciens. Et après avoir publié six observations, voici ce qu'il ajoute :

Toutes nos malades ont plus de soixante ans. Trois sont rhumatisantes et pas une n'est goutteuse. Toutes ont présenté de la glycosurie d'une façon intermittente. A côté de cette glycosurie, nous avons observé d'autres signes qui pourraient être rattachés à la même cause. Mais nous avons vu que ces signes accessoires n'étaient pas constants et qu'ils n'étaient pas toujours en rapport avec la quantité de sucre éliminée. Nous avons vu, d'autre part, une glycosurie notable ne se faisant soupçonner par aucun signe et, d'autre part, des troubles persistants et assez prononcés (conjonctivite, gingivite), survivre à la glycosurie. On a pu voir, en outre, un fait remarquable, c'est la glycosurie accompagnée de polyphagie, de polydypsie et de polyurie, apparaître pendant quelques jours, puis tous ces signes disparaître à la fois pour réapparaître quelque temps après encore simultanément.

Si un diabète intermittent existe, le voilà certainement représenté de la façon la plus typique.

Si, en plus, nous avons encore dans nos observations ce fait de la présence très fréquente de l'albumine non rétractile dans l'urine. Nous avons trouvé plusieurs fois des pigments biliaires, et il est probable que nous les

zurions trouvés beaucoup plus souvent si nous les avions cherchés. Dans aucun de ces cas, il ne s'est manifesté de suffusion ictérique des conjonctives ou de la peau.

Disons encore qu'en dehors des observations que nous publions, nous avons fait, à Sainte-Perine, plus de 200 analyses d'urine. Malheureusement, nous n'avons pris de notes détaillées que 64 fois. Or, sur ces 64 analyses provenant de 25 vieillards, nous avons trouvé 43 fois de l'albumine non rétractile et 12 fois des pigments biliaires, avec coloration normale des conjonctives et de la peau.

Maintenant, voyons comment il faut interpréter les cas que nous avons exposés. S'agit-il de simple glycosurie chez les vieillards, ou bien s'agit-il d'un diabète glycosurique légitime, mais intermittent?

En somme, jeu de mots. Nous avons déjà signalé, au commencement de ce petit travail, les efforts qu'on a faits pour bien limiter le cadre du diabète et la différence tranchée qu'on a essayé de faire entre la glycosurie et le diabète. On connaissait le diabète avant de connaître la glycosurie, et comme le mot diabète correspondait à une entité clinique très nette, son interprétation ne pouvait prêter au doute. Avec l'introduction de la notion de la glycosurie et avec la connaissance du fait de l'apparition du sucre dans certains états transitoires de l'organisme ainsi que dans certains états permanents, il est évident qu'on ne pouvait identifier des choses si différentes : d'une part, une entité clinique : le diabète ; d'autre part, un fait chimico pathologique : la glycosurie.

Mais ce qu'on s'est plu à oublier, ou ce dont on n'a pas voulu tenir compte, c'est que, parmi les diabètes, il y a un diabète glycosurique, et que, pour celui-ci, ce qui constituait la différenciation tranchée avec la glycosurie n'était nullement dû à l'essence même des choses, mais à leur durée.

Pour qu'il y ait glycosurie, il faut évidemment, quelle que soit l'hypothèse glycogénique qu'on admette, que la glycose ne soit pas retenue dans l'organisme, soit par excès de production, soit par défaut d'assimilation, la production étant la même. Or, dans le diabète glycosurique, quelle que soit encore la théorie glycogénique primordiale que l'on admette, le processus final est nécessairement le même : la glycose s'échappe parce qu'elle est produite en excès, ou bien parce que, la production étant constante, la consommation en est diminuée. Dans les deux cas, le processus est le même : seulement, dans l'un, il est définitif ; dans l'autre, il est transitoire. On pourrait donc presque dire que la glycosurie est un diabète glycosurique abortif ; mais on peut certainement dire que la glycosurie persistante est le diabète glycosurique, qu'il s'y joigne ou qu'il ne s'y joigne pas d'autres signes.

La distinction absolue entre glycosurie et diabète glycosurique ne serait légitime que si on parvenait à découvrir une lésion organique quelconque appartenant au diabète et manquant à la glycosurie.

Ceci dit, nos cas ne seront pas difficiles à interpréter. Nous nous trouvons en présence de diabètes intermittents. Parmi ceux-ci il y en a qui présentent une glycosurie intermittente avec un état général constant. On peut expliquer ces cas par l'hypothèse que l'organisme est pris d'un second accès de diabète avant que l'organisme ne fût remis des troubles provenant du premier accès. Il y a de la sorte des

accès subintrants de diabète. Dans tous nos autres cas, le diabète glycosurique est intermittent franc.

Si nous admettons l'hypothèse pathogénique, brillamment défendue par M. Bouchard, du ralentissement de la nutrition, la présence si fréquente de l'albumine et des pigments biliaires sera facile à comprendre. Il y a diminution dans l'assimilation des albuminoïdes, d'une part, et non-assimilation de pigments biliaires résorbés dans l'intestin, d'autre part.

Donc, pour conclure :

- 1^o Il n'y a pas lieu d'établir une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique ;
- 2^o La sénilité donne au diabète glycosurique des caractères spéciaux ;
- 3^o Le diabète glycosurique sénile se présente ordinairement sous forme d'accès diabetiques intermittents ou subintrants ;
- 4^o Le diabète se montre fréquemment accompagné d'autres troubles d'assimilation (azoturie, albuminurie non rétractile, pigments biliaires) ;
- 5^o On pourrait expliquer les différents troubles qu'on observe chez les vieillards par une sorte d'ataxie de la nutrition.—*Abeille médicale*.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la cyphose des adolescents.—Clinique de M. le professeur VERZEUR, à l'hôpital de la Pitié.—Je vous présente un enfant atteint d'une difformité peu grave, relativement assez commune, et dont la thérapeutique est encore mal fixée. Il s'agit d'une cyphose.

Le mal existait déjà l'an dernier lorsque je vis le petit patient pour la première fois. Aujourd'hui, il s'est légèrement aggravé. Voici ce que l'on constate : garçon de 12 ans, maigre, chétif, de petite taille, tête fléchie et tombante, exagération de la convexité cervico-dorsale et de la convexité dorso-lombaire ; lorsque les bras tombent le long du tronc, le bord spinal des omoplates s'éloigne du thorax et fait une saillie considérable au-dessous de laquelle la main peut glisser et pénétrer entre le scapulum et les côtes. C'est un type de *scapula alata*. Les muscles des gouttières vertébrales, à la partie supérieure semblent atrophiés, et ceux qui fixent l'omoplate sont à demi paralysés.

Lorsqu'on commande à l'enfant de se tenir droit, la déformation s'atténue et le rachis reprend à peu près sa direction normale ; mais, dès que l'effort cesse, les courbures exagérées se reproduisent. Il n'existe aucune déviation latérale, et lorsqu'on imprime à la colonne vertébrale des mouvements passifs, on constate qu'elle a conservé toute sa souplesse.

Il s'agit donc d'une cyphose simple, sans scoliose et sans lésion osseuse ni ligamentuse.

Le petit bonhomme est, en outre, affecté d'un eczéma disséminé, très prononcé surtout au scrotum, et d'une bronchite chronique de date ancienne, mais sans tuberculose.

Déjà, l'an dernier, j'avais conseillé un traitement orthopédique et pharmaceutique qui n'a pas été rigoureusement suivi. Je vais le prescrire de nouveau ; mais, pour votre instruction, je résumerai sommairement l'histoire de l'affection que vous avez sous les yeux.

La cyphose, comme vous le savez, est l'une des trois déviations clas-

siques de la colonne vertébrale; plus commune que la lordose, elle est plus rare que la scoliose; toutefois elle est assez fréquente pour que, sans faire de spécialité, j'en aie pu voir six cas dans ma pratique depuis trois mois à peine. Elle apparaît d'ordinaire dans la deuxième enfance ou l'adolescence, surtout chez les filles, qui me semblent atteintes au moins deux fois plus souvent que les garçons. Tantôt légère et temporaire de façon à passer inaperçue, elle tend parfois à s'accroître et surtout à devenir permanente et incorrectible. Elle est assez communément héréditaire, et il existe des familles dont tous les membres ont le *dos voûté*.

On a beaucoup discuté sur l'étiologie; les uns accusent les attitudes vicieuses que prennent les enfants pendant les séances de travail; d'autres invoquent le poids de la tête, le relâchement et l'allongement des ligaments, l'affaissement des disques vertébraux, les déformations osseuses. Les mieux inspirés localisent primitivement le mal dans les muscles. Comme la thérapeutique s'égare inévitablement quand elle procède de notions étiologiques fausses, je formulerai très nettement l'opinion à laquelle vous devez vous arrêter.

La cyphose d'origine essentiellement musculaire résulte de l'affaiblissement, de la parésie si l'on veut, des muscles extenseurs du rachis dans la région cervico-dorsale, et des deux côtés à la fois; tous les autres désordres qu'on observe dans l'appareil ostéo-ligamenteux sont secondaires. Le groupe musculaire susdit peut être pris seul, mais la débilité atteint souvent certains muscles voisins, tels que les trapèzes, les rhomboïdes, les grands dentelés. J'ai vu coïncider la cyphose avec le pied-plat valgus paralytique.

Ceci, à peine est-il besoin de le dire, ne s'applique qu'à la cyphose des adolescents, car je laisse à dessein de côté les courbures du mal de Pott, et la cyphose des vieillards, à la formation de laquelle contribue sans doute la flexion permanente du tronc dans les labeurs agricoles, et qui s'accompagne d'ailleurs des lésions de l'arthrite sèche.

Donc, la cyphose qui nous occupe est à son début une myopathie que je rattache volontiers à l'arthritisme, comme la plupart des paralysies et des contractures qui ne sont pas directement sous l'influence du système nerveux moteur.

La notion diathésique ne manque pas d'importance. En effet, dans le cas présent, un honorable praticien, ayant reconnu chez notre petit patient l'existence d'un point douloureux au niveau de l'une des vertèbres dorsales moyennes, en avait conclu qu'il s'agissait d'un mal de Pott commençant et avait en conséquence prescrit un appareil immobilisant tout le rachis, et ordonné de plus le repos prolongé au lit.

Comme l'enfant est herpétique à un haut degré et qu'il y a presque incompatibilité absolue entre la dartre et la tuberculose, j'ai rejeté la supposition d'un mal vertébral et changé toute la prescription précédente.

Le diagnostic de la cyphose juvénile est si simple que je n'y insisterai pas. La facilité avec laquelle on fait disparaître les courbures, soit par des mouvements passifs, soit en faisant agir volontairement les muscles, l'absence de douleur et de contracture, la conservation de la souplesse du rachis en tous sens, préservent de l'erreur. La tâche est plus malaisée sans doute quand la courbure est devenue permanente; mais encore l'étendue même et la régularité de cette courbure, sa localisation à la région cervico-dorsale et l'excellence de l'état général,

excluent l'idée d'un mal vertébral ou d'une ancienne fracture consolidée du rachis.

Le pronostic, sans être grave, est cependant sérieux au point de vue de l'orthomorphie; la voussure dorsale, en effet, est assez disgracieuse pour que les gens du monde s'en préoccupent, surtout chez les jeunes filles. Sans doute, la difformité peut se corriger d'elle-même ou rester fort légère, mais le mieux est d'y porter remède aussitôt et aussi complètement que possible, car il faut toujours craindre de voir la difformité devenir permanente, même chez les jeunes sujets, comme nous en avons vu tout récemment un exemple remarquable.

Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, grand, robuste, bien musclé et jouissant d'une excellente santé. Son père et ses frères ont le dos notablement voûté. A 15 ans, au moment de la croissance, il commença à travailler manuellement dans un atelier où il était souvent contraint de lever et de porter de pesants fardeaux. Quelques mois après, on s'aperçut que le dos s'arrondissait, mais on ne fit rien pour s'y opposer. La difformité alla toujours en augmentant; aujourd'hui, elle est très prononcée: elle porte sur les dernières vertèbres cervicales et les six ou sept premières dorsales. La concavité lombaire n'est pas considérable. Le dos est également très convexe dans le sens transversal, et les bords spinaux des omoplates sont plus écartés que de coutume, il n'existe aucune déviation latérale; c'est donc une cyphose pure et simple.

Le fâcheux est que, malgré l'âge peu avancé du garçon, la difformité ne peut être corrigée. En vain on commande les mouvements capables de redresser le rachis et d'effacer sa courbure, en vain on cherche à obtenir passivement le même effet. La grande gibbosité reste invariablement la même, et malheureusement elle est assez choquante. Je pense qu'aucun moyen ne pourra la corriger; il en eût été sans doute autrement si on avait essayé à l'époque du début.

Le traitement, sans être difficile ni dangereux, est cependant long, compliqué, minutieux, fatigant; aussi est-il le plus souvent mal institué, mal conduit, et par suite insuffisant; d'ailleurs, le plus souvent empiriquement établi, sans préoccupation ou sans connaissance exacte de l'étiologie ou de la nature du mal. Il devrait être naturellement dirigé par des médecins spécialistes ou des praticiens ordinaires; mais les premiers n'étant pas toujours accessibles et les seconds déclinant volontiers leur compétence, les parents, sans qu'on puisse toujours les blâmer, s'adressent directement aux fabricants d'instruments orthopédiques, aux gymnastes, sinon même aux masseurs plus ou moins fameux et plus ou moins exotiques. J'ai arrêté au passage, il y a quelques mois, une dame qui, sans avoir consulté de médecin sérieux, allait partir pour la Hollande et s'y installer au besoin plusieurs semaines pour faire traiter sa fille d'une cyphose des plus légères.

Bien des fois, des malades m'ont été adressés par nos grands couteliers qui ne voulaient pas prendre la responsabilité d'un traitement orthopédique médico-chirurgical. Pendant ces allées et ces venues, pendant qu'on essaie les bretelles américaines, les corsets à béquillons et la gymnastique générale, la difformité se perpétue ou s'exagère et devient plus malaisée à guérir. C'est alors qu'on vient chez nous comme en dernier ressort.

Nous conseillons de placer l'enfant dans une maison de santé où les

traitements orthopédiques sont bien faits; on nous objecte la dépense, le temps perdu, l'impossibilité, si les parents habitent la province, de venir s'installer deux mois dans la grande ville.

