

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression
- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire
- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Revue annuelle d'Otologie et de Rhinologie pratiques,

par A. A. FOUCHER, M.D.

Professeur à l'Université Laval, Montréal, Chirurgien de l'hôpital Notre-Dame.

LA RÉSORCINE DANS LES AFFECTIONS DE L'OREILLE.

D'après une étude clinique des propriétés de ce médicament, le Dr STEIN affirme que son usage rend des services signalés comme caustique, astringent, anesthésique et antiseptique. Employé en solution faible, il aide à la régénération de l'épithélium du tympan, de plus, il coagule l'albumine et son action anesthésique sur les nerfs périphériques en fait un bon remède antiphlogistique.

OTITE MOYENNE CATARRHALE CHRONIQUE.

Buck émet l'opinion que la plupart de ces affections reconnaissent pour cause un état analogue du naso-pharynx et que par conséquent le traitement dirigé sur ces parties produira de meilleurs résultats que s'il était destiné uniquement à l'oreille. Cette manière de voir est conforme aux faits observés :

1^o Les otites moyennes sont rarement sinon jamais primitives : un coryza se déclare, suivi bientôt d'une rhino-pharyngite catarrhale, à ce moment les bourdonnements d'oreilles apparaissent en même temps qu'une surdité d'intensité variable, les patients n'y prêtent guère attention, excepté lorsque la surdité devient très prononcée, que les bourdonnements augmentent ou que les douleurs éveillent leurs craintes. Le coryza a pu disparaître, mais l'inflammation catarrhale persiste encore dans le pharynx et s'est frayé une route à travers les trompes, vers la caisse du tympan. Pourquoi les affections de la caisse sont-elles si communes aux cours de la rougeole, de la scarlatine et autres fièvres éruptives, sinon parce que la muqueuse naso-pharyngienne est alors le siège d'une vive inflammation; pourquoi les tumeurs adénoïdes du pharynx sont-elles une cause si commune de surdité chez les jeunes sujets, sinon parcequ'elles obstruent les trompes d'Eustache et entretiennent un état catarrhale de la caisse.

2^o Pour obtenir une guérison radicale et rapide, il faut d'abord traiter et guérir les maladies du naso-pharynx.

Si l'inflammation catarrhale du naso-pharynx entretient un engouement des tempes et produit une raréfaction d'air dans la caisse, à quoi serviront les douches d'air de Politzer, renouvelées même souvent, aussi longtemps que la cause de ces troubles n'est pas enlevée. Conclusion : dans toute otite moyenne il faut examiner soigneusement l'état du nez et de la gorge, et diriger de ce côté un traitement approprié.

TINTEMENT D'OREILLES.

LAUTENBACH, de Philadelphie, préconise l'emploi de la nitro-glycérine dans le traitement des bourdonnements d'oreilles.

Il l'emploie sous forme de pilules à la dose de $\frac{1}{100}$ de grain, une fois par jour, le matin, augmentant graduellement jusqu'à 6 par jour. Il y a eu amélioration dans quelques cas dès les premiers jours. Il croit que la nitro-glycérine rendra des services surtout dans les cas de tintements d'oreilles dus à une lésion cardiaque et lorsque l'acuité auditive est bonne ou peu diminuée.

INFLUENCE DU TÉLÉPHONE SUR LES FONCTIONS AUDITIVES.

BLAKE et JACLES sont d'opinion que l'usage de plus en plus répandu du téléphone expose l'oreille à certains dangers qu'il est à propos de faire connaître et éviter. Sous l'influence de la fatigue et de causes variées, l'oreille se montre très susceptible au choc déterminé par le bruit métallique aigu, irritant, qui résulte de l'ouverture ou de la fermeture du circuit. Ces chocs sont encore plus préjudiciables à ceux qui souffrent déjà d'affaiblissement de l'ouïe. Pour éviter ces inconvénients, il faut avoir la précaution de ne pas tenir le receveur appliqué hermétiquement sur le pavillon de l'oreille, mais plutôt à une faible distance de ce dernier, ou encore mieux à un angle d'à peu près 45° en avant de l'oreille.

INFLAMMATION DES CELLULES MASTOÏDIENNES.

L'inflammation aiguë primitive des cellules mastoïdiennes est extrêmement rare et généralement mal interprétée. FULTON, du Minnesota, signale un symptôme très caractéristique de cette affection, c'est une sensation de plénitude, de compression au niveau de la région mastoïdienne. Les patients portent leur main en cet endroit pour y exercer une pression qui les soulage. En apportant toute l'attention possible au diagnostic, il arrive néanmoins de faire erreur. La maladie est confondue avec une névralgie, traitée comme telle, et le patient souffre pendant des mois en attendant que la nature vienne le soulager par une ouverture spontanée de l'abcès à travers l'enveloppe externe de l'apophyse mastoïde.

RHINITE CATARRHALE AIGUE.

Le coryza des enfants, qui cause tant de trouble pour l'allaitement et entraîne si souvent des inflammations de l'oreille moyenne, a été étudié tout spécialement par P. LEGENDRE et CORRIVEAU. Le premier rapporte le cas d'un enfant qui, au cours d'un coryza, a été atteint d'une dyspnée accompagnée de cyanose et de suffocation simulant un cas de croup. Au moment de l'allaitement, les voies respiratoires se trouvaient fermées de toutes parts.

Le cas de Corriveau se rapporte à un enfant âgé d'un mois, qui au cours d'un coryza aigu, a été atteint d'une attaque de chorée; cette dernière a disparu immédiatement après la guérison du coryza.

CONTRE LE CORYZA INFANTILE.

SAJOVS recommande d'employer le papier buvard pour enlever les mucosités contenues dans les fosses nasales; ce papier, en outre qu'il absorbe l'humidité, détermine des éternuements qui débarrassent le nez. Les injections nasales chez les jeunes enfants exposent à des accès de suffocation et à des otites moyennes; il suffit que le liquide tombe dans le larynx ou passe à travers les trompes d'Eustache.

OZÈNE.

RICHARDSON, de Londres, recommande l'emploi du coton à l'acide tannique pour combattre l'ozène et toute affection accompagnée d'odeurs fétides. Il fait la préparation de la façon suivante: il met du coton absorbant purifié dans une solution saturée de tannin à 140° F., jusqu'à ce que le liquide soit complètement absorbé; il le fait alors sécher lentement à découvert et le conserve ensuite dans une bouteille bouchée à l'émeri jusqu'au moment de son emploi. Ce mode de traitement est très judicieux et donne de bons résultats, sinon pour guérir la rhinite, du moins pour faire disparaître l'odeur désagréable.

LA SPIROMÉTRIE EN RHINOLOGIE.

Le Dr JOAL a consacré un long travail pour établir les bons résultats que l'on peut obtenir de la spirométrie pour constater l'influence des affections nasales sur l'activité fonctionnelle des poumons.

L'auteur, après avoir fait l'historique de la spirométrie et des spiromètres, qui remonte à Hutchinson en 1846, en arrive à conclure avec Lasègue et autres que les lois fondamentales de la spirométrie n'ont pas encore été formulées et que nous ne sommes pas encore en possession de données scientifiques sur lesquelles on puisse s'appuyer pour affirmer qu'à l'état de santé un individu doit expirer tel volume d'air. Ces données sont relatives, la

capacité pulmonaire varie avec le sujet, le diamètre de la poitrine n'est pas en rapport avec la capacité vitale. Il en est de même du poids du corps, de la hauteur du tronc et de la force musculaire. Par contre, le sexe et la taille de l'individu paraissent influencer la quantité d'air qu'il respire. Ainsi, pour tirer quelque profit de la spirométrie, il faudrait connaître l'amplitude respiratoire de chaque individu à l'état sain pour pouvoir en tirer des conclusions dans l'état pathologique. En ce qui regarde le travail du Dr Joal, ces conditions ont été remplies, c'est-à-dire que ses observations reposent sur des sujets sur lesquels il a pu évaluer la capacité vitale du poumon pendant et après la maladie à des époques différentes. Ces examens ont été faits de manière à être en tout point comparables entre eux, ainsi tous les patients ont été examinés dans la station verticale, l'estomac en état de vacuité. De plus, l'éducation du malade a été faite soigneusement sur la manière de respirer.