Alors nous renvoyons au médecin de la famille, mais souvent nous n'avons pas même cette ressource, par la bonne raison que c'est précisément ce confrère qui nous a envoyé ce petit malade auquel il ne sait que faire et qu'il se déclare incapable de guérir.

Cet état de choses, que reconnaîtront certainement nos collègues, m'a préoccupé depuis longtemps et m'a conduit à rechercher les moyens de mettre à la portée de tous les médecins, dans les villes et au fond des campagnes, une thérapeutique simple et efficace de la cyphose, au moins dans ses premières périodes.

Partant de la donnée étiologique et admettant que la voussure cervico-dorsale est de nature parésique, je fais converger les principaux efforts vers la restauration musculaire, plaçant au second rang la correction mécanique de la difformité.

En conséquence, je provoque la contraction des muscles faibles par les agents appropriés: le froid, le massage, l'électricité, et surtout la gymnastique physiologique, c'est-à-dire l'exécution volontaire de certains mouvements déterminés faisant agir précisément les muscles qu'il convient de revivifier. Subsidiairement, j'emploie les attitudes, les mouvements passifs et les appareils orthopédiques. Il va de soi que l'hygiène, le régime et les moyens pharmaceutiques sont conjointement prescrits, s'il y a lieu.

Afin de vous donner une idée de ce programme thérapeutique, je vais vous indiquer les moyens que je prescris presque uniformément, dans tous les cas de ce genre, pour fortifier les muscles, et ceci s'applique aussi bien aux cervico-dorsaux extenseurs du rachis qu'aux moteurs et fixateurs de l'omoplate, en cas d'épaules aillées.—(à suivre).—*Gazette médicale de Paris.*

Utilité des injections d'essence de térébenthine dans les trajets fistuleux, par M. Sett. CECCHINI.—Ce savant chirurgien italien a employé avec le plus grand succès l'essence de térébenthine dans diverses affections fistuleuses; les heureux résultats obtenus sont dus, selon lui, en partie à l'action irritante, modificatrice, cicatrisante de l'essence et surtout à son *action antiseptique*, qu'il déclare supérieure à celle des meilleurs désinfectants connus, tels que l'acide phénique, l'acide salicylique, le thymol et même le biiodure de mercure. Il injecte l'essence de térébenthine, à l'aide d'une seringue de Pravaz, soit pure, soit mélangée d'huile d'olive ou d'huile d'amandes douces pour atténuer la douleur parfois très vive qu'elle provoque; l'action est meilleure et plus rapide si l'on fait usage de l'essence pure; chez les malades pusillanimes, il pratique tout d'abord dans le trajet fistuleux une injection avec une solution de chlorhydrate de morphine, ou mieux il mélange le chlorhydrate avec l'essence, sans que l'action de cette dernière se trouve contrariée; par ce moyen la douleur se trouve réduite à un minimum. Voici les résultats obtenus par Cecchini à ce jour: sur 7 fistules anales, la guérison a été obtenue dans 5 cas, le traitement ne put être continué dans l'un d'eux et le résultat fut négatif dans le dernier; 6 cas de carie du rocher ont été guéris, sans aucun insuccès d'autre part: il en est de même de 8 cas de fistule dentaire compliquée d'une

carie plus ou moins étendue du maxillaire; la méthode ne réussit que dans le seul cas de fistule du canal de Sténon; elle fut suivie d'un plein succès dans 15 cas de fistules atoniques, c'est-à-dire dans tous les cas où elle fut employée.—*Annali univ. di medicina.*—*Abeille médicale.*

De l'ascite symptomatique des tumeurs de l'abdomen.—L'épanchement de sérosité est dans l'histoire des tumeurs abdominales une complication qui obscurcit le diagnostic, rend le pronostic plus sérieux, et réclame des procédés d'intervention spéciaux. Nous trouvons dans une intéressante clinique de M. le docteur TERRILLON, une histoire tout-à fait pratique de ces ascites. Leur processus pathogénique est variable, elles sont dues à la *gêne circulatoire*, à l'*inflammation péritonéale*, ou encore à l'*irritation*, la simple action de présence, de contact des tumeurs avec la séreuse abdominale. Le clinicien peut tirer des notions très importantes des divers caractères de ces épanchements: elles sont tirées de la nature et de la composition du liquide, de son abondance, de la rapidité plus ou moins grande de sa production. D'abord, voyons la nature et la composition du liquide:

10. L'ascite par obstacle circulatoire contient un épanchement limpide, fluide, peu coloré; peu d'albumine, peu de dépôt, sauf quelques globules blancs.

20. Dans l'ascite inflammatoire, liquide filant, toujours plus ou moins trouble, odeur de fromage en décomposition, d'une grande valeur sémiologique; albumine, hématies et leucocytes.

3. Quand il y a simple irritation péritonéale, le liquide est albumineux, assez limpide, mais coloré et brunâtre; souvent sédiments figurés très abondants, grosses cellules granulo-graisseuses, leucocytes, cellules épithéliales.

Dans tous les cas, le résidu solide, qui ne dépasse point 40 pour 0/000 dans ces épanchements (Méhu), est toujours bien moins abondant que celui du liquide des kystes ovariens qui est de 60 pour 0/000, au minimum.

Les diverses tumeurs de l'abdomen ne produisent point toutes aussi facilement l'ascite, et il faut tenir compte d'une susceptibilité péritonéale spéciale à chaque sujet encore inexplicable. Les *kystes végétants* de l'ovaire, les myômes peu volumineux produisent un épanchement d'habitude peu abondant.

Dans les sarcomes, les cancers de l'ovaire, et en somme les tumeurs malignes, il est au contraire abondant, rapide à se produire, et il contient presque toujours du sang ou des éléments figurés nombreux. En somme on peut dire, avec M. TERRILLON, que, s'il n'y a nul rapport entre le volume d'une tumeur et la quantité de l'ascite, celle-ci est, par son abondance, en raison directe de la gravité de la tumeur. Trois moyens sont successivement praticables pour se rendre compte de la nature des tumeurs.

a. *L'examen abdominal* est nul comme résultat quand la tumeur est petite et le liquide abondant; s'il y a peu de liquide et une grosse tumeur, la main refoulant le liquide peut explorer la surface du néoplasme, et on peut parfois lui imprimer un mouvement de ballottage.

b. *La ponction exploratrice*, qui est souvent nécessaire pour asseoir le diagnostic, doit, pour être innocente, être pratiquée avec les précautions suivantes: a, asepsie absolue du trocart et de l'abdomen; b, situation

absolument médiane de la piqûre ; c, circonspection dans la profondeur. Mais la ponction, qui n'est qu'un moyen de se renseigner, ne doit point être considérée comme traitement palliatif du néoplasme connu ou de l'ascite ; la reproduction incessante d'un liquide albumineux affaiblit rapidement les malades et peut les conduire vite au tombeau.

c. *L'incision exploratrice* est le troisième moyen recommandé par M. TERRILLON pour reconnaître la nature de la tumeur. Mais il ne faut pas en abuser, et le savant chirurgien pose nettement les indications et contre indications. Si l'état général est très mauvais, et si le liquide se reproduit très vite, il ne faut pas intervenir.

Au contraire, si on considère : 1o. qu'il est impossible de diagnostiquer à coup sûr les cas opérables ou non opérables ; 2o. que l'ascite doit fatalement tuer la malade plus ou moins vite ; il faut agir et pratiquer l'incision exploratrice. Alors elle n'est que le premier temps de l'extirpation de la tumeur, si cette opération est praticable ; sinon, on referme l'abdomen. Jamais il n'y a eu d'accidents péritonitiques tant que l'antisepsie a été bien faite.

Mais, quand on a enlevé une tumeur qui était compliquée d'ascite, et évacuée celle-ci du même coup, faut-il drainer ou non le péritoine ? M. TERRILLON conseille de s'abstenir si l'extirpation facile n'a laissé qu'une petite plaie péritonéale ; mais si on en a disséqué des adhérences nombreuses, si on a dû constituer plusieurs pédicules et si on prévoit qu'il doive y avoir un mélange de produits d'exsudation au liquide ascitique, il faut drainer. Ce drainage devra se faire par la voie abdominale ou vaginale ; dans tous les cas, le tube facilement purifiable sera pourvu d'un appareil aspirateur quelconque. Si on fait le drainage vaginal, le vagin sera sérieusement nettoyé et tamponné avec de la gaze iodofornée.—DR. BARETTE, in *Concours médical*.

Diagnostic du chancre mou.—*Société de Biologie.*—M. BALZER communique le résultat de ses recherches sur l'application du microscope à la clinique, pour le diagnostic du chancre mou.

Il y a des cas où le diagnostic est très facile à faire, mais en revanche il y en a où les signes sont si obscurs qu'il faut avoir recours à des méthodes rigoureuses de différenciation. La meilleure est l'inoculation, mais quelquefois elle est impossible. En cherchant le microbe du chancre mou (que je n'ai pas trouvé d'ailleurs), j'ai pu constater que le microscope donnait d'excellents résultats.

On étudie les produits de sécrétion qui proviennent des diverses ulcérations entre lesquelles on hésite pour établir son diagnostic. Si l'on est en présence d'une ulcération herpétique, on ne doit trouver que du pus, l'herpès étant une simple vésicule qui, en se rompant, ne peut fournir que des globules de pus. Si c'est un chancre syphilitique, on trouvera du pus et quelques cellules épithéliales ; le chancre syphilitique n'est, en effet, qu'une papule compliquée d'une ulcération qui ne dépasse pas l'épithélium. Si c'est un chancre mou, on trouvera des produits plus caractéristiques ; il y aura non-seulement des globules de pus et des cellules épithéliales, mais encore des éléments du derme, car le chancre mou est une lésion du derme. Le microscope laissera voir, au milieu du pus, des fibres élastiques du derme qu'on pourra aisément mettre en évidence, en traitant le tout par la potasse et en

colorant par l'éosine: la potasse détruit le pus et laisse bien visibles les fibres colorées par l'éosine.

Ce procédé d'observation m'a réussi dans les quatorze cas où je l'ai mis en usage.—*Tribune médicale.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta dans l'utérus.—M. le professeur PAJOT, dans une leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, donne les conclusions qui suivent :

Le placenta est décollé, vous en êtes certain ; vous faites la traction douce et continue : *tendre et attendre*. Le placenta n'est pas décollé ; gardez-vous de tirer sur le cordon sous peine de renverser l'utérus, d'amener des accidents effroyables, des hémorrhagies formidables ; gardez-vous tout autant de donner l'ergot de seigle et rappelez-vous ces mots : *Jamais d'ergot quand il y a quelque chose dans l'utérus*. Mais alors, que faire ?—Que faire ! Vous placez la femme en travers du lit, vous saisissez le cordon et le suivez pour aller à la recherche du délivre ; vous cherchez à le décoller, à en retirer tout ce que vous pouvez, et vous faites des injections antiseptiques en ayant soin de les renouveler les jours suivants. Si quelque hémorrhagie consécutive se produit, c'est alors que vous pouvez donner un peu d'ergot.

Voilà pour la conduite à tenir dans l'accouchement. Mais une autre question reste maintenant à traiter, celle de la conduite aussi à tenir dans les cas d'avortement.

Deux cas peuvent se présenter : l'un commun, l'autre rare. Le commun, c'est le décollement et la rétention du placenta ; le rare, c'est le non-décollement du placenta continuant à vivre dans la matrice.

Dans le premier cas, expectation absolue tant qu'il n'y a pas d'odeur, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de putréfaction ; mais intervention immédiate et par tous les moyens possibles, *excluant la violence*, dès qu'il y a de la putréfaction, afin d'extraire en tout ou en partie le délivre ; pincettes et injections antiseptiques, car si vous n'extrayez pas le placenta, la femme est morte.

Dans le second cas, le placenta est vivant, pas d'odeur : expectation et parer d'avance aux hémorrhagies qui vous surprendront fatalement, en préparant des tampons et en apprenant à quelqu'un de l'entourage à s'en servir en attendant l'arrivée du médecin.

Voilà ce qu'il faut faire. Mais ce qu'il ne faut pas faire c'est de donner l'ergot quand l'utérus renferme quelque chose, quand le placenta est dans l'utérus, sous peine de commettre un assassinat, de tuer la femme. Car vous la tuez fatalement, comme si vous lui tiriez un coup de pistolet en pleine poitrine.

Quand l'utérus est vide, au contraire, et qu'il y a des hémorrhagies, alors l'emploi de l'ergot vous est permis, selon les circonstances.

De la dilatation préœtatale de la vulve.—Le docteur L. DUMAS (de Montpellier) a décrit, il y a deux ans, sous le nom de dilatation préœtatale de la vulve, une petite manœuvre obstétricale très facile qui a pour but de mettre les primipares à l'abri des déchirures étendues

du périnée, en même temps que de diminuer la durée de la période d'expulsion : il consiste à dilater la vulve avec les doigts avant que la tête ne distende trop énergiquement le périnée. Après avoir rappelé les avantages de cette méthode, le docteur Dumas fait la critique des idées du docteur Byford sur ce sujet : pour l'accoucheur de Chicago, l'ampliation de la vulve au moment de l'expulsion du fœtus est importante, mais au lieu de la produire artificiellement, comme M. Dumas, il pense qu'elle peut se faire naturellement par l'action de la poche des eaux ; aussi cherche-t-il à conserver cette poche intacte le plus longtemps possible. Dans ce but il conseille de faire coucher la femme sur le côté dès le début du travail, et, si les douleurs sont trop vives, d'administrer une potion opiacée. La dilatation du col une fois complète, il pense que la poche des eaux restera plus longtemps intacte si la femme demeure couchée sur le dos, et que les membranes poussées par la tête, viendront exercer au niveau de la vulve la même action dilatatrice qu'elles ont eue au niveau du col. Il repousse absolument la rupture artificielle des membranes lorsqu'on a constaté l'existence de la dilatation complète. De plus, l'intégrité des membranes jusqu'à la fin offrirait un double avantage : elle permet de corriger une position vicieuse de la tête dans le bassin, et le cordon ombilical aurait moins de tendance à prolaber et pourrait être plus facilement réduit.

Lorsque les membranes apparaissent à la vulve, comme la dilatation vulvaire n'est pas complète, M. Byford engage la femme à ne pas trop pousser, et il donne même un peu de chloroforme à chaque douleur. Il retarde ainsi la rupture jusqu'au dégageement de la tête, qui se produit en une douleur ou deux. Il pense, par ce moyen, pouvoir éviter les traumatismes de l'utérus, les compressions et les fistules du vagin, les congestions hémorroïdaires et les délabrements du périnée. Si les membranes se rompent avant d'avoir achevé leur office de dilatation, on peut, ajoute-t-il, dilater partiellement la vulve avec deux ou trois doigts, placés dans le vagin, en pressant en arrière doucement et fermement à chaque douleur et en évitant que la tête soit coiffée par le périnée ; ce qui constitue le principal danger pour l'intégrité de celui-ci.

M. Dumas accepte volontiers cette dernière partie des procédés de M. Byford ; mais il démontre, par une étude intéressante sur le mode de formation et sur la rupture de la poche des eaux, qu'il est impossible, dans la majorité des cas, de compter sur la poche des eaux pour dilater l'orifice inférieur du vagin ; l'élasticité des membranes n'est pas suffisante, en effet, pour leur permettre de résister assez longtemps à la poussée qu'elles reçoivent, à partir du moment où la dilatation est complète ; du reste, la conservation des membranes jusqu'à la vulve, dans les rares circonstances où elle peut exister, offre plus d'inconvénients que d'avantages.

Si l'on étudie ce qui se passe du côté des membranes et du segment inférieur de l'utérus pendant l'effacement et la dilatation, on voit que l'utérus subit des modifications antagonistes de celles de l'œuf : celui-ci conserve toujours un diamètre vertical prédominant, qui s'exagère même par suite de la diminution que subissent les diamètres antéro-postérieur et transverse sous l'influence de la contraction utérine, tandis que le corps de l'utérus raccourcit de plus en plus son diamètre longitudinal. Aussi, dans les conditions normales de résistance et d'élasticité des membranes, leur rupture ne tarde pas à suivre l'achève-

ment de la dilatation : c'est à ce moment seulement qu'elles ont à supporter véritablement toute la poussée de haut en bas résultant des contractions utérines, et la limite de leur élasticité ne leur permet pas de s'allonger, en moyenne, au-delà de $2\frac{1}{2}$ centimètres. Or, en admettant que les membranes ont déjà pu être plus ou moins distendues pendant la dilatation, on conçoit qu'elles soient déjà fort près de leur limite d'élasticité, en sorte que la poussée énergique et brusque que leur transmet la tête en s'abaissant épuise vite ce qui peut leur rester d'extensibilité et ne tarde pas à les faire éclater.

Après cette étude, pleine d'aperçus cliniques, sur la rupture de la poche des eaux, M. Dumas donne quelques détails pratiques sur sa manière de faire pour protéger les parties maternelles. Lorsque, sous l'influence de la pression exercée de dedans en dehors par le *trépied digital*, la vulve a acquis une souplesse et une ampleur suffisantes, on supprime l'action exercée par les doigts et on ne s'occupe plus que de dégager la tête à la vulve de la même manière qu'elle se dégage au niveau du col, c'est-à-dire par glissement. Aussitôt après une de ces énergiques contractions que provoque la distension considérable des parties, au moment des douleurs conquassantes, on engage la femme à supprimer tout effort volontaire : plaçant la main droite à plat sur la commissure postérieure de la vulve et la partie antérieure du périnée, on appuie fortement sur ces parties de manière à les faire glisser d'avant en arrière sur la tête fœtale que l'on maintient en même temps de manière à arrêter complètement son mouvement de déflexion. On accompagne ainsi la commissure postérieure de la vulve tout le long de la face jusqu'au menton, dont on facilite le dégagement en pressant sur lui avec l'extrémité des doigts à travers le périnée, d'arrière en avant. — Si la dilatation prœfœtale a été méthodiquement faite, si la vulve a été suffisamment allongée et attirée en avant de la tête, son ampliation et sa souplesse sont suffisantes à ce moment pour permettre ainsi de la ramener en arrière et de dégager la tête sans qu'une nouvelle contraction utérine ait à intervenir. L'avantage qui en résulte pour le périnée se comprend sans peine : au lieu d'une distension portant sur toute son étendue, et le tirillant depuis le coccyx jusqu'à la vulve aussi bien qu'entre les deux tubérosités ischiatiques, on n'exerce plus de distension qu'au niveau de la vulve ; comme celle-ci a acquis une dilatation suffisante, elle est soustraite au danger d'une déchirure importante, en même temps que le reste du plancher périnéal, ramené en arrière et par conséquent tassé sur lui-même, se trouve mis à l'abri du danger d'une déchirure centrale. — Cette méthode, ajoute M. Dumas, mérite d'être expérimentée par les accoucheurs qui lui devront plus d'une fois des succès qu'ils demanderaient vainement à d'autres procédés. — *Concours médical.*

Eclampsie puerpérale et anurie. — Après avoir rapporté l'observation très intéressante d'une femme atteinte d'éclampsie et d'anurie, M. le Dr MANDILLON pose les conclusions thérapeutiques suivantes, qui nous paraissent très rationnelles.

Trois moyens thérapeutiques sont employés séparément ou simultanément pour combattre cette redoutable affection : la saignée, l'hydrate de chloral et les inhalations de chloroforme. Eh bien ! je suis convaincu que la saignée largement appliquée est un moyen d'une puissance

bien supérieure aux deux autres. Elle est curative en s'adressant à l'accident urémique même. Elle enlève une partie du poison à l'organisme, mais il faut qu'elle soit abondante, de 500 à 1,200 grammes, suivant la gravité de l'affection et la vigueur de la malade. Chose étrange ! Depaul, si grand partisan de la saignée, dont il a démontré les bienfaits, était opposant acharné de la théorie urémique, et pourtant cette théorie est la seule capable de démontrer les bons effets des larges déplétions sanguines.

Le chloroforme et l'hydrate de chloral ne guérissent pas l'éclampsie ni les troubles urémiques, mais il amendent singulièrement la crise éclamptique qui peut tuer par l'ictus sanguin dans le cerveau, les poumons et les autres viscères, et ce que j'avance est tellement vrai que souvent les femmes atteintes de cette affection et traitées par les hypnotiques et les anesthésiants seuls meurent quelquefois après un coma profond d'une demi-journée et davantage, sans qu'un seul accès éclamptique, comme dans la dernière phase de l'urémie, se soit alors déclaré.

La jeune malade dont j'ai l'honneur de vous présenter l'observation, dit M. le Dr Mandillon, est la onzième que j'ai traitée dans le cours de ma pratique médicale et j'ai la satisfaction profonde de pouvoir dire que je n'en ai perdu aucune, et toujours, même avant l'emploi du chloroforme et de l'hydrate de chloral, j'ai fait de larges et abondantes saignées.

Je crois donc que le traitement de l'éclampsie puerpérale urémique :

1o Une indication primordiale s'impose d'une façon impérieuse, débarrasser l'économie, je ne dirai pas de l'urée, mais des produits excrémentitiels de l'urine. Je conseillerai donc l'emploi de la saignée, l'usage du lait, les excitants diffusibles, caféine, injections d'éther sulfurique, peut être même de pilocarpine ;

2o Une autre indication d'une extrême importance, c'est de combattre le symptôme, c'est-à-dire l'accès éclamptique. Je m'adresse alors au chloroforme, à l'hydrate de chloral, au bromure de potassium.

Quant à l'accouchement forcé ou provoqué, je n'en parlerai que pour le bannir, sauf dans des cas exceptionnels ; quand l'enfant est encore vivant, quand on suppose que l'on se trouve en présence d'une éclampsie de cause réflexe, la délivrance est permise et doit être faite lorsque, toutefois, elle ne doit pas être préjudiciable à la mère.

De ce que je viens d'avoir l'honneur de vous exposer, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1o L'éclampsie puerpérale est presque toujours un symptôme et la conséquence d'accidents urémiques amenés par une lésion passagère du rein ;

2o Le traitement doit être celui de l'urémie, mais secondé par les anesthésiques et les hypnotiques, à cause des caractères convulsifs qu'elle revêt dans la grossesse ;

4o Traitée de cette façon, l'éclampsie puerpérale cesse d'être une affection aussi redoutable — *Journal de médecine de Bordeaux*.

Des versions et des flexions utérines.—Clinique de M. le docteur Pozzi à l'hôpital de Lourcine.

La leçon d'aujourd'hui vous sera d'autant plus profitable qu'elle a trait à une affection qui est mal connue, au moins ici ; il s'agit des

déviations utérines. Dans ma dernière leçon, après vous avoir donné quelques notions historiques sur la question et vous avoir indiqué la situation normale de l'utérus, je me suis arrêté à l'anatomie pathologique. Bien que cette anatomie ne repose que sur très peu de documents cadavériques, ces quelques autopsies, cependant, nous permettent d'ajouter un certain nombre de notions à celles qui nous sont fournies par nos observations sur le vivant. Après la mort, on retrouve quelquefois, soit des brides qui retiennent le corps de l'utérus en arrière, en avant, ou latéralement, soit des raccourcissements de ligaments. Eh bien, ces adhérences sont-elles l'effet ou la cause de la déviation? Peu importe pour le moment. Maintenant, dans une grande quantité d'antéflexions, on trouve un manque de développement de l'utérus, en particulier de la paroi antérieure du vagin. En outre, au point de vue de la courbure, soit en avant, soit en arrière, on a constaté tantôt un amincissement et tantôt un épaissement. Voilà à peu près tout ce qu'on trouve, ce qui, au reste, n'a rien de bien étonnant, la déviation utérine étant surtout une maladie symptomatique.

Quels sont donc ces symptômes? Ce sont: d'abord, peu importe le côté où s'est produit la déviation, des phénomènes de métrite; puis, une exagération des phénomènes nerveux du syndrome utérin. Cette névropathie particulière se traduit plutôt par de la dépression que par de la surexcitation. Donc, quand vous rencontrez une femme qui, avec toutes les apparences d'une bonne santé, est incapable de faire aucun effort, de supporter la voiture, de monter un escalier, vous pouvez à bon droit soupçonner que votre cliente a une déviation utérine. Mais, qu'est-ce qui peut produire une semblable adynamie; est-ce la déviation ou la mobilité de l'utérus? Je crois que nous devons nous rattacher à la dernière proposition: en premier lieu, parce qu'on rencontre dans n'importe quelle déviation et dans certains degrés d'abaissement toujours le même phénomène, et, en second lieu, parce que dans le cas où à une déviation qui manque d'équilibre se substitue une déviation ferme, on constate quelquefois une absence complète de tout phénomène.

Comme autre symptôme, je vous signalerai un certain degré de dysménorrhée qui, surtout dans les antéflexions, peut quelquefois être précédée d'une aménorrhée très persistante.

Pourquoi donc cette dysménorrhée? Par la raison bien simple que le canal étant coudé, il peut se produire le fait suivant: à la suite de la formation d'un petit caillot, le sang des règles n'aura plus un libre cours, l'utérus se distendra, des coliques surviendront, une débâcle arrivera, et la femme sera subitement soulagée. Plaçons encore, au nombre des symptômes, des compressions variées qui ne sont pas aussi nettement définies dans telle ou telle situation qu'on pourrait le croire au prime abord. La stérilité, en outre, surtout dans les flexions, parce que le canal est aplati ou bien parce que le col se trouve déjeté dans l'un quelconque des culs-de-sac, est quelquefois la conséquence des déviations.

Tout ce que je viens de vous dire s'applique surtout aux flexions. Quant aux versions, elles peuvent donner lieu à des phénomènes semblables, mais bien moins accentués, ces affections étant presque toujours des états pathologiques atténués de la flexion, et cela si bien que Bernutz a été jusqu'à prétendre que l'antéversion n'avait aucune valeur.

Pour ma part, je trouve que cette opinion est un peu exagérée, car, dès que la métrite vient se hanter sur un utérus dévié, on peut dire que la plus légère version prendra immédiatement une importance considérable. Il est encore une chose qui joue un grand rôle dans les phénomènes nerveux : c'est la laxité ligamenteuse que vous apprécierez au toucher. Voilà pour les phénomènes rationnels ; passons maintenant aux signes physiques et au diagnostic.

Les signes physiques, vous les obtiendrez de trois manières : par le toucher vaginal combiné avec le palper abdominal, par le toucher rectal et par le cathétérisme. Le toucher vaginal, dans une version, vous donne la sensation que l'utérus n'occupe pas sa position normale, et, dans une flexion, il vous permet de reconnaître que si le col est dans l'axe, le corps, au contraire, est en avant ou en arrière. Voilà la théorie classique. Je vous l'ai citée, afin que vous ne l'ignoriez pas ; mais sachez qu'il existe un certain nombre de faits qui s'en éloignent beaucoup. Ainsi, un auteur, Gaillard Thomas, a indiqué une variété d'antéflexion, l'antéflexion cervicale, dans laquelle le col est courbé. Que vous veniez, dans ce cas, à pratiquer le toucher vaginal, vous en concluez, suivant la règle, en constatant que le col est en avant, que le corps doit être en arrière, ce qui est une erreur que vous rectifierez aisément par le palper abdominal. Il existe encore une autre variété signalée toujours par le même auteur, qui fait défaut à la règle générale : c'est l'antéflexion cervico-corporelle dans laquelle le corps et le col sont fléchis à la rencontre l'un de l'autre. Maintenant, dans tous ces cas de flexion une chose est à remarquer, c'est la situation de l'utérus en crosse de pistolet, soit en avant, soit en arrière, ou sur les côtés.

Ceci dit, comment faire le diagnostic entre une tumeur et une flexion de l'utérus ? Par l'intermédiaire du toucher et du cathétérisme. Supposons, par exemple, que nous ayons affaire à un corps fibreux de la face antérieure de l'utérus. D'abord, la tumeur, par son volume, peut très bien vous tirer de tout embarras. Mais supposons qu'il n'en soit pas ainsi, c'est alors que vous aurez recours au cathétérisme. Dans le cas d'antéflexion, vous ne pourrez pénétrer qu'en déviant votre sonde ou même, quelquefois, qu'après lui avoir donné une courbure spéciale, tandis qu'au contraire, dans le cas de tumeur, vous entrerez comme de coutume.