L'auteur cite 13 observations qui prouvent clairement que dans certains cas d'affections nasales, même légères, la capacité du poumon diminue. Ainsi, sans gêne respiratoire apparente, le poumon peut être entravé dans son travail d'expansion. On connaissait déjà les mauvais effets d'une respiration difficile sur le développement du poumon et de la cage thoracique, on devra maintenant pousser l'examen plus loin et faire disparaître tout ce qui de près ou de loin pourrait entraver la respiration nasale et buccale.

Au cours de certaines affections nasales ou pharyngiennes, coryza chronique, polypes nasaux, rhinites hypertrophiques, tumeurs adénoïdes, hypertrophie des amygdales, etc., différents auteurs ont tour à tour signalé une configuration particulière du thorax. ROBERT dit de ceux qui respirent par la bouche que *“ la poitrine au lieu d'offrir sur ses parties latérales une surface régulière et arrondie, est au contraire déprimée, plane et même quelquefois concave, comme si à l'époque où les côtes étaient molles et flexibles, on les avaient comprimées d'un côté vers l'autre.”*

Les tumeurs adénoïdes du pharynx étaient alors inconnues, cependant, c'est à elles qu'il faut attribuer en grande partie ce défaut qui consiste à dormir habituellement la bouche ouverte. Ces tumeurs obstruent les narines, l'air est inspiré difficilement, le poumon cesse d'avoir son libre jeu et il se produit un tirage chronique que CHATELLIER a caractérisé de la façon suivante: Les sujets qui ont perdu complètement la respiration nasale et qui respirent uniquement par la bouche, ont une insuffisance du courant inspiratoire au moins pendant le sommeil, car le voile du palais retombe inerte sur la base de la langue, opposant ainsi un obstacle à l'entrée de l'air. Ces malades luttent pour respirer; aussi les voit-on essouffés pendant la veille, incapables de se livrer à un exercice musculaire quelque peu violent, et, pendant le sommeil, sujets à des réveils en sursaut au milieu des sueurs.”

A part les accidents respiratoires d'ordre purement mécanique, Joal attire l'attention sur les maladies du nez susceptibles de provoquer du côté de la poitrine une autre série de phénomènes qui sont d'ordre réflexe: l'asthme et les polypes muqueux du nez. Il est en effet bien démontré que certains asthmes ont une origine nasale.

L'auteur termine son intéressant étude en signalant l'utilité de la spirométrie pour connaître la puissance respiratoire d'un chanteur, et en démontrant par des faits cliniques que certains troubles vocaux ont pour point de départ une affection du nez qui agit en diminuant le volume d'air expiré.

TRAITEMENT DE L'ANGINE GRANULEUSE.

REULT conseille d'utiliser l'ignipuncture dans les cas de granulations volumineuses, confluentes, groupées sur les régions latérales du pharynx. Dans les cas ordinaires il donne la préférence aux applications d'iode précédées du grattage après anesthésie locale. La solution d'iode employée est la suivante :

Iode.....	} aa gr. XXX
Iodure de potassium.....	
Eau distillée.....	

L'auteur se sert d'un pinceau en soie de porc dure, du genre de ceux qu'emploient les peintres. Il attribue les insuccès des applications d'iode dans ces cas à l'usage de la teinture d'iode qui est trop irritante pour la muqueuse et qui a perdu une partie de son pouvoir antiseptique, et aussi au choix d'un pinceau doux.

Le pinceau dur permet de faire une espèce de grattage des granulations au moment même de l'application de l'iode, et de cette façon le médicament pénètre plus facile à l'intérieur de ce tissu.

Le traitement peut être renouvelé au bout de quatre à six jours, lorsque les eschares blanchâtres sont tombées.

AMYGDALOTOMIE VS. THERMOCAUTÈRE.

Les journaux abondent de défenseurs de l'une et de l'autre méthode. D'un côté on accuse l'amygdalotome de causer des hémorragies et d'exposer à la diphtérie; de l'autre on reproche au galvano-cautère une action trop lente, des douleurs répétées trop souvent, une exécution difficile et nécessitant un instrument plus dispendieux que l'amygdalotomie. Il est bien difficile de se déclarer exclusivement pour l'un ou l'autre procédé. Qu'il y ait eu des hémorragies fatales à la suite de l'ablation des amygdales il n'y a pas à le nier; nous avons été témoin nous-même d'un cas de ce genre opéré par Broca. D'un autre côté des chirurgiens de renom ayant fait un grand nombre de ces opérations n'en ont jamais observé. Le Dr. Brosseau, dans sa longue carrière chirur-

gicale n'a observé que deux cas d'hémorragies sérieuses n'ayant eu d'ailleurs aucune suite grave. Ce dernier n'a jamais observé de complications diphtéritiques à la suite de ces opérations et s'étonne de l'épouvantail que l'on fait du tonsillotome depuis que le galvano-cautère a fait son apparition. Il nous semble qu'il n'y a pas lieu de généraliser une méthode au détriment de l'autre, toutes deux réussissent et le galvano-cautère peut être employé dans des cas où la tonsillotomie offrirait quelque danger.

Il faut compter aussi avec les préjugés et la sensibilité exagérée des patients ou de leur entourage immédiat. Il y a des cas où les plus grands efforts de persuasion ne réussiraient pas à faire accepter l'amygdalotomie tandis que les petites piqûres inoffensives du galvano cautère sont acceptées et supportées facilement.

Nous ne sommes pas de l'avis de Delaven qui croit la galvano-caustie plus douloureuse que l'amygdalotomie. Elle pourrait l'être en employant de larges cautères et en prolongeant l'action caustique, mais les petites pointes de feu promenées instantanément sur différents points de l'amygdale ne sont comparées par les patients qu'à des piqûres d'aiguille bien tolérables. Conclusion: celui qui dispose des deux méthodes, ayant à son service des instruments appropriés, peut recourir à l'une ou à l'autre selon le cas et surtout suivant la qualité du sujet qu'il traite.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

Comment nourrir nos enfants ?

La jeune mère est bien celle à laquelle nous nous adressons particulièrement dans chacun de nos articles. C'est elle qui a besoin d'apprendre, qui a besoin d'être guidée dans le saint sacerdoce de la maternité, esclave du fruit de l'amour.

Toute mère, cependant, nous paraît bien peu expérimentée sur cette question si importante, si pratique, de l'alimentation des enfants. Nous allons entrer dans les détails les plus minutieux, convaincu que nous sommes que la santé des enfants dépend spécialement de la nourriture qui leur est administrée, tant au point

(1) Voir les livraisons précédentes.

de vue de la quantité que de la qualité et du mode d'administration.

Dis-moi ce que tu manges et je te dirai ce que tu es, dit le physiologiste : dites-nous comment votre enfant mange, ce qu'il mange, la quantité et la qualité de ce qu'il mange, et nous pourrons le plus souvent trouver dans vos réponses le secret de la maladie ou du malaise dont il souffre. Nous disons malaise, c'est ce qui existe dans bien des cas.

L'enfant est un être inharmonique; cet état particulier lui vient de sa croissance active; ce n'est pas comme chez l'homme, où le développement complet étant acquis, le jeu des organes se fait régulièrement comme celui d'un pendule.