Le pronostic de ce genre d'affection est assez bénin, en ce sens qu'il nentraîne pas la mort. Pour peu, toutefois, que nous nous plaçons au point de vue fonctionnel, ce pronostic deviendra alors assez grave parce qu'il est très difficile d'arriver à une guérison complète.

L'étiologie de toutes ces déviations est peu connue. En résumé, pour les uns, il y a une influence congénitale, un arrêt de développement de l'utérus, et, pour les autres, l'avortement ou l'accouchement joue un grand rôle. Quoi qu'il en soit de ces opinions, il est certain qu'on doit attribuer un grand nombre de rétroversions à l'inertie vésicale de la femme après l'accouchement. Si vous joignez à cela qu'il existe une grande quantité d'avortements qui sont méconnus, vous comprendrez que cette parésie est moins à dédaigner qu'on se le figure au prime abord. Or, du moment que la rétroflexion est commencée, elle a des chances de s'accroître parce que le paquet intestinal va agir sur la face antérieure de l'utérus. Maintenant, y a-t-il des cas de dévia-

tion imputables à des efforts brusques, à des décrochements de la matrice, comme vous le disent les femmes du peuple? Cela est possible. Quant aux adhérences que je vous signalais au début de cette leçon à propos de l'anatomie pathologique, il est à peu près certain qu'elles sont consécutives à la déviation.

La fréquence de ces lésions est très grande. Dans une statistique, Wedler nous apprend que sur 3,000 cas il a rencontré 15 0/0 de situations normales, 12 0/0 d'antéversions, 10 0/0 d'antéflexions, 8 0/0 de rétroflexions 1½ 0/0 de prolapsus. Maintenant, relativement à la fréquence des variétés de Gaillard Thomas, ces deux raretés ne se rencontrent guère que chez les nullipares et sont dues à un arrêt de développement.—(A suivre)—Praticien.

PÆDIATRIE.

Des différentes formes et des différentes complications de la scarlatine.—Clinique de M. le professeur HARDY, à l'hôpital de la Charité.—Vous venez de voir une malade atteinte de scarlatine et vous avez constaté qu'elle entre dans la troisième période, c'est-à-dire, qu'un peu d'épiderme commence à se détacher au cou et aux aisselles. Vous avez vu que la convalescence était complète, car l'arthrite scarlatineuse a subi la même amélioration, puisque cette femme remue aujourd'hui les coudes et les jambes. D'autre part, pour que vous n'ignoriez rien, je vous dirai que nous avons donné tout simplement des tisanes et du salicylate de soude à la dose de 2 et de 3 gr. Eh bien, comme je vous le disais l'autre jour, nous profiterons de la présence de cette femme dans nos salles pour vous parler de la scarlatine, et, puisque dans ma dernière leçon nous avons étudié la scarlatine régulière, aujourd'hui je vous entretiendrai des différentes formes sous lesquelles la maladie peut se présenter et des différentes complications qui peuvent survenir dans le cours d'une semblable affection.

Et tout d'abord, quelles sont les différentes formes? La première est la scarlatine régulière. La période d'invasion, dans ce cas, dure 24 ou 36 heures; celle d'éruption, 4, 5, 6, 7 ou 8 jours, et les malades guérissent sans présenter d'autres accidents. A côté de cette forme, s'en trouve une autre où l'intensité de l'éruption est telle que les malades semblent avoir été plongés dans une teinture rouge. Très fréquemment, dans cette scarlatine, qui est à l'ordinaire ce que la variole confuente est à la discrète, la température est au-dessus de 40 et le pouls marque 120. Quelquefois enfin il existe du délire ou de l'abattement, tous accidents à la suite desquels la mort peut survenir. Je me rappelle, entre autres exemples, un enfant de 4 ans qui, sans autre chose que de l'insomnie et de l'agitation, est mort en quelque temps. Après cette deuxième forme, nous en avons une troisième, la forme maligne, dans laquelle on voit arriver du délire, des soubresauts des tendons, et, au bout d'un certain temps, du coma. La scarlatine où se montrent du purpura et quelquefois des épistaxis, constitue la forme hémorrhagique. Enfin, notons la scarlatine fruste, c'est-à-dire celle dans laquelle l'éruption manque ou du moins dure si peu de temps, qu'elle peut très bien passer inaperçue au médecin qui ne rend pas visite à son malade tous les jours.

Je suis conduit, de la sorte, à vous parler des complications qui peuvent survenir au cours d'une scarlatine. Nombreuses et venant souvent changer le pronostic, ces complications doivent être divisées en deux séries : celles de la deuxième et celles de la troisième période.

La première de toutes, c'est l'angine. Dans la scarlatine normale, il est vrai, on constate toujours une certaine rougeur du voile du palais, des piliers et des amygdales; mais ce n'est pas là une complication. Que faut-il donc pour qu'il en soit ainsi? Que l'angine affecte une des trois formes suivantes. D'abord, c'est une angine pultacée caractérisée par des flocons qui ressemblent à du lait caillé, qui existent surtout aux piliers antérieurs et aux amygdales, et qu'il est important de ne pas méconnaître afin de les toucher avec de l'acide citrique et de faire gargariser les malades avec du jus de citron. Ensuite, vient l'angine diphthéritique caractérisée par le développement de fausses membranes dans les narines, dans l'arrière-gorge, sur les amygdales et sur les piliers. Bien que cette forme puisse entraîner la mort, je dois dire, toutefois, qu'une terminaison aussi fâcheuse est assez rare, parce que cette angine n'est pas commune, et surtout, parce qu'elle n'atteint pas souvent le larynx. Au reste, à propos de cette dernière particularité, je vous rappellerai le mot de Trousseau qui est, pour ainsi dire passé à l'état d'aphorisme : " La scarlatine n'aime pas le larynx." Enfin, comme troisième espèce, nous avons l'angine gangreneuse qui, quelquefois, vient s'ajouter à la précédente. J'ajouterai, en outre, que cette dernière forme n'est pas très grave et que les perforations qui surviennent au voile du palais guérissent parfois en quelques jours.

Maintenant, après l'angine, la complication la plus commune, est l'arthrite scarlatineuse. Survenant dans la deuxième période, cette complication présente les phénomènes ordinaires de l'arthrite, à savoir le gonflement, la rougeur et la douleur; mais, chose singulière, elle offre une prédisposition bien marquée pour certaines articulations. C'est ainsi qu'on la rencontre surtout aux poignets et aux coudes et, après, aux épaules et aux genoux. Ordinairement, avec cette arthrite, qui peut être plus ou moins grave et plus ou moins étendue, et pendant la durée de laquelle il n'est pas rare de voir survenir une péricardite, le meilleur traitement est le salicylate de soude, à la condition qu'il sera employé comme à l'ordinaire.

A côté de cette complication qui, en somme, n'est pas grave, il en existe d'autres qui sont rares, il est vrai, mais qui méritent cependant d'être signalées parce que vous les rencontrerez certainement dans votre pratique; je veux parler de ces accidents qui surviennent du côté des centres nerveux. Chez un de vos malades, par exemple, tout semble marcher à souhait, lorsque quelques instants après votre départ, tout d'un coup, survient du malaise. Souvent, il existe du délire, le pouls augmente de fréquence et la chaleur est au summum; puis arrive le coma, la résolution et, en quelques heures, le malade, succombe. Voici une première forme : c'est la forme cérébrale. Mais, à côté de celle-là, il en existe une autre; c'est celle où le malade, que vous venez de quitter en bonne voie, est pris tout d'un coup d'étouffements et de syncopes, tombe dans la résolution et meurt en quelques instants. Pour expliquer de pareils accidents, certains ont fait retomber la charge tout simplement sur le compte de l'urémie. Eh bien, je dois vous dire qu'il n'y a rien de plus faux. Tout ce qu'il y a de positif, dans ces cas,

c'est l'existence des deux phénomènes suivants: d'abord une hyperthermie considérable et ensuite une fréquence extrême du pouls. En sorte que, ces accidents ressemblant tout à fait à ceux qu'on observe dans le rhumatisme cérébral, je crois qu'ils doivent être tout simplement imputés à la fièvre.

Après ces accidents si graves, j'ai bien peu de choses à vous dire relativement à la deuxième période. Sachez que les bronchites et les pneumonies sont rares, et passons aux complications qui surviennent dans la troisième période.

Les premiers accidents sur lesquels j'appellerai votre attention, ce sont: le coryza, l'otite et l'inflammation des ganglions. Après cette inflammation des ganglions, je vous signalerai des arthrites qui diffèrent totalement des précédentes. Ce sont, dans ce cas, des arthrites isolées, qui peuvent très bien aller jusqu'à la suppuration. Ici, par exemple ce sera un poignet gauche qui restera gonflé et douloureux, là, au contraire, ce sera une hanche droite. A côté de ces arthrites, je placerai volontiers les pleurésies purulentes. Et de fait, à la fin de la deuxième période et au commencement de la troisième, on voit quelquefois survenir une pleurésie dont le liquide, par cela seul que l'inflammation de la plèvre survient chez un individu affaibli, a une grande tendance à se transformer en pus. Enfin, de tous les accidents de cette période, le plus commun, sans contredit, c'est l'albuminurie. En effet, dans la période de desquamation, du huitième au vingt-cinquième jour, il n'est pas rare de voir apparaître chez votre malade, en même temps qu'un peu de douleur au niveau des reins, une urine sanglante. De l'œdème, d'abord à la face et ensuite sur les autres parties du corps, ne tarde pas à survenir. Que vous examiniez alors l'urine, et vous y trouverez tous les caractères de la néphrite parenchymateuse. Néanmoins je dois vous dire que dans ces derniers temps, en Allemagne, on a soutenu que c'était surtout le tissu conjonctif du rein qui était pris. Cela est vrai; mais comme on trouve que les tubes et surtout les glomérules sont aussi atteints, nous devons en conclure que nous avons affaire à une néphrite générale. Quant aux accidents, dans les deux tiers des cas, ils guérissent tellement bien que je vous conseille de ne pas porter un pronostic défavorable.

Un mot maintenant du traitement, la morale de toute leçon. Et tout d'abord, y a-t-il un moyen de prévenir la scarlatine? Il y a quelques années les homœopathes ayant prétendu être arrivés à ce résultat, tous les médecins de Paris, pendant quelques temps firent prendre à leurs clients de la teinture de belladone. Cela ne rendit personne malade, mais, à coup sûr, n'empêcha personne de prendre la scarlatine. Aujourd'hui, l'opinion est donc faite, et tout le monde est d'accord pour reconnaître que le seul moyen de prévenir la scarlatine, c'est l'éloignement, non pas dans un appartement voisin, mais à une grande distance, pour éviter le contact des personnes qui approchent du malade. Eh bien, maintenant, que faut-il à une scarlatine régulière? Laisser le malade au lit, lui donner à boire des tisanes chaudes, veiller à ce qu'il ne se refroidisse pas et faire prendre, dans le cas d'insomnie, une potion avec de l'extrait thébaïque. Voilà pour la période d'éruption. Maintenant, quand arrive la période de desquamation, vous devrez nourrir graduellement votre malade et lui faire prendre, comme il est habitué, un peu de quinquina et quelques préparations ferrugineuses.

Reste encore une dernière question assez sérieuse : devez-vous baigner les malades pendant la période de desquamation ? Des médecins, et Bergeron entre autres, agissent de cette façon au bout de quinze jours ; pour ma part, je trouve qu'il vaut mieux s'abstenir des bains pendant toute la durée de la période de desquamation, car tous vos efforts doivent tendre à éviter le refroidissement.—*Praticien.*

Dentition ; son rôle dans la pathologie infantile.—M. le Dr SÉJOURNET, de Revin, publie dans la *Revue des maladies de l'enfance*, un mémoire dans lequel, sans attribuer à la dentition une influence aussi considérable que quelques médecins le font, conclut aussi qu'elle joue, dans la pathologie infantile, un rôle complexe, variable selon les sujets, selon leur âge, leur constitution, leur hygiène et leur hérédité ; en somme, les accidents d'origine dentaire sont un produit dont la dentition n'est le plus souvent qu'un des facteurs.

Pour ce qui est des convulsions, par exemple. M. Séjournet montre par de nombreux exemples qu'elles sont beaucoup moins fréquentes chez les enfants qui ont été nourris au sein que chez ceux qui ont été élevés au biberon et alimentés prématurément. C'est ainsi que dans une même famille, il a vu ceux qui étaient élevés au sein ne pas souffrir de la dentition, alors que ceux qui étaient élevés autrement présentaient de graves accidents.

Les tableaux dressés par M. Séjournet au moyen de nombreuses observations montrent aussi que l'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie des convulsions d'origine dentaire, et que les enfants dont les parents ont eu des accidents nerveux y sont plus particulièrement prédisposés.

Ce sont les troubles gastro-intestinaux, l'alimentation impropre, qui joue ainsi le rôle de cause prédisposante dans le cas d'accidents du tube digestif. Enfin les accidents pulmonaires, comme la congestion ou le catarrhe, s'ils ne sont pas produits directement par la dentition, surviennent beaucoup plus facilement à cette période sous l'influence du moindre refroidissement.

Il semble même que la dentition, alors qu'elle ne se manifeste par aucun phénomène morbide, ait cependant une certaine influence sur l'enfant, et même sur sa santé, du moins sur sa nutrition en général. M. Séjournet signale à ce propos le symptôme des *urines laiteuses* qu'il a remarquées au moins dans les trois quarts des cas ; elles peuvent se rencontrer, il est vrai, dans les simples embarras gastriques, mais elles se rapportent si fréquemment à la dentition, que les mères elles-mêmes sont averties de cet acte physiologique quand elles voient que leur enfant *pisse tout blanc*. Il s'agit ici d'une urine fébrile, sans autre particularité que sa coloration. Aussi quand un enfant arrivé à l'âge de la première dentition devient malade et présente des symptômes assez graves pour donner le change sur la nature de sa maladie, il est bon d'examiner les urines et d'en rechercher la coloration, car la teinte laiteuse est un argument en faveur des troubles d'origine dentaire.

Pour ce qui est du pronostic de la dentition, on ne peut pas le considérer comme sérieux, car les accidents qu'elle produit n'entraînent presque jamais la mort.

Traitement de la coqueluche.—M. le Dr MICHAEL partage l'opinion de Hack, qui considère la coqueluche comme une névrose d'origine

réflexe des nerfs du nez. Schodelvald, dans ses publications, admet, lui aussi, qu'il existe des rapports entre les affections des trijumeaux et les toux caractéristiques comme la coqueluche. Ces considérations justifient, suivant l'auteur, le nouveau mode de traitement qu'il préconise contre la coqueluche, et qui consiste dans l'application de certains agents médicamenteux sur la surface nasale.

Les cas de coqueluche que l'auteur a traités de cette façon s'élèvent au nombre de cinquante. Parmi les poudres médicamenteuses qu'il insuffle dans les cavités nasales, se trouvent : la quinine, soit pure, soit mélangée dans la proportion de 1 à 3 avec de l'acide benzoïque : le tannin, l'acide borique, l'acide salicylique, l'iodoforme, la cocaïne, le bicarbonate de soude et la poudre de marbre. L'auteur a employé cette dernière substance pour étudier l'action des poudres inertes. Quelques résultats favorables obtenus précisément avec la poudre de marbre démontrent nettement l'influence curative purement mécanique de certaines substances.

La quinine, la résine benzoïque, le tannin et la poudre de marbre sont les seules substances qui ont paru agir avec efficacité sur la coqueluche. Les effets de la cocaïne, de l'acide borique, de l'iodoforme, de l'acide salicylique, sont à peu près nuls. Le traitement n'a été appliqué que durant la période spasmodique de la maladie. Chez les cinquante malades soumis à ce traitement, tous les symptômes de la coqueluche disparurent au bout de trois jours dans huit cas, soit 16 pour 100 de guérisons : au bout de huit jours dans six cas, soit 12 pour 100. Dans six autres cas, soit 12 pour 100, les symptômes s'amendèrent, mais la durée de la maladie n'en fut nullement abrégée.

L'auteur fut frappé de l'influence exercée par le temps sur la fréquence des quintes et la marche de la maladie en général. La toux devenait plus douloureuse et plus fréquente aussitôt que le temps était froid et humide avec un vent d'est. Au contraire, les symptômes s'apaisaient dès que la température devenait plus douce et que le vent tombait.

L'influence de l'humidité sur la maladie est encore plus marquée que celle du froid.

Le DR SAUERHERING, de Stettin, guérit, avec le sulfate de quinine administré d'une certaine façon, la coqueluche en quinze ou vingt jours.

Il administre le sulfate de quinine en doses relativement peu élevées : pour les nourrissons, les doses sont de 4 à 7 centigrammes ; dans la deuxième année, 7 à 10 centigr. ; dans la troisième et la quatrième, de 10 à 15 centigrammes ; dans les cinquième et sixième, de 15 à 20 centigrammes, et de sept à huit ans, de 20 à 25 centigrammes. Aller au delà semble à l'auteur plutôt nuisible qu'utile. Les adultes prennent 50 centigrammes. Il est évident que ces chiffres n'ont rien d'absolu et qu'ils ne peuvent servir de base, devant varier suivant les circonstances de constitution, développement, etc., des sujets.

Quant au mode d'administration, le voici : on fait préparer dix prises de sulfate (en poudre pour plus de précision dans les pesées) en y ajoutant un peu de poudre de sucre. Ces dix paquets seront donnés : un le soir et trois chacun des trois jours suivants. Après cela, repos de trois jours suivis de l'administration de dix nouvelles prises, en donnant la première le soir du troisième jour de repos. Nouvelle pause de trois

jours, suivis de l'administration de dix nouveaux paquets administrés de la même façon. Cela fait donc en tout trente prises en seize jours. A ce moment, la coqueluche a généralement disparu. Dans quelques cas rares où l'affection s'est montrée plus tenace, il a fallu donner une fois de plus les dix paquets.

Il est rare qu'après les dix premiers paquets, et même les trois jours de repos qui suivent, on puisse constater déjà une diminution sensible du nombre des quintes. Mais souvent les vomissements ont déjà cessé. Il faut, par conséquent, prévenir l'impatience des parents. Habituellement, pendant la deuxième période d'administration et de repos, les quintes diminuent de fréquence dans la proportion de 28 à 16 et même 14. Les vomissements sont alors très rarement observés; les hémorrhagies sous-conjonctivales disparaissent, et ce n'est que la nuit qu'on aura encore de temps en temps des quintes d'une intensité égale à celles des débuts. Pendant la troisième période de médication, dès l'avant-dernier jour souvent, le nombre des quintes est tombé de 1 ou 2, et leur disparition totale survient bientôt.

Si la toux avait disparu dès la deuxième période, il n'en faudrait pas moins, pour plus de sûreté, pratiquer la troisième administration. S'il arrive, pendant la première période, qu'un des paquets soit en partie ou en totalité vomé à la suite d'une quinte, il faudra immédiatement en administrer un autre.

L'auteur dit n'avoir pas rencontré chez les enfants trop de résistance à prendre cette préparation assez amère, qu'il fait d'ailleurs administrer dans une cuillerée d'eau sucrée.

Les statistiques et les courbes que l'auteur donne à l'appui de ses conseils en démontrent les bons résultats.

Lorsque les quintes affectent un caractère convulsif exagéré, M. H. ROGER donne, à dose rapidement croissante, le sirop de valériane, de 10 à 40 grammes, ou bien la teinture de musc, à la dose de 5 à 10 gouttes pour les sujets au-dessous de deux ans; à la dose de 10 à 20 gouttes aux enfants âgés de moins de cinq ans; et à dose de 15 à 30 gouttes à ceux qui ont dépassé cet âge.—Lorsque les spasmes laryngés se répètent, on développe, autour du malade, des vapeurs émollientes ou narcotiques; on brûle, près de ses narines et de sa bouche, du papier nitré, de la poudre de belladone ou de stramoine. Si les accès sont suffocants, on fait respirer aux coquelucheux du chloroforme ou de l'éther, en passant plus ou moins vite sous son nez le flacon ou le bouchon. Dans les cas où le spasme laryngé se prolonge, de manière que le petit malade est menacé de syncope respiratoire ou cardiaque, on s'efforce de le réveiller par des inspirations d'ammoniaque ou de vinaigre, par une projection brusque d'eau froide au visage, par des frictions vives pratiquées avec la main sur les parois de la poitrine, et surtout sur la région du cœur.—*Bull. de thérapeutique et Lyon médical.*

Sur quelques affections de la bouche chez les enfants.—Clinique de M. le docteur DE SAINT-GERMAIN, à l'hôpital des Enfants-Malades. Parmi les tumeurs que l'on peut observer dans la cavité buccale, les *épulis* ne sont pas très rares chez les enfants. Ces tumeurs, participant à la fois du papillome et du sarcome, ont pour principal inconvénient de récidiver facilement; elles se montrent habituellement entre deux dents sous forme d'une petite saillie rouge qu'il est nécessaire d'extrir

per très complètement; de plus, pour éviter toute récurrence, il faut gratter et cautériser avec le thermo-cautère la surface d'implantation; par ce moyen on évitera tout mécompte pour l'avenir.

— Il est une prétendue affection de la bouche sur laquelle on est consulté très fréquemment et qui n'existe la plupart du temps que dans l'imagination des parents: c'est le *développement anormal du filet*. On croyait autrefois que tous les enfants apportaient en naissant cette disposition et l'usage était de le sectionner invariablement, ou de faire semblant de le sectionner, car il n'y en a pas dans l'immense majorité des cas. Dans les cas très rares où il existe, il peut se montrer sous deux aspects différents: s'il est constitué par une partie membraneuse et pellucide et qu'il ne contienne aucun élément vasculaire, il n'y a pas d'inconvénient à le couper. Mais si le filet est court, charnu ou d'un blanc mat, il ne faut pas le sectionner car il peut en résulter une hémorrhagie mortelle ainsi que M. de Saint-Germain l'a vu se produire autrefois dans le service de Legroux. Lorsque la section est jugée possible, il ne faut pas la faire avec le talon de la sonde cannelée, l'instrument classique destiné à cet usage, car on risque ainsi de déchirer la muqueuse et de sectionner beaucoup trop loin. Il vaut beaucoup mieux se servir des doigts de la main gauche qui serviront de conducteurs aux ciseaux avec lesquels on coupera doucement et à petits coups la lame membraneuse qui cédera aussitôt. De cette manière on n'aura à craindre ni les déchirures ni les hémorrhagies. Mais il faut se rappeler que les occasions de pratiquer cette section sont très rares et qu'il faut savoir résister aux parents qui réclament constamment du médecin cette opération presque toujours toute de complaisance.

— Les *dents* existant au moment de la naissance sont aussi très souvent une cause de sollicitations et de difficultés pour le médecin auquel les parents demandent toujours de les extraire. Cette extraction est pourtant dangereuse. M. de Saint Germain a vu un cas dans lequel un accoucheur ayant arraché deux dents à un nouveau né, il s'ensuivit une hémorrhagie qui résista à tous les moyens employés et amena la mort au bout de vingt et un jours. En pareil cas cependant, pour remédier à ces hémorrhagies dentaires, il y aurait lieu d'employer la cire molle que l'on force dans l'alvéole et que l'on maintient ensuite en place aussi longtemps que cela est nécessaire. C'est un moyen que M. de Saint-Germain emploie pour arrêter les hémorrhagies dentaires qui se produisent dans le bec-de lièvre, après l'excision du maxillaire supérieur.

— La *grenouillette* n'est pas très fréquente chez les enfants; la grenouillette sanguine en particulier est très rare et ce sont souvent des tumeurs érectiles qu'on a décrites comme telles. Quant à la grenouillette ordinaire, elle devient rarement volumineuse parce que les parents s'en inquiètent et font soigner l'enfant qui en a été atteint. Il arrive assez fréquemment qu'elle reste stationnaire et il faut profiter du moment où elle est ainsi distendue à son maximum pour l'opérer avant qu'elle ne se rompe. Le meilleur procédé est bien certainement l'excision suivie de la cautérisation au nitrate d'argent. Le procédé consiste à pincer la paroi du kyste à l'attirer au dehors et à enlever un segment de la grenouillette. Par l'orifice ainsi obtenu on passe le crayon de nitrate d'argent avec lequel on badigeonne toute la paroi.

— Les *plaies de la langue* sont un accident de la pathologie infantile et qui, au premier abord, paraît avoir une grande importance: la lan-

gue est, en effet, quelquefois presque complètement coupée par les dents; dans certains cas même on se croit obligé de faire des points de suture, mais ceux-ci n'ont aucune utilité; ils ne constituent qu'une opération difficile, douloureuse et qu'on peut parfaitement éviter. Ces plaies en effet finissent toujours par se retirer spontanément et cela presque sans laisser de traces, et sans aucun inconvénient, ni pour la mastication ni pour la parole. Le seul conseil à donner est relatif au repos de l'organe pendant quelques jours, autant du moins qu'il est possible.

Il en est de même des plaies de la voûte palatine. On peut voir là des délabrements effrayants au premier abord, et pourtant, là encore, il n'y a rien à faire. La cicatrisation est des plus rapides, et dans la généralité des cas la cicatrisation de ces vastes plaies est complète au bout de très peu de temps.

—La *luette* présente dans certaines circonstances une longueur et un volume insolites. On a même prétendu que certaines toux chroniques étaient dues au contact permanent de cet organe sur la base de la langue. Ce fait a certainement été exagéré, et l'on en a coupé un très grand nombre pour lesquelles l'opération était inutile. Toutefois il est des cas où cette section est nécessaire; mais on ne doit pas croire alors que l'opération soit aussi facile qu'on pourrait le supposer au premier abord; la *luette* est alors beaucoup plus épaisse qu'on ne le croirait, et si l'on ne prend certaines précautions on risque beaucoup de faire une opération incomplète. Il faut donc la saisir dans toute son épaisseur, et pour cela la prendre dans une pince à cadre; par ce procédé on peut être assuré de faire la section exactement au point nécessaire.—*Journal de méd. et de chir. prat.*

MALADIES MENTALES

Des différentes formes de délire avec conscience. — Clinique de M. le professeur BALL à l'asile Sainte-Anne. Les années précédentes, je me suis efforcé de commencer la série de nos conférences par un sujet général. Aujourd'hui, suivant la même habitude, je me propose d'aborder une question nouvelle pour vous; je veux parler des différentes formes de délire avec conscience. On a dit: "La folie est une maladie qui s'ignore elle-même." Nous savons qu'il n'en est pas toujours ainsi. Nous voyons, en effet, tous les jours arriver des sujets qui demandent à être traités dans un asile d'aliénés. Or, dans cette vaste étendue de délires avec conscience, quoi qu'en pense le public vulgaire, c'est à-dire celui qui n'est pas initié aux études de l'aliénation mentale, et pour qui être aliéné, sans déraisonner, est un paradoxe frappant, il faut accorder une place d'honneur au délire émotif. Mais, avant d'aborder les études doctrinales, je vous demande la permission de suivre une coutume, et de vous rapporter l'histoire d'un fait clinique. Quoiqu'il s'agisse d'un bien petit délire, et d'une bien petite personne, vous y trouverez au fond tous les caractères du délire émotif. Voici, au surplus, le fait. Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans chez qui l'hérédité est tellement manifeste qu'on pourrait dire qu'elle a commencé à être malade avant sa naissance. Sa mère est nerveuse, et son père, ce qui

est plus remarquable, est un pointre en bâtiment qui a eu plusieurs accès de saturnisme. Cette jeune fille a encore joué de malheur. A l'âge de sept ans elle fut atteinte d'une fièvre typhoïde, et, depuis cette époque, elle mena une existence végétative. Comme instruction, elle ne possède que les deux arts les plus élémentaires : la lecture et l'écriture. Elle est, en outre, maigre et malingre. Les troubles morbides dont je veux vous entretenir ont débuté il y a deux ans environ. Sa mère a commencé à s'apercevoir qu'elle plourait à tout propos. Bientôt le délire a pris une forme excessive. Il s'adressait à deux ordres de faits : la peur des voitures et la peur du vent. Quand elle se promène dans la rue, elle est constamment dans un état d'inquiétude, et toutes les fois que le vent siffle, elle est prise de battements de cœur.

A propos de la crainte des voitures, je vous citerai l'histoire d'une dame qui vient de s'éteindre. Pendant un grand nombre d'années, cette femme ne traversait pas une rue tant qu'une voiture était à l'horizon. Beaucoup de personnes de son entourage dans la suite l'ont quittée, aussi n'a-t-elle pas tardé à se confiner dans sa maison. C'est là un délire émotif qui finit par réduire un être intelligent à une inactivité absolue.