Chez ce citoyen de demain, que nous appelons aujourd'hui u. enfant, il y a, disons-nous, inharmonie : la poussée se fait par sauts et par bonds; les plantes de nos jardins, la moisson de nos champs, les arbres de nos vergers ne croissent pas également dans un temps déterminé sous l'influence vivifiante de la rosée des nuits et de la chaleur des jours. Quand il y a suractivité dans le mouvement de la vie, on doit comprendre qu'il y a désordre ou au moins rupture d'équilibre, qui fait que le cerveau, la poitrine ou le ventre est tour à tour menacé, selon l'exagération du travail vital qui s'y opère; ce n'est pas la maladie, c'est la station, pourrions-nous dire, avant d'y arriver. C'est alors que le régime de vie joue son rôle et prévient le danger; mais revenons à notre nouveau-né, car il nous faut commencer par le commencement.

Nous demandons à nos jeunes mères de lire bien attentivement ce qui va suivre, d'en graver les détails profondément dans la mémoire, c'est l'expérience qui en vient aux conclusions précises que nous exposons, et nous devons, sans hésiter, être dociles à ses enseignements.

RÈGLES GÉNÉRALES DE L'ALIMENTATION NATURELLE.—QUANTITÉ DE LAIT.—COMMENT L'ADMINISTRER.

Il y a déjà deux heures que l'enfant est séparé de sa mère : ses plaintes ou ses cris nous disent qu'il veut retourner vers elle. C'est à boire qu'il lui faut.

Quelle doit être la quantité de lait que l'on doit servir au premier repas du nouvel affamé ? La réponse est plus grave qu'on pourrait le supposer de prime-abord : il n'y a pas à rire, au contraire, il faut être sérieux dans tout ce que nous faisons autour de notre personnage important.

La quantité de lait a été calculée d'après le poids de l'enfant, la loi étant qu'on doit administrer la centième partie du poids de l'enfant, la première fois, augmentant insensiblement chaque fois et chaque jour suivant la quantité donnée.

Ainsi un enfant pèse 100 onces—poids ordinaire en Canada—nous donnerons pendant le premier mois une once à chaque tétée,

au deuxième nous doublerons; du troisième au sixième mois nous augmenterons jusqu'à six onces, de six à dix mois nous pousseront la dose jusqu'à huit onces.

A mesure que la quantité est augmentée les intervalles entre les repas doivent également augmenter.

Le tableau suivant fera comprendre clairement cette méthode qu'il faut suivre.

AGE.	INTERVALLES DES REPAS.	NOMBRE DES REPAS DANS 24 HRS.	MOYENNE DE LA QUANTITÉ A CHAQUE REPAS.	MOYENNE DE LA QUANTITÉ DANS 24 HRS.
1re semaine.	2 heures.	10	1 once.	10 onces.
1re à 6 sem.	2½ heures.	8	1½ à 2 onces.	12 à 16 onces.
6 à 12 semaines, et si néces- saire jusqu'à 5 à 6 mois.	3 heures.	6	3 à 4 onces.	18 à 24 onces.
à 6 mois.	3 heures.	6	6 onces.	36 onces.
à 10 mois.	3 heures.	5	8 onces.	40 onces.

L'irrégularité dans les tétées, les tétées fréquentes et les intervalles trop prolongés modifient beaucoup la composition du lait. Ainsi des tétées fréquentes diminuent la quantité d'eau et augmentent la partie solide du lait qui ressemble alors à du lait condensé, tandis que de trop longs intervalles, amoindrissant la partie solide, rendent le lait trop aqueux.

Ces modifications qui surviennent dans le lait doivent donc nous faire comprendre que les règles prescrites ont leur raison d'être dans le premier cas; en effet, nous pouvons causer des désordres dans la digestion de l'enfant par un lait trop épais; dans le deuxième, nous n'aidons pas la nutrition puisque le lait se trouve trop étendu d'eau.

QUALITÉ DU LAIT OU ANALYSE DU LAIT DE LA MÈRE.

Nous admettons comme compris par tout le monde que la mère doit nourrir son enfant en partie, sinon en tout, quo rien ne saurait remplacer l'alimentation maternelle, quand celle-ci est possible. Sans entrer dans les exceptions qui justifient la mère de ne pas se constituer la nourrice de son enfant—exceptions dont le médecin de famille est seul le juge—nous ferons remarquer ici qu'il est à la disposition de celle-ci un moyen certain de constater si son lait est suffisamment nutritif. C'est l'analyse. Pourquoi, dans les cas où la croissance semble être arrêtée, où le développement est stationnaire, où l'enfant ne gagne pas chaque jour le volume et le poids ordinaire, pourquoi dis-je dans ces cas ne pas consulter le chimiste et lui demander si le lait maternel contient toutes les substances nécessaires à la santé de l'enfant, c'est-à-dire toutes les substances qui font de ce liquide un aliment complet, pouvant suffire seul à donner à l'enfant les matériaux qui font son sang, ses muscles, ses nerfs et ses os? On consulte le chimiste, pour savoir si nos reins ne sont pas malades, et on lui donne nos urines à analyser, et on ne le consulterait pas pour savoir si le lait de la mère est suffisant pour constituer la nourriture de l'enfant, quand on soupçonne qu'il peut ne pas l'être. L'avouer fera certainement de l'analyse du lait une obligation à ce point de vue; pourquoi attendre et ne pas commencer de suite. On analyse le lait de vache dans ce but, faisons la même chose pour le lait de la femme. Celui-ci peut ne pas contenir assez de sucre, assez de graisse, etc; la chose étant constatée, un régime de vie approprié rétablira l'ordre et assurera peut-être la santé de l'enfant.

RÈGLES GÉNÉRALES DE L'ALIMENTATION ARTIFICIELLE.

Dans ce qui précède, nous avons vu la relation intime qui doit exister entre la santé de l'enfant et la quantité et la qualité de sa nourriture naturelle; les indications sont précises et toute mère doit les suivre aveuglément; l'éloignement des règles prescrites quant au mode d'allaitement, etc., c'est l'acheminement plus ou moins prompt vers les indispositions, la maladie et la mort des nouveau-nés.

Disons donc, répétons donc, avant de passer à l'alimentation artificielle et la direction qu'elle doit suivre, que la mère doit nourrir de son lait l'enfant qu'elle veut élever, et cela autant que possible d'après les lois que nous avons déterminées.

Nul doute qu'il y a une tendance, de plus en plus accentuée, vers l'alimentation artificielle; celle-ci pourrait bien être appelée *l'allaitement mercenaire ou étranger déguisé*. On a honte de la nourrice, on ne saurait la reconnaître officiellement, et on lui substitue les *Nestlé's Food, Mellin's Food, Carnrick's Soluble Food* etc. Vaudrait cent fois mieux la nourrice brune, aux chairs fermes, à l'œil vif et au teint animé, donnant à l'enfant avec son

lait la richesse de son sang, la solidité de sa musculature et la bonté de son caractère. Et dire que c'est la civilisation qui impose ainsi des lois hors nature : nourriture étrangère, nourriture artificielle ! Bref, souhaitons que notre civilisation reste à l'état natif et naïf, et que l'allaitement maternel continue ; nous n'avons pas à prêcher son usage parmi nous, nous avons assez à combattre la nourriture artificielle qui, introduite trop vite dans le régime de nos bambins, contribue à les amoindrir plutôt qu'à les développer.

A QUEL AGE DOIT COMMENCER LA NOURRITURE ARTIFICIELLE ?

La nourriture artificielle doit commencer, naturellement, après la sortie des premières dents qu'on appelle les huit incisives. Pourquoi ? parce que non seulement ces dents sont nécessaires à la mastication plus ou moins complète des aliments nouveaux, mais parce que l'apparition des dents est un indice que les sucs nécessaires à la digestion et qui n'existaient pas avant, commencent à être sécrétés dans le canal alimentaire, c'est-à-dire dans la bouche, l'estomac et les intestins.

À quelle époque se complète la sortie des premières dents ? Pas avant le douzième mois. L'enfant qui commence à manger devrait donc avoir son an révolu.

On sait cependant combien cette loi, comme bien d'autres, n'est pas respectée. L'éruption des premières dents se faisant vers le 7e ou le 8e mois à la mâchoire inférieure, c'est cette époque qui est généralement choisie pour commencer l'alimentation nouvelle : la dent semble être considérée comme un signe de l'insuffisance du lait : il n'y a cependant qu'une seule chose qui puisse justifier un changement de nourriture, c'est un arrêt sensible, visible du développement de l'enfant ; cela devrait bien être le seul signe de l'insuffisance du lait, soit de la mère, soit de la vache, de la chèvre ou de l'ânesse.

Notre bébé a donc un an, le lait ne lui suffit pas, — c'est entendu ; d'après la mère, il ne doit pas lui suffire, — va-t-on lui donner place à la table et une part des aînés, ou bien y a-t-il une nourriture spéciale, à lui propre, qu'il faut lui réserver.

Nous avons dit que les huit dents qui font les premières leur apparition servent à la mastication, nous dirons que ce sont les grosses dents plutôt, les molaires qui jouent ce rôle important dans la digestion et que leur sortie ne se complétant que vers le dix-huitième mois, les nourritures absolument solides ne sauraient convenir avant cette époque.

Le lait à la bouteille sera donc, répéterons-nous, la nourriture principale jusqu'à 18 mois, nous l'avons recommandé dans notre dernier article comme adjuvant naturel de la mère, qu'on doit lui procurer dès les premières semaines ; il ne saurait constituer une nourriture réellement artificielle. — (A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Cancer de l'estomac—Clinique de M. le professeur PETER à l'hôpital Necker.—Messieurs, Je commencerai à vous parler aujourd'hui des maladies de l'estomac et débiterai par l'étude de la plus lamentable de toutes, et cela à propos d'une malade couchée salle Trou-seau, qui est atteinte de cancer de l'estomac. C'est une femme âgée de 61 ans, qui, sans jamais avoir eu un très vif appétit, digérait bien jusqu'en ces derniers temps. Il y a quelques semaines, elle vit son appétit diminuer en même temps qu'il survenait un dégoût profond pour la viande, et, en général, pour toutes les substances azotées, même le pain; elle supportait encore assez facilement les légumes herbacés et le lait. Peu à peu cette anorexie, avec dégoût, augmenta et devint absolue et définitive. Or, Messieurs, lorsqu'un malade de 45 à 60 ans qui, jusque-là, avait des digestions bonnes, perd l'appétit et présente ce dégoût spéciale et profond pour les substances azotées, on peut dire qu'il est atteint d'une affection organique, soit de l'estomac, soit de ses annexes: foie, pancréas ou duodénum.

Avant d'aller plus loin, je vous demande la permission de vous exposer en quelques mots la division physiologique des organes qui composent le tube digestif. Il y a des organes de passage et des organes de séjour. Dans les organes de séjour, les corps étrangers que l'on appelle "aliments" doivent séjourner pour subir une élaboration spéciale qui résulte de l'action d'une sécrétion particulière à chacun de ces organes. Dans les organes de passage, le pharynx, l'œsophage et les dernières portions du tube digestif, les sécrétions sont, au contraire, purement muqueuses et indifférentes. Dans l'organe du séjour, le contact du corps étranger remplit le rôle d'un irritant physiologique et provoque la sécrétion; il y a là une action réflexe comparable à celle qui se produit dans l'œil quand un petit corps étranger, une parcelle de charbon, par exemple, arrive sur la conjonctive; il y a alors une double action réflexe: la sécrétion de larmes par la grande lacrymale, les mouvements des paupières qui cherchent à expulser la petite scorie; cette expulsion est rendue plus facile, le corps étranger étant entraîné par les larmes.

Des actions semblables se produisent dans les organes de séjour du tube digestif. Dans la bouche, l'excitation de la muqueuse au contact de l'aliment fait larmoyer les glandes salivaires qui sécrètent un liquide destiné, par la diastase, à modifier chimiquement les substances amylacées. Dans l'estomac, une révolte immédiate se produit au contact du corps étranger ; de là deux actes réflexes : la sécrétion du suc gastrique, les mouvements péristaltiques. Le suc gastrique attaque immédiatement l'aliment et le corrode par l'acide chlorhydrique qu'il contient ; les contractions de l'estomac multiplient les surfaces du contact en faisant mouvoir les aliments. Quand le suc gastrique a suffisamment agi, que le chyme est formé, la sensibilité spéciale du sphincter pylorique permet le passage du contenu stomacal dans le duodénum. Retenez surtout, de cette digression physiologique que l'action de contact produit deux actes réflexes : une sécrétion et des mouvements.

Revenons maintenant à notre malade. Elle a un carcinome stomacal, et le premier phénomène fonctionnel qu'elle ait présenté, c'est la perte de l'appétit. Ceci, soit dit en passant, nous permet d'affirmer, malgré les physiologistes, que la sensation de la faim réside dans l'estomac. Pourquoi notre malade n'a-t-elle plus d'appétit ? Parce que le cancer, non seulement a modifié directement la muqueuse et détruit localement des cellules à pepsine, mais de plus en a invalidé d'autres par hyperémie de voisinage. Or, je puis vous le dire dès maintenant, si nous ne pouvons rien sur le cancer, nous pouvons beaucoup sur cette hyperémie, et, en la faisant disparaître, nous ramenons en partie le sentiment de la faim.

Le vomissement est un deuxième trouble fonctionnel du cancer ; il n'est pas constant. La malade dont je vous parle en a présenté quelques-uns au début ; ils ne se sont guère reproduits, bien que la maladie ait une marche rapide, car c'est seulement à la fin de janvier qu'elle a présenté les premiers troubles stomacaux, et maintenant on trouve à la région épigastrique une tumeur volumineuse.

Permettez-moi, à ce propos, d'insister sur la palpation de l'abdomen, qui doit être faite avec précaution : il faut mettre la main à plat et avoir soin qu'elle ne soit pas trop froide (conseil déjà donné par Hippocrate). Dans le cas contraire, on provoque une révolte immédiate des muscles abdominaux, qui rendent la paroi rigide et ne permettent plus de sentir ce qu'il y a au-dessous.

Quand on a laissé la main quelques secondes immobile, pour apprivoiser, pour ainsi dire, la paroi, une sorte de petit mouvement de reptation des doigts permet de la déprimer et de sentir les parties profondes. Si, au contraire, vous agissez brutalement, vous n'arriveriez à aucun résultat.

En appliquant chez la malade ce mode d'exploration, j'ai pu

immédiatement trouver la tumeur, qui est située au-dessous des fausses côtes gauches, dure, et très étendue, puisqu'elle va de la grosse tubérosité à la grande courbure. Dans ces cas, il n'y a presque jamais de vomissements, tandis qu'ils sont, au contraire, très fréquents quand le pylore est envahi. Par contre, dans ce dernier cas, la tumeur est difficilement perçue, par suite de la situation du pylore, qui se cache sous le foie.

La malade n'a pas de douleurs; elle font, en effet, le plus souvent défaut. Il est nécessaire de presser un peu brutalement, de perenter un peu fort pour les provoquer.