Un autre type de délire, c'est l'agoraphobie. Cet état consiste dans la peur des espaces. Vous me permettrez de ne pas y insister afin de vous dire quelques mots de la claustrophobie. Plusieurs auteurs ont observé des faits de ce genre. J'ai eu moi-même l'occasion de connaître une dame qui présentait une claustrophobie des plus manifestes. Un jour, ayant pénétré dans la tour St-Jacques en compagnie de quelque personnes, elle revint le plus vite possible sur ses pas dans la crainte que la porte ne fut fermée. A partir de cette époque, les mêmes phénomènes se représentèrent toutes les fois qu'elle était dans une salle fermée. Les choses allèrent même si loin qu'un jour, dans un établissement de bains, lorsqu'on vint à fermer la porte de son cabinet, elle cassa les vitres des fenêtres et se mit à appeler au secours. Je pourrais vous citer un grand nombre de faits pareils. L'un des plus curieux est celui d'un homme qui fut pris d'une telle terreur en montant dans un ascenseur qu'il saisit le conducteur et ne le lâcha que sur le palier.

J'aurais encore bien d'autres genres de délire à vous citer : tels sont la topophobie ou crainte de passer dans un certain endroit, la monophobie ou peur de se trouver seul, l'autrophobie ou crainte de se trouver dans une foule, et la gynécophobie ou frayeur des femmes. Je passerai tous ces états sous silence afin de vous parler d'un délire singulier qu'on pourrait appeler la peur des oiseaux. Il s'agit d'un homme, lettré et distingué, qui commença par chasser les moineaux qui s'assemblaient sur sa fenêtre. Cette aversion ne fit que s'accroître, aggravée qu'elle était par des soucis et des ennuis d'argent. A côté de cette terreur morbide, il présentait une acuité sensorielle exagérée. Ainsi, un jour, à Trouville, en voyant arriver le yacht de M. Rothschild, il s'écria : "Des oiseaux doivent être à bord de ce bateau !" Comme on n'ajoutait pas grande foi à son affirmation, il demanda à visiter le bateau, et finit par découvrir un serin dans une cage. C'est encore à ce délire qu'il faut attribuer la crainte des claquements de fouet. Pour notre malade, par exemple, ce bruit était tellement insupportable, qu'un soir, à Nice, au théâtre où un postillon faisait claquer son fouet sur la scène, il fut obligé de sortir, tellement ce spectacle lui allait au cœur. Un autre jour il alla jusqu'à se jeter sur un cocher et le rouer de coups de canne

Je viens de vous citer des sentiments de terreur, permettez-moi de faire une légère digression pour vous dire que les délires émotifs peuvent se manifester sur l'affection. Une des formes les plus particulières, c'est l'amour des animaux. Il est encore un phénomène qui semble résumer en soi la plupart des délires émotifs, je veux parler de cet état particulier qu'on appelle la panopobie, c'est-à-dire la peur de tout. Quelques exemples, du reste, feront mieux comprendre ma pensée. Nous avons eu à la clinique un jeune homme d'un tempérament faible qui, vers le neuvième ou le dixième jour d'une fièvre typhoïde, s'imaginait que ses médecins voulaient l'empoisonner. A partir de ce moment, il refusa les aliments, et fut pris de terreur à l'égard de ses proches. Transporté à l'hôpital Laënnec, il manifesta une antipathie très prononcée pour la surveillante du service. Arrivé à Ste Anne, quand on voulut prendre son observation, il s'imaginait qu'on venait de rendre sa sentence. Cet état de terreur, coïncidant du reste avec une intelligence correcte, a duré trois mois, puis s'est éteint graduellement, et a fini par céder la place à une intelligence complète.

Je vais maintenant vous entretenir d'une forme de délire connue depuis Morel. Je veux parler de cet état de choses qui a reçu de Lasèque le nom de délire des boutons de porte. Certains sujets craignent le contact soit de tous les corps extérieurs, soit seulement de certains corps. Comme types de ce délire, je vous rapporterai deux observations. Dans la première, il s'agit d'une dame américaine qui en lisant dans les faits divers d'un journal qu'un homme avait pris la variole en comptant des billets de banque, se dit, comme elle venait de s'exposer à un pareil danger : "Je me suis lavé les mains, c'est vrai, mais ce lavage a été insuffisant." Elle se nettoie donc à nouveau les mains et s'essuie. Son eau jetée, elle pense tout à coup qu'elle a touché un morceau de savon qui était sale. Nouveau lavage qui sera bientôt suivi d'un autre parce qu'il faudra désinfecter le tiroir où étaient les billets, puis l'armoire..... Inutile, je crois, de vous donner en détail tous les autres incidents qui sont survenus. Non seulement elle se lavait les mains à chaque instant, mais encore elle ne voulait toucher à rien qu'avec des gants. L'autre exemple, que j'ai été à même d'observer, a rapport à un jeune officier d'une armée étrangère. A partir du moment où il eut le malheur d'attraper une blennorrhagie, une sorte d'impureté commença à s'attacher à tout ce qui se trouvait auprès de lui. Le matin, au sortir de son lit, il garnissait ses pieds de pantoufles, et ne prenait ses vêtements qu'avec précaution. Il ne donnait jamais la main à personne, montait à cheval, mais ne flattait jamais sa bête, et ne pouvait pas supporter l'hydrothérapie. Interrogé sur ses sensations les plus intimes, il me répondit qu'il éprouvait à l'extrémité des doigts une sensation de gomme.

Voilà autant de délires émotifs qui ont rapport à la crainte de la malpropreté, mais un autre, très fréquent, est celui qui a été signalé par Esquirol ; c'est la folie du doute. On voit une femme qui craint de toucher de l'argent, qui a peur de ne pas rendre à ses clients ce qui leur appartient, qui secoue ses jupons afin de ne rien emporter sur elle. Voilà par quel chemin j'arrive à la folie du doute, qui, pour moi, consiste essentiellement en un prurit cérébral qui pousse les individus à répéter certains actes sans être jamais satisfaits. Les uns comptent sans cesse ; les autres, des médecins par exemple, craignent toujours

d'avoir ordonné une dose trop forte. Quant à ceux qui sont dans les affaires, ils s'imaginent d'avoir compromis leur situation et voudraient revenir sur leur parole.

Il est encore une foule d'autres états qui relèvent de ces phénomènes généraux. Permettez-moi donc de vous en citer deux exemples. Le premier, dû à M. Baillarger, a rapport à un homme distingué qui commença, en allant au théâtre, à vouloir connaître le nom, l'adresse et les moyens d'existence des jeunes et jolies artistes. Puis, peu à peu, cette tendance se porta sur les femmes qu'il rencontrait dans la rue, et cela arriva à un tel point qu'il se fit accompagner d'un secrétaire dont la mission était de le renseigner sur les personnes du sexe féminin. Un autre fait, plus récent, est attribué à M. Charcot. Il s'agit d'un homme qui serait continuellement tourmenté par le besoin de retrouver les noms propres.

Si je me suis attaché à vous rapporter cette série de faits, ce n'est pas, soyez en sûr, pour le plaisir de vous raconter des anecdotes, mais pour vous signaler une des qualités maîtresses de l'intelligence, à savoir la succession des idées. L'esprit, pour être libre, a besoin de marcher dans des chaînes. Il existe, en outre, encore deux choses indispensables : c'est, d'une part l'attention volontaire, et d'autre part l'attention spontanée ; qu'un défaut de corrélation vienne à se manifester entre ces deux attentions, nous aurons alors la folie du doute ou le délire émotif. Le malade, en effet, sollicité par une idée à laquelle il attache une importance exagérée, ne pourra plus s'en débarrasser.—*Praticien.*

De la folie brightique. — *Société médicale des hôpitaux.* — M. DIEULAFOY. Le délire n'est pas un des symptômes habituels de la maladie de Bright ; il n'est pas comparable par sa fréquence aux autres troubles du système nerveux, accidents convulsifs et accidents comateux, qui apparaissent si souvent dans le cours des néphrites. Cependant, certains brightiques ont, pendant leur maladie, et surtout à une période avancée, des troubles intellectuels dont les manifestations multiples ont été réunies sous le nom d'*urémie délirante*.

Dans quelques cas, le malade n'a plus les apparences d'un brightique, il a l'air d'un aliéné. Ainsi les œdèmes et l'albuminurie peuvent faire défaut, au moins pour un temps. Ce n'est plus une simple urémie délirante, c'est un état morbide qui prend le masque de l'aliénation et qui mérite le nom de *folie brightique*.

C'est cette folie brightique que M. Dieulafoy décrit, en s'appuyant sur sept observations, dont deux personnelles. Presque toutes les formes de l'aliénation mentale y sont représentées. Parfois le délire urémique revêt les allures de la manie aiguë avec excitation, agitation, insomnie, loquacité, vocifération. Le malade se lève à tout instant, ne peut tenir en place, se débat quand on veut le tenir, pousse des cris perçants. L'excitation alterne parfois avec des phases de torpeur, d'engourdissement, de somnolence.

Dans quelques cas, il y a prédominance des hallucinations de l'ouïe et de la vue ; le malade voit manœuvrer des escadrons sur un toit du voisinage, et il entend chanter des enfants qui portent des lumières éblouissantes ; il voit des personnages revêtus de riches costumes, il entend des coups de pistolet.

Tantôt c'est la forme lypémanique qui domine ; le malade a l'œil éteint, la figure impassible, il se renferme dans le mutisme, il paraît ré-

signé à tout souffrir, il craint de mourir, ou bien il voudrait mourir et il nourrit des idées de suicide.

Tantôt des idées de persécution prennent le dessus, le malade refuse les aliments par crainte du poison, il croit qu'on en veut à ses jours, il entend des personnes qui veulent le tuer, il se croit coupable des plus grands crimes et il en redoute le châtimeut; les gens qui l'entourent sont des bourreaux, il voit devant lui la guillotine et il est pris de terreur.

Plus rarement, le délire revêt la forme érotique et religieuse.

Ces différentes variétés de délire existent isolément, plus souvent elles se suivent, elles alternent, se combinent.

La durée de la folie urémique est variable, de vingt jours à huit mois.

La pathogénie de la folie urémique n'est guère mieux connue que la pathogénie des troubles dits urémiques. M. Dieulafoy attribue une influence spéciale aux néphrites puerpérales, et croit avec M. Lécorché que bon nombre de manies consécutives aux couches ne sont autre chose que des manies urémiques.

Le diagnostic présente parfois de sérieuses difficultés. On peut méconnaître la nature urémique des vomissements et de la dyspnée, lorsqu'ils ne sont pas précédés ou accompagnés de bouffissure de la face, d'œdème des jambes, d'envies fréquentes d'uriner, de douleurs lombaires, de céphalée, d'épistaxis, de crampes, de démangeaisons, de bourdonnements d'oreilles, de troubles visuels. Eh bien! ce que nous venons de dire des vomissements et de la dyspnée, il faut le dire également des troubles délirants. M. Dieulafoy affirme que les œdèmes et l'albuminurie ont perdu, au point de vue du diagnostic, l'importance capitale qu'on était habitué à leur donner. Ce sont encore les plus précis des symptômes, mais leur inconstance leur enlève une partie de leur valeur.

Les œdèmes font assez souvent défaut dans le cours des néphrites chroniques, ou du moins ils peuvent être si légers, si fugaces, qu'ils passent inaperçus du malade comme du médecin.

Quant à l'albuminurie, elle peut disparaître momentanément dans le cours de la maladie de Bright; il y a d'ailleurs des albuminuries qui ne sont nullement tributaires d'une néphrite, certaines d'entre elles sont même compatibles avec la santé. L'albuminurie n'entraîne par elle-même presque aucune gravité. Le danger, ce n'est pas de perdre un ou plusieurs grammes d'albumine en vingt-quatre heures, mais c'est d'avoir des reins qui, fonctionnant assez mal pour laisser passer l'albumine, s'opposent pour la même raison à l'élimination des substances toxiques de l'urine. Ce qui est grave dans les lésions du rein, ce n'est pas ce qui passe, c'est ce qui ne passe pas, car l'accumulation lente ou rapide des éléments toxiques de l'urine dans l'économie provoque toute la série des accidents que, faute de mieux, on nomme urémiques. Par abus de langage, on a pris l'habitude d'appeler ces malades des albuminuriques, parce que l'albuminurie est le signe le plus facile à constater, mais cette dénomination a le tort de donner une importance primordiale à un signe qui n'est que secondaire.

C'est parce que les œdèmes et l'albuminurie peuvent manquer ou passer inaperçus à certaines périodes de la maladie de Bright, que M. Dieulafoy a essayé, depuis plusieurs années, de mettre en relief différents signes ou différents symptômes qui peuvent aider à la dépister.

Il a appelé l'attention sur les troubles auditifs, bourdonnements et sifflements d'oreilles, affaiblissement de l'ouïe et surdité, qui étaient à peu près passés inaperçus dans la séméiologie des néphrites; il a étudié les démangeaisons sur lesquelles on avait peu insisté; la pollakiurie, qui présente parfois des caractères intéressants, et le symptôme du doigt mort qui n'avait pas été signalé.

Pour revenir à la folie brightique, elle ne paraît pas avoir la gravité des autres accidents nerveux, urémie convulsive et urémie comateuse, qui mettent si souvent la vie en danger.

Le traitement est celui de tous les accidents urémiques. Le régime lacté exclusif tient la première place. Il faut réveiller les fonctions de la peau au moyen de frictions et du massage. Les révulsifs sur la région des reins, les ventouses sèches, les larges cataplasmes sinapisés, sont indiqués. La digitale, très souvent indiquée, est destinée à combattre l'atonie cardiaque, mais il faut en surveiller de près les effets, parce que l'élimination des médicaments par les reins malades est en partie entravée. On ne doit user que sobrement des purgatifs, surtout des purgatifs violents, afin de ne pas spolier l'économie d'une partie du liquide qui est nécessaire à l'excrétion des principes de l'urine. C'est même dans le but de faciliter l'excrétion urinaire que M. Dieulafoy fait souvent administrer des lavements contenant 150 grammes d'une infusion légèrement diurétique, infusion d'*uva ursi* ou de queues de cerises. Les émissions sanguines locales, les sangsues placées derrière les oreilles, à l'aisselle, à l'anus, donnent de bons résultats; on pratiquera sans hésitation une ou plusieurs saignées, dans le cas où le délire brightique serait trop aigu, ou associé aux formes comateuses ou convulsives de l'urémie.—*Praticien.*

BACTERIOLOGIE.

Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure, par M. PASTEUR, membre de l'Institut.—Note lue à l'Académie des Sciences.—Le 26 octobre dernier, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode pour prévenir la rage après morsure, et les détails de son application à un jeune Alsacien, Joseph Meister, mordu gravement le 14 juillet précédent. Le chien était manifestement enragé, et une enquête récente, faite par les autorités allemandes, a de nouveau démontré que ce chien était en plein accès de rage quand il a mordu Meister. La santé de cet enfant est toujours parfaite. La morsure remonte à huit mois environ.

Au moment même de la lecture de ma note du 26 octobre, j'avais en traitement le jeune berger Jupille, mordu, autant et plus grièvement peut-être que Meister, le 14 octobre. La santé de Jupille ne laisse également rien à désirer. Sa morsure remonte à quatre mois et demi.

A peine ces deux premières tentatives heureuses étaient-elles connues, quand un nombre de personnes, mordues par des chiens enragés, réclamèrent le traitement qui avait servi pour Meister et Jupille. Ce matin même,—ceci est écrit le jeudi 25 février—avec le docteur Granher, dont le dévouement et le zèle sont au-dessus de tout éloge, nous avons commencé les inoculations préventives du 350^e malade.

Bien que mon laboratoire, consacré depuis plus de cinq années à

l'étude de la rage, ait été un centre d'informations pour tout ce qui concerne cette maladie, j'ai partagé, je l'avoue, la surprise générale en constatant un chiffre aussi élevé de personnes mordues par des chiens enragés. Cette ignorance tenait à plus d'une cause.

Aussi longtemps que la rage a été jugée incurable, on cherchait à éloigner de l'esprit des malades le nom même de cette maladie. Une personne était-elle mordue, chacun déclarait qu'elle l'avait été par un chien non enragé, quoique le rapport du vétérinaire ou du médecin affirmât le contraire, et le plus grand silence était recommandé sur l'accident. Au désir de ne pas effrayer la personne en danger, ses proches ajoutaient la peur de lui nuire. N'a-t-on pas été quelquefois jusqu'à refuser tout travail à des ouvriers qu'on savait avoir été mordus par un chien enragé? On se persuadait facilement qu'une personne mordue pourrait tout à coup devenir dangereuse, ce qui heureusement n'arrive pas. L'homme enragé n'est à craindre que dans la période des derniers accès de mal.

Afin de bien convaincre les personnes prévenues, même celles qui pourraient être hostiles, j'ai pris la précaution de dresser des statistiques très sévères. J'ai eu soin d'exiger des certificats constatant l'état rabique du chien, certificats délivrés par des vétérinaires autorisés ou par des médecins. Cependant, je n'ai pu me soustraire, dans quelques cas très graves, à l'obligation de traiter des personnes mordues par des chiens suspects de rage qui avaient disparus, parce que ces personnes, outre le danger possible de leurs morsures, vivaient sous l'empire de craintes capables d'altérer leur santé, si nous leur avions refusé notre intervention.

Je n'ai pas voulu traiter des personnes mordues dont les vêtements n'avaient pas été visiblement troués ou lacérés par les crocs de l'animal. Il est bien évident que, dans ce cas, nul danger n'est à craindre, parce que le virus n'a pu pénétrer dans les chairs, alors même qu'il puisse en résulter une plaie contuse, profonde et même saignante. Dans un certain nombre de cas suspects, l'état rabique du chien a été établi dans mon laboratoire même, à la suite d'inoculations à des lapins ou à des cobayes de la matière nerveuse prise sur le cerveau de l'animal.

Je voudrais donner ici une idée assez exacte de la physionomie du traitement et de la nature des morsures, en citant dans leur ordre chronologique une des séries de personnes soumises au traitement. Comme il serait fastidieux d'énumérer les détails relatifs à 350 personnes, je choisirai plus particulièrement parmi les cents premières mordues et traitées; celles-ci occupent l'intervalle de temps écoulé du 1^{er} novembre au 15 décembre.

Leur intérêt est très particulier. Elles se trouvent dès à présent en dehors de la période vraiment dangereuse.

Si j'ouvre mon registre au chapitre de cette première centaine, je trouve dans un intervalle de dix jours la variété de cas suivants. Ils donneront à l'Académie l'idée d'un des défilés quotidiens qui se présentent au laboratoire chaque matin :

Etienne Roumier, 48 ans, mordu aux deux mains, le 4 novembre 1885, par un chien reconnu enragé. Aucune cautérisation ni pansement quelconque pendant vingt-quatre heures.

Chapot, âgé de 43 ans, et sa fille, âgée de 14 ans, tous deux mordus à la main gauche, le 6 novembre 1885. Les blessures ont été lavées à l'alcali volatil par un pharmacien. Chien reconnu rabique.

François St-Martin, âgé de 10 ans, mordu au pouce droit, le 7 novembre, lavé à l'ammoniaque par un pharmacien. Chien reconnu enragé.

Marguerite Luzier, âgée de 13 ans, mordue à la jambe par un chat enragé, le 14 novembre 1885. Cautérisation à l'acide phénique.

Corbillon, âgé de 27 ans, mordu le 12 novembre 1885. Chien reconnu enragé. Cautérisé au fer rouge huit heures après l'accident.

Bouchet, âgé de 5 ans et demi, mordu le 12 novembre à la main gauche et à la cuisse gauche. Vêtement de la cuisse déchiré. Chien reconnu enragé. Cautérisé au fer rouge trois quarts d'heure après l'accident.

Madame Delcroix, mordue le 2 novembre au pied droit, cautérisée au fer rouge neuf heures après l'accident. Chien reconnu enragé.

Planin, mordu au commencement de novembre 1885, à la main droite; cautérisé quarante-huit heures après l'accident. Chien reconnu enragé.

Jeanne Pazat, âgée de sept ans, mordue le 12 novembre par un chien reconnu enragé.

Madame Achart, mordue le 9 nov. au pied droit et le 12 nov., à la main droite. Chien reconnu enragé. Pas de cautérisation.

Madame Alphonsine Legrand, mordue au menton le 6 novembre 1885. Chien reconnu enragé. Pas de cautérisation.

Antoine Cuttier, 43 ans, mordu à la main le 16 novembre. Cautérisé au fer rouge vingt heures après l'accident. Chien reconnu enragé.

A Saint-Ouen, sont mordus, le 15 nov. 1885, *Ternat, sa femme, Madame Delsors et Madame Dalibard*, tous quatre par un chien reconnu enragé de son vivant et après sa mort. Cautérisations insignifiantes ou tardives.

Docteur John Hughes, mordu le 13 nov. 1885. Deux blessures fortes à la lèvre inférieure. Aucune cautérisation. Chien reconnu enragé.

Veuve Faure, mordue à la jambe le 1er Septembre 1835; vêtement déchirés par le même chien qui a mordu les quatre enfants dits d'Algérie, dont un est mort deux mois après sa morsure. Le traitement préventif a été appliqué aux trois autres au milieu de novembre.

Madame Gréteau, mordue le 14 nov. à l'annulaire droit. Chien reconnu enragé. Lavage des plaies à l'ammoniaque et cautérisation légère.

Voizenet (Noël) 50 ans; mordu le 16 novembre aux deux jambes par une chienne reconnue enragée. Cautérisation au fer rouge quatre heures seulement après l'accident.

Guichon, 67 ans, mordu le 15 novembre à la main gauche par le chien qui a mordu Madame Gréteau, dont il est parlé ci-dessus.

Halfacre (Walter), 28 ans; mordu à la main le 15 novembre, envoyé par le docteur sir James Paget. Pas de cautérisation sérieuse.

Calmeau, mordu dans la nuit du 15 au 16 novembre, au ventre, à la cuisse, au genou, vêtements et chemises en lambeaux. Pas de cautérisation quelconque. Chienne reconnue enragée. C'est la même chienne qui a mordu Voizenet.

Lorda (Jean), âgé de 36 ans, demeurant à Lasse (Basses-Pyrénées). Mordu le 25 octobre 1885, Lorda n'est arrivé à mon laboratoire que le

21 novembre, le 27e jour après sa morsure. Le jour où il fut mordu, sept porcs et deux vaches le furent également par le même chien. Or,

les neuf animaux sont morts de la rage, les porcs après une courte durée d'inoculation, de quinze jours à trois semaines. Aussitôt après leurs morsures, les vaches avaient été cautérisées profondément au fer rouge.

La santé de Lorda est toujours parfaite. Son traitement a été terminé le 28 novembre dernier.—(à suivre.)—*Tribune médicale.*

FORMULAIRE.

Epistaxis à répétition.—Bartholow.

| | |
|----------------------------|-----------|
| P.—Sulfate de quinine..... | 25 grains |
| Extrait d'ergot..... | 10 " |
| Sulfate de manganèse..... | 10 " |

M.—Faites dix pilules.

Dose : Une pilule, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Sueurs nocturnes.—Prof. S. W. Gross.

| | |
|---------------------------|---------------------|
| P.—Oxide de zinc..... | 2 grains |
| Extrait de jusquiame..... | $\frac{1}{2}$ grain |

M.—Pour une pilule à prendre le soir au coucher, et répéter au besoin.—*College and Clinical Record.*

Intertrigo.

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| P.—Oxyde de zinc..... | 2 parties |
| Poudre de craie composée..... | 4 " |
| Talc en poudre..... | $\frac{1}{2}$ partie |
| Bicarbonate de soude..... | $\frac{1}{2}$ " |

M.—Usage local.—*St. Louis Medical and Surgical Journal.*

Cancer utérin.—Gillette.

| | |
|-------------------------|-------------|
| P.—Iodoforme..... | 18 drachmes |
| Sulfate de quinine..... | 3 " |
| Charbon pulvérisé..... | 15 " |
| Essence de menthe..... | 160 gouttes |

M.—On saupoudre un tampon de coton avec quelques pincées de cette poudre, on en introduit une certaine quantité dans l'intérieur, et on le porte directement sur la surface ulcérée du col de l'utérus, à l'aide du spéculum. Si on n'a pas recours à ce dernier instrument, on enduit le tampon de vaseline avant de l'introduire. En tout cas, on ne déterge pas l'ulcère au moment d'appliquer le tampon. On renouvelle les pansements de quatre en quatre jours au plus tôt, et de dix en dix jours au plus tard. - *Union médicale.*

Aménorrhée.—Bartholow.

| | |
|---------------------------------|---------------------|
| P.—Extrait de noix vomique..... | $\frac{1}{4}$ grain |
| Arséniate de fer..... | $\frac{1}{8}$ " |
| Sulfate de manganèse (sec)..... | 2 grains |

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Vomissements de la grossesse.

| | |
|---------------------------|-------------------------------------|
| P.—Evonymine..... | 1 à 2 grains |
| Podophylline..... | $\frac{1}{2}$ à $\frac{3}{4}$ grain |
| Extrait de jusquiame..... | " |
| Extrait de belladone..... | " |

M.—Pour faire une pilule qu'on doit prendre le soir.—*Médecin clinicien.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MAI 1886.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

10. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.
20. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.
30. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.
40. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve "prima facie" d'intention de fraude.

Traitement de la constipation par la suggestion hypnotique.

Les lecteurs de L'UNION MÉDICALE ont été déjà mis au courant de ce que nous appellerons volontiers les merveilles de la suggestion hypnotique. Ils savent que les suggestions faites durant le sommeil dit hypnotique font une impression telle sur l'esprit de l'individu hypnotisé, que celui-ci, une fois éveillé, accomplit, à l'instar d'un véritable automate, les actes qui lui ont été ainsi suggérés, absolument de la même façon, quant au temps, aux circonstances, etc., qu'ils ont été suggérés. Nous avons déjà reproduit, dans les pages de ce journal, quelques expériences de M. Charcot sur les hypnotisées de la Salpêtrière. Beaucoup d'autres expériences du même genre avaient été faites antérieurement. Le doute, on l'a vu, n'est pas possible. Or ces expériences, faites d'abord dans le simple but d'éclaircir des problèmes scientifiques restés obscurs depuis longtemps, ont acquis, par la force même des choses, une portée plus pratique, et l'on s'est demandé, en voyant l'exactitude parfaite, le scrupule, dirons-nous, avec lesquels les hypnotisés s'empressaient, au réveil, de se conformer en tous points et dans les moindres détails aux suggestions à eux faites durant le sommeil, l'on s'est demandé, disons-nous, si la suggestion ne pourrait pas être utilisée dans un but thérapeutique. Ainsi l'on a cherché à l'appliquer au traitement de la mélancolie, de la lypémanie (avec ou sans délire), et même de l'aliénation mentale proprement dite, mais les résultats n'ont pas été des plus brillants. En effet, si, d'un côté, il est possible d'obtenir certains résultats favorables dans le cas de femmes névropathes chez lesquelles l'imagination joue un rôle considérable parfois, et souffrant de troubles purement

fonctionnels ou d'ordre réflexe, d'un autre côté, il ne doit plus en être de même quand on a affaire à des perturbations reconnaissant pour causes des lésions organiques des centres nerveux et autres appareils. Il ne saurait donc être question, dans cette application de la suggestion à la cure des maladies, que de maladies essentiellement fonctionnelles, et susceptibles d'être influencées d'une façon ou d'une autre par l'imagination ou la volonté.

La constipation habituelle nous semble appartenir à cette classe d'affections. Il nous arrive parfois de prescrire à certains malades une pilule d'opium ou de morphine, ou même une pilule de *mica panis*, sans dire au patient ce pourquoi telle pilule est administrée. Si le malade, comme cela arrive bien souvent, attache à la pilule l'idée de *purgation*, il arrive que le lendemain matin, nous sommes surpris d'apprendre que la dite pilule a *fait effet*, et que le client s'est présenté une ou deux fois à la garde-robe. Si, au lieu de rester sur la réserve, le médecin a bien voulu dire à son malade que cette pilule doit agir sur les intestins, l'effet est d'autant plus manifeste. Suggestion!