Bien que sa maladie date de peu de temps, cette femme est déjà dans la cachexie. Elle a la décoloration des téguments, la teinte jaune paille spéciale, l'émaciation, la faiblesse et, enfin, un double *phlegmatia alba dolens*, et son pouls est notablement augmenté de fréquence. Il est habituel de voir, dans la cachexie, un œdème périmalléolaire double. Ici, il y a plus que cet œdème, car l'infiltration dépend de la double oblitération veineuse: cette oblitération s'accompagne de douleurs aux mollets, dans le creux poplité, sur la saphène et du développement d'une circulation supplémentaire veineuse qui tend à fournir une voie à la circulation entravée. Or, Messieurs, cette phlegmatia présente une importance clinique considérable. Je vous ai dit que la tumeur pouvait être impossible à trouver en cas de cancer du pylore; d'autre part, les troubles fonctionnels qu'il entraîne peuvent se voir dans la gastrite chronique. Mais alors s'il y a phlegmatia, on peut dire que la dyspepsie est symptomatique du cancer. C'est Trousseau qui a découvert cette relation pathogénique, et qui a pu vérifier tristement sur lui-même la réalisation du fait et la réalité de sa découverte. En 1866, j'allais le voir le 1er janvier, lorsqu'il me dit: "Mon cher ami, plus de doute, je suis atteint d'un cancer de l'estomac, j'ai une phlegmatia alba dolens."

Cette complication se produit par le fait d'une altération profonde de la crase du sang; elle est symptomatique de l'inoxie par hyperinose; il y a excès de fibrine par rapport aux globules. Les lieux d'élection de la coagulation sont les nids de pigeons qui se trouvent à l'embouchure de la saphène, dans la fémorale. La phlegmatia est toujours l'indice d'une cachexie: elle se voit dans la cachexie tuberculeuse comme dans la cachexie puerpérale aiguë. Un malade que nous avons actuellement dans nos salles présente, à gauche, un phlegmatia; à droite, de l'œdème cachectique; il est tuberculeux.

Le cancéreux a une grande partie de sa muqueuse stomacale détruite par la tumeur ou annihilée par l'hyperémie. Il doit donc y avoir chez lui moins d'acide chlorhydrique, ou mieux, moins de suc gastrique sécrété. Or, Messieurs, dans ce siècle de précision, où l'on cherche, avec raison et succès, à trouver la cause des troubles fonctionnelles, on s'est préoccupé de l'état du suc

gastrique dans la dyspepsie en général ; chez le cancéreux, en particulier, il était très intéressant de savoir ce qu'il en était. Le procédé le plus rationnel pour examiner le suc gastrique consiste naturellement à extraire le contenu de l'estomac à l'aide du siphon ; ce contenu est ensuite filtré et examiné par un des nombreux procédés qui ont pour but d'apprécier sa richesse en acide chlorhydrique. Malheureusement, l'introduction du siphon n'est pas toujours facile et il y a, de plus, des personnes qui refusent absolument de s'y prêter. Or, Gunsburg a très ingénieusement, je dirais volontiers très spirituellement, tourné la difficulté en utilisant la rapidité d'absorption de l'iodure de potassium. Communément, l'ingestion de cet iodure est suivie, au bout de cinq ou dix minutes, de l'apparition de l'iode dans la salive ; Gunsburg s'est dit alors : Si je fais avaler l'iodure de potassium, quand l'iode apparaîtra dans la salive je serai sûr qu'il y a eu dissolution et absorption de l'iodure. Voici comment il a procédé : Il a pris de l'iodure de potassium, 15 centigrammes, et l'a mis dans un tube de caoutchouc dont il a fermé les bouts à l'aide de fils de fibrine ; puis il a renfermé le tube dans une capsule de gélatine et a fait avaler le tout. Que se passe-t-il alors ? La gélatine se dissout rapidement et le suc gastrique se trouve en contact avec le tube de caoutchouc ; ce suc attaque les fils de fibrine, les liquéfie, et l'iodure de potassium se dissout et est absorbé. Or, plus vite le fil de fibrine est dissous, plus vite l'iodure apparaît dans la salive ; mais plus tôt l'iodure apparaît, plus riche est le suc gastrique en acide. Donc, de l'apparition plus ou moins rapide de l'iodure, on peut conclure à la richesse plus ou moins grande du suc gastrique en acide chlorhydrique.

Pratiquement, on opère de la façon suivante : A sept heures du matin, on fait prendre au malade un repas d'épreuve composé d'un œuf, d'un petit pain et d'un demi-verre d'eau ; à huit heures, on administre la capsule, puis on fait cracher le patient dans une série de verres de quart d'heure en quart d'heure, et on recherche l'iode en versant dans la salive de l'eau amidonnée additionnée d'une petite quantité d'acide azotique ; le liquide bleuit dès qu'il y a de l'iodure. Normalement, la réaction se montre une heure un quart après l'ingestion du tube ; si elle se produit plus tôt, au bout de trois quarts d'heure, c'est qu'il y a trop d'acide ou mieux trop de suc gastrique ; si elle n'apparaît que plus tard, c'est qu'il y a moins d'acide chlorhydrique ou plutôt moins de suc gastrique. Chez notre malade, la réaction a eu deux heures et demie de retard.

On en conclut que, dans ces cas et dans les cas analogues, il y a "hypo" ou "ana-chlorhydrie". Moi, je dis qu'il y a plutôt *oligo-gastrie* c'est-à-dire *diminution de la sécrétion du suc gastrique* par analogie à ce qui se produit dans le foie : "acholie" ou "polycholie."

Dans d'autres cas, il y a augmentation de l'acide chlorhydrique (hyperchlorhydrie), ou mieux *plus de suc sécrété*; c'est, pour moi, de la *polygastrie*.

Chez notre malade, les cellules à pepsine sont les unes détruites, les autres hyperémies; il y a nécessairement moins de suc gastrique sécrété. Il est évident que, chez les malades de ce genre, on ne peut rien contre la tumeur. Mais, Messieurs, nous ne connaissons que le cadavre du cancer de l'estomac, le cancer mort, le cancer de l'amphithéâtre, et, chez notre malade, il est très probable qu'il y a autour de ce cancer vivant de l'hyperémie, comme nous le voyons dans le cancer du sein, hyperémie qui invalide un certain nombre de cellules à pepsine, hyperémie que nous pouvons combattre avec succès par la révulsion au creux épigastrique.

Un de mes malades de la ville présentait un cancer de l'estomac non douteux qui se caractérisait par la tumeur et les troubles fonctionnels. Le médecin qui le soignait le considérait comme perdu à bref délai. Moi, je conseillai de placer un cautère, dont on entreprendrait la suppuration par un pois; M. Cùtler en surveilla l'application et bientôt le malade alla mieux et put manger des aliments quaternaires, de la viande. Il survécut dix-huit mois et mourut d'une attaque d'apoplexie avec aphasie et hémiplegie droite. Nous avons modifié l'hyperémie et ramené à l'activité des cellules invalidées.

En dehors de ce traitement, il ne reste guère, dans le cancer de l'estomac, qu'à stimuler un peu l'appétit par des amers, dont le meilleur est la liqueur de Baumé, qui agit à la fois et comme amer et comme strychnée en faisant contracter le muscle. On en donnera de une à trois gouttes avant chaque repas; à la fin de ce dernier, il sera rationnel d'administrer une petite quantité d'acide chlorhydrique: dix gouttes dans 200 grammes d'eau et 50 grammes de sirop de Limon. On donnera une à deux cuillerées à soupe de cette préparation.—*Union médicale*.

Existence de l'endocardite tuberculeuse, par le professeur R. TRIPIER. — Dans une note à l'*Académie des sciences*, M. R. Tripier rapporte que dans un cas de tuberculose miliaire généralisée il a trouvé un nodule tuberculeux à la face inférieure de la mitrale dont la face supérieure était le siège d'une endocardite aiguë. Cette endocardite présentait en certains points un exsudat récent constitué par les mêmes éléments que le nodule tuberculeux, ce qui tend à démontrer que ces productions sont de même nature. C'est le premier cas où un nodule tuberculeux a été trouvé dans le cœur. Il s'ajoute aux cas de lésions de même nature trouvées dans les veines et les lymphatiques, aux observations de bacilles dans l'appareil circulatoire, pour indiquer le mode de généralisation de l'affection tuberculeuse. Il démontre aussi qu'il existe

une endocardite tuberculeuse aiguë, que l'on trouve d'ailleurs presque constamment sur la valvule mitrale dans la tuberculose miliaire aiguë.

Il est possible qu'une inflammation aiguë de cette nature soit la raison de la coexistence parfois constatée de la tuberculose et d'une lésion cardiaque ancienne, mais ces faits ne suffisent pas pour détruire la notion de l'antagonisme entre les maladies du cœur et la phthisie pulmonaire. C'est qu'en effet dans le cas d'une localisation primitive simultanée sur le poumon et le cœur, les lésions prennent rapidement plus d'importance sur l'un des deux organes : les lésions pulmonaires s'opposent alors au développement de la maladie de cœur ou inversement l'altération cardiaque semble éteindre l'affection pulmonaire.—*Lyon médical*.

De la dyspepsie par entéroptose.—L'histoire des dyspepsies, malgré tous les travaux entrepris jusqu'à ce jour, est encore à faire. Bien des théories ont été émises, les unes reposant sur l'inflammation, les autres sur la symptomatologie ; ceux-ci ont vu dans les dyspepsies une névrose, ceux-là, une altération toute chimique des sucs gastriques. M. G. Sée s'est mis chez nous à la tête des partisans du chimisme.

M. GLÉNARD, de Vichy, considère la dyspepsie comme une neurasthénie, et M. le Dr Pourcelot a développé cette pathogénie dans sa dissertation inaugurale où nous allons le suivre pas à pas.

Pour M. Glénard, la neurasthénie se compose de quatre ordres de symptômes, qui seraient par leur degré de constance et leur ordre d'apparition : 1o les symptômes asthéniques (faiblesse générale, faiblesse des reins, d'estomac) ; 2o les symptômes mésogastriques (tiraillements, poids, creux, vide, fausse faim) ; 3o les symptômes gastriques ou choméliens (flatulence et symptômes vaporeux ; douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, serrement, crampes) ; 4o les symptômes névrosiformes (insomnie, irritabilité, mélancolie, impuissance, vertiges, céphalalgie, palpitations, bourdonnements, névralgies, crises, etc.)

Par une série de déductions, M. Glénard a été conduit à admettre comme une des causes assez fréquentes de la dyspepsie, le prolapsus primitif de l'intestin et en particulier du coude droit du côlon. Il a cru pouvoir généraliser la lésion et laissant la dilatation stomacale (Boucharde), la dilatation gastro-colique (Trastour) au second plan, il invoque un processus spécial, causal, l'entéroptose.

Ce qu'il y a de plus neuf, sinon d'absolument original dans les recherches de M. Glénard, c'est son étude des attaches, des modes de suspension, des rapports du tube digestif, complétée par l'exposé des résultats que peuvent avoir sur la digestion et sur la santé générale les troubles survenus dans l'état normal de ce qu'on pourrait appeler, suivant M. Glénard, *la statique intestinale*.

Qu'est-ce, à proprement parler, que l'entéroptose ?

Ce mot, formé par M. Glénard vient de deux mots grecs qui signifient " abaissement des intestins."

Il se manifeste le plus souvent chez des individus à vie sédentaire, dont le travail est surtout intellectuel. La mauvaise hygiène alimentaire a aussi une certaine influence, moindre que dans les autres variétés de dyspepsie. Mais il est une circonstance toute spéciale, qui joue le rôle capital dans l'étiologie de l'entéroptose. C'est la grossesse (60 o/o des cas, Glénard). La paroi abdominale flasque, inerte, ne peut plus soutenir les viscères et la splanchnotose en est la conséquence.

Les affections utérines, les chutes, les coups, les efforts musculaires, l'abus du corset pourraient en être le point de départ.

L'entéroptose peut être primitive ou consécutive, primitive surtout chez les femmes, présentant en même temps un rein flottant ou un prolapsus utérin; consécutive lorsqu'elle succède à l'atonie gastrique.

Les symptômes sont subjectifs et objectifs.

Les symptômes *subjectifs* consistent en malaises survenant souvent, sinon toujours, après les repas, alors qu'à jeun le malade accuse un bien-être à peu près absolu. Ces malaises surviennent après les repas, et ils sont d'autre part en rapport avec la nature des aliments ingérés (graisses, farineux, vin pur, etc.)

Ils ont leur maximum trois heures après le repas. L'appétit est généralement conservé, les malades éprouvent même le besoin de manger.

Dans son travail, M. le Dr Pourcelot donne l'explication suivante :

C'est deux à trois heures après le repas que l'acide chlorhydrique libre se trouve au maximum dans le suc stomacal. Cet acide chlorhydrique provoque des douleurs souvent atroces (brûlure, plaie à vif) qu'accusent vivement les malades. Le vomissement les calme, l'ingurgitation d'aliments les soulage au même titre en diluant le contenu dans l'estomac.

La constipation est habituelle, les selles sont ordinairement rubanées et souvent il existe de l'entérite muqueuse ou muco-membraneuse.

Les malades se réveillent souvent vers deux heures du matin par suite de douleurs stomacales, provoquées par l'excès d'acide chlorhydrique et la preuve en est que la station assise, l'ingestion d'aliments, les calment, et qu'elles sont moins vives après les repas copieux. En même temps que des douleurs abdominales les sujets se plaignent souvent d'angoisse, de palpitations, de besoin de manger, etc.

Ils accusent aussi des douleurs localisées à l'hypochondre droit, des névralgies intercostales.

Il se produit un amaigrissement rapide et les malades deviennent hypochondriaques.

La maladie présente trois phases ou périodes.

A. *Période de début*, dans laquelle s'observent du gonflement, de la somnolence, des éructations inodores, puis des aigreurs, du pyrosis, une douleur épigastrique, de l'irrégularité des selles. A ce moment il se produit souvent un état aigu passager (embarras gastrique).

B. *Période d'état*.—La plupart des troubles fonctionnels énumérés ci-dessus persistent, et en outre apparaissent des éructations avec goût alimentaire, de l'insomnie, de la constipation, de l'amaigrissement.

C. *Période dite neurasthénique*.—L'appétit reste bon, la constipation est opiniâtre, les selles sont grisâtres, les vomissements exceptionnels. Les symptômes nerveux deviennent prédominants. Le pouls est ralenti, dicrote, intermittent ; la respiration est lente et superficielle.

En dehors de ces symptômes, il y en est quelques autres, moins constants, qui s'observent surtout chez la femme après l'accouchement et peuvent être la source d'erreurs de diagnostic. Ce sont la constipation, l'irrégularité des selles, des troubles divers de l'appétit, une sensation de fatigue constante, l'impossibilité de se tenir debout et surtout de marcher longtemps, de l'insomnie, s'accompagnant de signes d'anémie et de nervosisme.

Les malades présentent les signes objectifs suivants : ils sont maigres. Leur teint est pâle, légèrement bistré, quelquefois même à certains moments, subictérique. Les sujets ont le sillon naso-labial jaunâtre. Ils ont l'air triste, abattu.

La langue est à peine jaunâtre à la base ; elle est large, étalée. Le pouls est petit, régulier, lent. La peau est mince, sèche. L'abdomen est flasque, plat, souvent étranglé au niveau de l'ombilic.

L'estomac est habituellement dilaté, il donne du clapotement. La pression immédiatement au-dessus de l'ombilic, dans le flanc droit et à l'extrémité de la neuvième côte droite est douloureuse. On constate le battement épigastrique (anévrisme des étudiants) que perçoivent quelques malades à certains moments (émotions, digestion). Il est visible à l'œil nu. Il a l'aorte pour siège et il est toujours perceptible à gauche de la ligne médiane, sur un trajet de 2 à 5 centimètres.