Un autre cas se présente plus souvent, bien qu'il ait trait à une médication fort différente. Une malade névropathe demande à son médecin quelque chose qui lui procure un sommeil ardemment désiré. Une poudre inerte est prescrite, ou encore l'on ordonne un grain d'oxalate de cérium, ou un grain de quinine, ou une pilule de *mica panis*, et le sommeil se produit comme si l'on avait donné une dose de chloral. Pure imagination, dira-t-on. Il vaudrait mieux dire : pure suggestion!

Pour ce qui est de la constipation, voici ce qu'écrivit M. le Dr Benoit de MARTOURET :

« Différentes recherches que j'ai faites sur les suggestions organiques, et que je ferai certainement connaître un jour, m'ont conduit à traiter la constipation chez les femmes névropathes par la suggestion hypnotique; car, si elles ne sont pas plus exemptes que les autres de cette affection si essentiellement féminine, elles peuvent au moins bénéficier de leur état nerveux dans ce cas particulier.

« Mon expérimentation ne porte jusqu'à présent que sur l'état de sommeil provoqué, mais je suis convaincu que j'arriverai à cette même suggestion, comme je suis arrivé aux autres, à l'état de veille.

« Cette suggestion se fait comme toutes les autres : après avoir préalablement endormi votre sujet, vous lui suggérez qu'il n'est pas constipé et qu'il ira à la selle, ou immédiatement on à l'heure que vous désignez.

« Ce traitement m'a réussi souvent et je cite la première observation qui m'a mis sur cette voie et m'a donné l'idée de continuer.

« Madame K..., que j'ai hypnotisée déjà pour des migraines et des névralgies, vint me trouver un soir, étant, disait-elle, très constipée, et me pria de vouloir bien lui faire suivre un traitement contre cet état opiniâtre.

« Sans rien lui dire de ce que j'avais l'intention de faire et prenant le prétexte qu'elle n'avait pas dormi depuis longtemps, je l'endors et je lui fais, pendant son sommeil, la suggestion qu'une fois réveillée, elle sera prise du besoin d'aller à la selle, dont elle a été privée depuis deux jours.

« Je la réveille là-dessus, et pour ne pas la gêner, je fais semblant de m'occuper de toute autre chose que d'elle. Une minute après, je la vois s'approcher de la cheminée, allumer une bougie, après en avoir demandé pardon, et sortir de mon cabinet pour aller dans un autre.

“ A son retour, interrogée discrètement, elle se déclarait satisfaite, mais était très étonnée, disait elle, que l'état dont elle souffrait eût cessé au moment même où elle était venue s'en plaindre à moi, car elle ignorait et elle ignore encore qu'elle a été suggestionnée pendant son sommeil.”

Le *Praticien*, qui reproduit cette observation, ajoute sceptiquement “ Quoiqu'en dise notre confrère, j'aurai encore plus de confiance en la podophylle que dans l'hypnotisme.” Cette réserve est des plus justifiables, d'autant plus que les sujets névropathes, les seuls susceptibles d'être hypnotisés, ne constituent qu'une minorité parmi nos patients, mais il y a peut être dans l'hypnotisme et ses suggestions un certain bon côté qu'on pourrait utiliser avec quelque avantage. C'est ce que l'avenir saura nous prouver avant longtemps.

La nomination d'un chimiste en chef au département du Revenu de l'Intérieur.

Le gouvernement s'occupe, de ce temps-ci, de la nomination d'un chimiste en chef au département du Revenu, en remplacement de feu M. Sngden Evans. Plusieurs noms ont été suggérés, parmi lesquels nous remarquons celui de M. C. A. Pfister, professeur de chimie et de physique à l'école polytechnique de Montréal

Esprit sérieux et cultivé, travailleur infatigable, M. Pfister nous semble tout à fait apte à remplir la situation vacante, et nous nous faisons un devoir d'appuyer de tout notre pouvoir sa candidature. Etudes théoriques et pratiques, analyses de substances alimentaires, et des nombreux produits de la chimie industrielle, pharmaceutique, etc., M. Pfister fait de tout cela dans son laboratoire, et ceux qui ont pu visiter celui-ci, savent qu'il est un des mieux organisés du pays. On n'ignore pas, non plus, que le nom de M. Pfister est associé de bien près à la fondation de l'École polytechnique et au choix des premiers professeurs. Si le savoir, le talent et le succès sont, comme nous n'en doutons pas, des titres suffisants aux yeux de l'Honorable ministre du Revenu, M. Pfister les possède pleinement et sa nomination ne rencontrera que des approbateurs parmi la représentation canadienne-française à Ottawa.

Les Métis et la variole à Montréal.

Un correspondant anonyme du *Concours médical* informe ce journal qu'une épidémie de variole grave ayant sévi dans la cité Montréal-Canada, (sic) on a pu constater que les ravages de la maladie avaient eu pour cause la négligence d'une grande partie de la population à se faire vacciner; qu'en effet, la population des métis (!) s'étant beaucoup accrue durant les cinq dernières années où la variole ne s'était point montrée, les enfants non vaccinés ont été non seulement une proie toute préparée pour l'épidémie, mais encore la principale cause de son développement.

M. le correspondant du *Concours* a cent fois raison d'attribuer la rapide propagation de la variole à la négligence apportée par la population de Montréal à se faire vacciner, et au manque déplorable des précautions hygiéniques, isolement, etc. Le fait que l'épidémie est

entrée en rapide décroissance aussitôt que la vaccination fut pratiquée partout et que l'on eut pris les moyens d'isoler tous les malades le prouve suffisamment. Nous nous permettrons seulement de relever, dans la correspondance en question, une expression qui manque quelque peu de justesse.

N'en déplaise au confrère, il n'y a pas l'ombre d'une population métis à Montréal. Du matin au soir nous n'y voyons que des blancs, et des plus civilisés encore. Pas la moindre trace de sang sauvage. Si M. le correspondant veut bien nous honorer d'une visite il pourra constater cela par lui-même. Le *Dictionnaire généalogique des familles canadiennes*, actuellement en voie de publication, sera peut-être mis au jour alors, et ce monsieur aura le plaisir, en le parcourant, de se convaincre que les alliances des canadiens-français ou anglais avec les sauvages sont inconnues à Montréal, et qu'en conséquence, la population métis y égale zéro.

M. le correspondant du *Concours* rappelle, sans paraître le partager, toutefois, l'opinion, émise par un journal américain, d'après laquelle la variole serait originaire du Canada d'où elle aurait pénétré en Europe. La théorie, il a raison de le dire, ne manque pas de saveur américaine. Nous n'avons guère le temps, aujourd'hui, de faire des recherches sur l'époque précise à laquelle la variole a fait son apparition sur la terre, mais nous savons qu'il y a longtemps que l'absurde prétention de faire passer l'Amérique pour le berceau de la variole a été mise à néant. Nos aimables voisins doivent le savoir eux au-si, et le journal de New-York qui nous vilipende de la sorte aux yeux du monde médical manque évidemment de charité...internationale.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Congrès français de chirurgie, 1^{ère} session, Paris 1885, président M. U. Trélat, procès verbaux, mémoires et discussions publiés sous la direction de M. le Dr Pozzi, secrétaire général, 1 fort vol. grand in-8 avec figures dans le texte, 14 francs; à Paris chez Félix ALCAN, successeur de G. Baillière, 108 Boulevard St. Germain.

Le premier congrès français de chirurgie tenu du 6 au 11 avril 1885 comprenait deux ordres de travaux distincts. Les séances du matin étaient consacrées à cinq sujets importants, mis à l'ordre du congrès, savoir : *l'étiologie et la pathogénie des infections chirurgicales; des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale; des meilleurs pansements à employer dans la chirurgie d'armée; cure des abcès froids; des indications opératoires dans les blessures profondes de l'abdomen.* Ces questions ont donné lieu à des communications et à des discussions très approfondies. Les séances du soir étaient réservées aux autres travaux apportés par les membres du congrès. C'est ainsi que 90 communications intéressant les chirurgiens sont insérées dans ce volume, et attestent la haute valeur de la chirurgie française.

A Reference Handbook of the Medical Sciences, embracing the entire range of scientific and practical medicine and allied sciences—by various writers Edited by Albert H. Buck M.D. New-York city—vol. II, 1 Cat-Eye. Nous avons reçu le deuxième volume de ce magnifique ouvrage, nous en donnerons un rapport bibliographique dans notre prochaine livraison.

MACLEAN.—*Observations upon the mutual relations of the medical Profession and the State.*—Address by Donald MacLean M. D., Pres Mich. State Med. Society.

NOUVELLES MÉDICALES.

—Par testament, le regretté professeur FLINT a légué sa bibliothèque médicale à l'Académie de médecine de New-York.

Nécrologie.—A Paris, M. le Dr GILLETTE, chirurgien de l'hôpital St-Antoine; M. le Dr BOCHFONTAINE, chef du laboratoire de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris; M. le Dr TRIBOULET, médecin de l'hôpital Trousseau; M. le Dr Edouard FOURNIÉ, médecin de l'Institut national des Sourds-Muets, et directeur de la *Revue médicale française et étrangère*; M. le Dr BOUCHARDAT, ci-devant professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et bien connu par ses travaux sur l'hygiène et la thérapeutique. A Lyon, M. le Dr OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Clinique de thérapeutique.—HOPITAL NOTRE-DAME.—M. le Dr. H. E. DESROSIERS commencera ses leçons de clinique (libre) de thérapeutique, vendredi, le 7 mai, à 11 hrs. a.m., et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Concours de l'internat.—Un concours pour deux places d'assistant médecin interne à l'hôpital Notre-Dame a eu lieu à l'Université Laval, le 19 avril et s'est terminé par la nomination de MM. les Docteurs Ls. Philippe NORMAND, de Trois-Rivières et L. N. DELORME, de St. Jacques de l'Acchigan.

Institut Pasteur.—L'Académie des Sciences, de Paris, a pris l'initiative d'une souscription pour créer, à Paris, sous le nom d'*Institut Pasteur*, un établissement pour le traitement de la rage après morsure. Cet institut admettra les Français et les étrangers mordus par les chiens et autres animaux enragés. Les noms des souscripteurs seront insérés au *Journal officiel*. L'idée de cette fondation a été suggérée par M. Pasteur lui-même, à la fin de sa communication à l'Académie, communication que nous commençons à publier dans ce numéro.

Université Laval, Montreal. FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la licence et le doctorat en médecine ont eu lieu dans le cours de la troisième semaine d'Avril.

A la suite de ces examens, ont été admis :

Docteurs en médecine : MM. Ls. P. NORMAND, de Trois-Rivières; P. U. GARNEAU, de St André; Hercule ROY, de St George de Henryville; Louis V. BENOIT, de St-Hyacinthe; Anaclot BERNARD et Ernest CHOQUETTE, de Belœil, et Louis N. DELORME, de St. Jacques de l'Acchigan.

Licenciés en médecine : MM. W. A. HÉNAULT, de Berthier; Chs. O. OSTIGNY, de Chambly et A. G. DELISLE, de Québec.

Durant le troisième terme, les cours se donneront dans l'ordre suivant :

Botanique : Prof. DUVAL—8 hrs. a. m. tous les jours.

Histologie : Prof. BRODEUR—9 hrs. a. m. tous les jours.

Hygiène : Prof. S. LACHAPELLE—3 hrs. p. m. lundi, mercredi et vendredi.

Matière médicale et thérapeutique : Prof. DESROSIERS—4 hrs. p. m. tous les jours : Sédatifs nerveux ; sédatifs musculaires ; sédatifs vasculaires ; rafraichissants.

Tocologie : Prof. DAGENAI—5 hrs. p. m. tous les jours : Dystocie, opérations obstétricales ; maladies puerpérales ; gynécologie.

—M. Le Dr Piffard a abandonné la rédaction du *Journal of Cutaneous and Venereal Diseases*. Le journal sera désormais sous la direction exclusive du Dr P. A. Morrow. Nous rappelons à nos lecteurs que c'est la seule revue publiée en langue anglaise sur les maladies de la peau et les affections vénériennes, et que durant les trois premières années de son existence elle s'est acquise une grande réputation, tant au point de vue de la valeur scientifique qu'à celui de l'utilité pratique. Outre qu'elle offre à ses lecteurs tout ce qui se publie de neuf en fait de dermatologie et de syphiligraphie, elle est de plus richement illustrée de gravures sur bois et de lithographies coloriées, chaque fois que l'occasion s'en présente, ce qui en double la valeur intrinsèque.

Si nous en jugeons par la livraison de janvier 1886 qui est ornée d'une superbe chromo-lithographie et de plusieurs autres gravures fort bien faites, ainsi que par le caractère éminemment pratique du texte, nous avons tout lieu de croire que ce journal se tiendra plus que jamais, à l'avenir, à la hauteur de sa réputation, et continuera à faire honneur à la maison Wm. Woods & Co. qui le publie.

Extrait Liquide de Malt de Wyeth.—Une nouvelle forme vient de s'ajouter à la longue liste des préparations de Malt en si grande vogue depuis de longues années.

Ceux qui ont l'habitude d'employer ces préparations donneront dans beaucoup de cas la préférence à l'Extrait Liquide de Malt de Wyeth vu qu'il ne contient qu'une très petite quantité d'alcool, ce par quoi ses propriétés thérapeutiques diffèrent de celles des préparations analogues comme l'infusion de digitale diffère de la teinture.

Sirop de Johnson.—(Extrait de Pointes d'Asperges composé) préparé selon la formule du *Professeur Broussais*, médicament autorisé par le Gouvernement Français sur le rapport du docteur Martin-Solon au nom de la commission de l'Académie de médecine.

Employé contre les affections du cœur, les affections inflammatoires des bronches et des poumons et le trouble de la circulation tendant à l'hydropisie. C'est un diurétique efficace et un puissant sédatif.

NAISSANCES.

HAMELIN.—A Louiseville, le 3 avril, la dame du Dr J. L. L. Hamelin, un fils.

PRIMEAU.—A Beauharnois, le 16 avril courant, la dame du Dr A. R. Primeau, un fils.

DECES.

DUBORD.—Aux Trois-Rivières, le 12 avril, M. le Dr Alph. Dubord.

LEPAILLEUR.—A Ste-Martine, le 18 avril, à l'âge de 63 ans, M. le Dr Léonard Lepaillieur.

D'ORSONNENS.—En cette ville, le 23 avril, la dame du Dr D'Orsonnens.