Lorsqu'on explore la région épigastrique, on trouve à deux centimètres environ au-dessus de l'ombilic, une petite masse résistante, située au-devant de l'aorte dont elle transmet les battements. C'est une corde aplatie, large de deux centimètres et demi au plus, épaisse d'un centimètre à peine, à direction transversale, croisant celle de l'aorte, se continuant à droite de ce vaisseau dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Elle est mobile de haut en bas. En l'abaissant on éprouve une sensation de résistance et bientôt elle échappe au doigt (ressaut), pour revenir à sa position première.

Cette corde c'est le *côlon transverse*, en la comprimant contre

l'aorte, on sent une crépitation fine. Elle existe ordinairement chez l'entéroptosique. On procure souvent un soulagement au malade en appuyant sur elle, quelquefois au contraire la pression en est douloureuse. Elle est particulièrement nette trois à quatre heures après le repas.

C'est cette corde qui transmet à la paroi abdominale les battements de l'aorte.

On sent en comprimant la fosse iliaque gauche, avec l'extrémité des doigts réunis, rouler une corde dure, peu large, qui n'est autre que l'S iliaque.

Le cæcum rénitent, donnant la sensation du boudin, modérément sonore, est déjeté en dedans. On peut le suivre plus ou moins haut.

Le gros intestin et l'intestin grêle sont plus étroits qu'à l'état normal, il y a entérosténose généralisée chronique.

L'entéroptose résulte de la diminution de la tension intra-abdominale par le fait de la sténose intestinale et de l'augmentation de la pesanteur spécifique des viscères, par suite de l'absence de gaz et du poids des ingesta.

M. Pourcelot résume ainsi les signes de l'entéroptose :

Estomac : Clapotement épigastrique entre 2 à 7 heures après le repas.

Intestin : Points sensibles ; battements épigastriques : corde colique transverse ; cordon iliaque gauche ; boudin cœcal déjeté en dedans ; enterosténose.

Excavation de l'abdomen : flaccidité des parois : côlon transverse à l'ombilic ; intestin grêle dans le petit bassin : entéroptose.

En outre, on observe fréquemment de l'abaissement du foie, des reins et de l'utérus.

L'entéroptose peut être confondue à sa première période avec les dyspepsies dites nerveuses, flatulentes, acides, atoniques, avec la gastralgie, diverses affections utérines, etc.; à sa seconde période avec la dyspepsie hypochondriaque, l'hypochondrie, la dysménorrhée ; à sa troisième période avec la neurasthénie, les diverses formes d'anémie, le cancer latent et l'auto-intoxication ptomaïque chronique.

En dehors des signes subjectifs (exacerbation des malaises à trois heures du soir, réveil à deux heures du matin, irrégularité des selles, aggravation résultant de l'ingestion de certains aliments ; graisses, féculents, vin, lait), en dehors des signes objectifs (corde colique transverse, cordon iliaque gauche, boudin cœcal déjeté en dedans, tumeur stercorale dans l'hypochondre droit, rein mobile), il existe encore un moyen de diagnostic capital pour M. Glénard, c'est l'épreuve de la sangle.

« Si dans le but de répondre à l'indication de relever et soutenir la masse intestinale, c'est-à-dire de combattre l'entéroptose, on applique une ceinture abdominale suffisamment serrée et

“ placée de telle sorte qu'elle comprime l'hypogastre de bas en haut, on verra se dissiper brusquement les symptômes méso-gastriques et neurasthéniques, tandis que les symptômes cholériques (flatulence, douleurs, renvois, aigreurs, etc.) s'aggravent s'ils étaient masqués ou reparaitront, s'ils étaient latents, ” (Glénard).

L'épreuve de la sangle est absolument démonstrative et ses résultats peuvent être considérés comme décisifs même dans certains cas, où elle est pratiquée dans le décubitus horizontal.

Mais chez quelques sujets, il y a entéroptose et la preuve est négative ; elle peut même être paradoxale, c'est-à-dire aggraver la situation du malade (Glénard).

Il faut donc ne pas négliger les autres symptômes pour arriver à un diagnostic exact.

M. Féréol a indiqué le signe suivant : On se place derrière le malade et on soulève à l'aide des deux mains le paquet intestinal ; le sujet éprouve alors une sensation de bien-être, de soulagement réel, qui cesse une fois la manœuvre terminée.

Quant au traitement de l'entéroptose, il doit répondre simultanément aux indications suivantes :

1^o Combattre le prolapsus viscéral et augmenter la tension abdominale.

La sangle pelvienne répond à cette première indication fondamentale.

2^o Lutter contre l'entérosténose fonctionnelle et régulariser les selles.

Les laxatifs quotidiens rempliront ce desiderata.

3^o Tonifier les organes digestifs, exciter les sécrétions du tube digestif et des glandes annexes et fortifier l'organisme.

A cet effet on administrera les alcalins, on prescrira l'hydrothérapie, une cure à Vichy et on instituera un régime convenable.

La sangle pelvienne est une ceinture hypogastrique, dont le but est double : serrer bas et serrer beaucoup.

La sangle est en général bien supportée et M. Glénard affirme que le malade ne songe pas plus à se plaindre de cette servitude qu'un myope ne songerait à se plaindre de ses verres biconcaves.

Elle est indiquée à toutes les phases de la maladie. C'est le premier élément à faire intervenir, c'est le dernier à supprimer, car il combat la cause sinon toutes les conséquences.

Les laxatifs sont le seul et vrai somnifère pour le dyspeptique. Les alcalins sont nécessaires et l'eau de Vichy est le type le plus recommandable.

Le régime consistera en viande crue et rôtie, œufs à la coque et crus. Les légumes aggraveront la constipation.

L'entéroptosique devra éviter le saumon, l'anguille, etc., sous peine de coliques sous-hépatiques de deux heures du matin, de diarrhées cholériques. Mais le lait, les laitages, les crèmes surtout sont d'une indigestibilité indiscutable.—*Paris médical.*

CHIRURGIE.

Ostéomalacie.—Emploi de la castration, par M. le Dr LE-FLAIVE.—La pathogénie de l'ostéomalacie est aussi obscure aujourd'hui qu'elle l'a été par le passé. Il est cependant certain que les causes habituellement invoquées : nourriture insuffisante, mauvaise hygiène, grossesses répétées, allaitement prolongé ne peuvent l'expliquer suffisamment. La théorie parasitaire n'est pas plus satisfaisante, surtout si on la met en regard des résultats donnés par les opérations chirurgicales.

Les divers traitements médicaux (huile de foie de morue, phosphore, chaux, ferrugineux), l'amélioration des conditions hygiéniques, etc, sont loin d'avoir donné toujours des résultats encourageants. Récemment, la thérapeutique de l'ostéomalacie est entrée dans une voie toute nouvelle, qui d'abord n'avait nullement pour but de guérir la maladie, mais seulement de remédier à un accouchement impossible. Cette nouvelle méthode est l'opération de Porro.

La statistique avait montré que douze cas d'opération césarienne avaient donné lieu à deux guérisons d'ostéomalacie, tandis que vingt-quatre cas d'opération de Porro avaient été suivis de vingt guérisons et de quatre améliorations. Fehling fut amené à appliquer ces données aux cas où il n'y avait pas de grossesse, et en 1887, il fit délibérément la castration dans le seul but de supprimer l'activité sexuelle. Conformément à son attente, six semaines plus tard, sa malade, clouée au lit depuis un an, se levait et pouvait marcher à l'aide d'une canne.

Bien entendu, par guérison, il faut entendre seulement la consolidation osseuse et le retour de la locomotion ; les difformités subsistent, ainsi que cette démarche spéciale que Zweifel a nommée *progression horizontale* et qui est due au rapprochement des têtes fémorales, obligeant les membres inférieurs à tourner en quelque sorte l'un autour de l'autre.

Huit fois cette opération avait été faite avec un plein succès (Fehling, Winckel, Müller, Hoffa), lorsque le prof. Schanta l'a pratiquée dans le cas suivant :

Une femme de 32 ans avait eu 4 grossesses remontant à 12, 8, 5 ans et 6 mois. La maladie débuta par des douleurs aussitôt après le troisième accouchement ; la 4^e grossesse aggrava l'état de la malade et la confina au lit ; l'accouchement se fit spontanément et à terme ; il n'en résulta aucune amélioration. Les lésions étaient typiques. Le traitement médical institué pendant 6 mois

n'ayant pas donné de résultat, M. Schanta fit, le 22 juillet 1889, une double oophorectomie. Le 15 août, la malade se levait; en février 1890, la guérison s'était maintenue. Les règles n'ont pas reparu.

Comment l'opération agit-elle ?

Zweifel pense que c'est en rendant impossible toute nouvelle grossesse. Mais alors ce but pourrait être atteint sans laparotomie. Si l'on est obligé d'ouvrir l'abdomen pour une opération césarienne, on devrait se borner à lier les trompes. Les femmes qui, pour un motif quelconque, n'ont plus de grossesse, devraient guérir. Et cependant il ne manque pas d'exemple d'ostéomalacies que l'accouchement ne guérit pas.

D'après Fehling, c'est en déterminant la suppression de la fonction ovarienne et de son influence sur l'organisme tout entier; c'est par la suppression des fonctions sexuelles. Les faits semblent confirmer cette explication. Cependant, en 1879, Spath fit l'opération de Porro chez une femme ostéomalacique dont la maladie remontait à cinq ans; il laissa les ovaires, et peu après, la femme, qui auparavant devait garder le lit, put marcher, monter et descendre les escaliers. Ce n'est donc pas l'ablation des ovaires qui cause la guérison.

M. Schanta émet une autre hypothèse. Dans ce dernier cas, l'ovulation était possible, mais non la menstruation. C'est la suppression de cette dernière fonction qui est cause de la guérison. Aussi les règles, dans plusieurs cas, ramenaient-elles chaque fois une aggravation nouvelle.

Quel que soit le véritable mécanisme, il n'en demeure pas moins acquis que la castration amène la guérison. Néanmoins, il n'y faut avoir recours que dans les cas à marche continue, dont rien, pas même l'accouchement, ne peut entraver les progrès.—*Scalpel.*

Traitement de l'ectopie testiculaire.—M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que si, dans certains cas, il est impossible d'abaisser le testicule, cela tient à ce qu'il est maintenu par des trousseaux fibreux très résistants, trousseaux qu'il faut détruire. Selon lui, l'orchidopexie est utile dans un certain nombre de cas. Elle est indiquée quand il y a des douleurs.

Des chirurgiens ont dit qu'il n'y avait nul scrupule à enlever des testicules ectopiques, par la raison qu'ils ne secrètent plus de zoospermes. Ce n'est pas une raison suffisante.

Quand à la suture du cordon, elle ne doit avoir lieu que si l'opération a été incomplète, que si tous les tissus fibreux n'ont pas été bien sectionnés.

M. Jalaguier a opéré l'an dernier deux enfants, l'un de dix ans, l'autre de quatorze ans. Il a fait l'orchidopexie et la cure radicale de la hernie congénitale. Au bout d'un an, il a constaté que la cure radicale avait été bien faite, que la fixation s'était bien

maintenue, mais que la glande séminale était restée atrophiée du côté opéré.—*Paris médical.*

De la rétention d'urine.—M. le professeur F. GUYON a fait des études expérimentales récentes sur ce sujet avec M. Albarran. Quelles que soient les causes, la forme et la durée de la rétention d'urine, elle évolue toujours sans fièvre, à moins d'intervention septique, ou lorsqu'il s'agit d'un sujet préalablement infecté.

Toute rétention d'urine, surtout la rétention incomplète, s'accompagne de polyurie, même lorsqu'il s'agit de rétention aiguë, telle que celle qu'on observe chez les jeunes sujets atteints de prostatite aiguë suppurée.

Une autre conséquence de la rétention d'urine, c'est la congestion de l'appareil urinaire: ainsi n'est-il point exceptionnel de trouver, dans la rétention quelque peu prolongée, des urines colorées en brun ou en rouge, ou d'observer une hématurie, après une évacuation complète et rapide de la vessie.

Expérimentalement, on constate, du côté de la vessie et des reins, de petites hémorrhagies interstitielles, ou même, dans les rétentions prolongées, des lésions plus accusées, se caractérisant par l'aplatissement et l'état granuleux de l'épithélium du rein.

Quand la rétention se prolonge, la sécrétion s'amointrit; la vessie perd la première son pouvoir contractile, puis les uretères subissent bientôt le même sort, et alors la stase de l'urine est complète.

Lorsque la rétention ne date que de vingt-quatre heures, la contractilité urétérale peut être récupérée par la simple évacuation d'une partie du contenu de la vessie ou par l'électrisation. Elle reparait ensuite dans la vessie elle-même. Si la rétention a été prolongée, rien ne la fait renaître.

Ce phénomène est en effet, sous la dépendance immédiate de la tension intra-vésicale et subordonnée à son degré. Il est facile de se rendre compte qu'il en est de même pour la polyurie et la congestion; les lésions anatomiques et les troubles physiologiques sont en rapport direct avec l'intensité et le degré de la tension. Tout le démontre, aussi bien dans l'état aigu provoqué par l'expérimentation que dans les cas chroniques que l'observation permet de suivre.

C'est donc sous l'influence d'un mécanisme identique que se produisent les lésions et les troubles fonctionnels consécutifs à la rétention. La tension, qui d'abord est seulement vésicale, devient urétérale et rénale. Lorsque la vessie a été remplie au maximum les uretères, les bassinets et les canalicules rénaux eux-mêmes font à leur tour réservoir; ils donnent place à l'urine, qui continue à être secrétée, mais ne reçoivent pas le trop-plein de la vessie. Les expériences prouvent qu'il n'y a pas reflux dans la rétention aiguë. Cela est d'accord avec une constatation anatomi-

quo déjà faite par Hallé dans les cas chroniques; cet auteur a montré que la portion vésicale des uretères ne participe pas à la dilatation énorme qu'ils subissent au delà de la vessie.

Des actes très distincts se succèdent dans la rétention. La vessie entre d'abord en scène; elle n'y reste seule que si la tension n'est ni exagérée, ni prolongée. Ainsi, les conséquences prochaines et éloignées de la rétention de l'urine seront-elles fort différentes, selon que l'on interviendra alors que la vessie souffre seule ou que l'appareil urinaire supérieur est atteint et mis en état de réceptivité.—*Concours médical.*

Traitement des anus contre nature.—Ce traitement est si complexe et si difficile qu'on a imaginé un nombre infini de procédés pour guérir cette infirmité, le Dr. CHAPUT les passe en revue et indique quelques procédés qu'il a nouvellement préconisés.

Les anus établis *chirurgicalement* doivent être traités par la section de l'éperon et par l'oblitération de l'orifice par la méthode de l'abrasion.

Les anus établis *spontanément* ne sont justiciables que de l'entérectomie suivie de la suture circulaire par abrasion.

Les anus compliqués de rétrécissement à distance du bout inférieur indiquent l'entérocolostomie iliaque si le rétrécissement est inopérable.

Il faut opérer le plus tôt possible les anus contre nature, aussitôt que l'état local et l'état général le permettent; il n'y a que des inconvénients à attendre. Les lavements et injections dans le bout inférieur sont indispensables pour éviter l'atrophie du bout inférieur.—*Concours médical.*

Traitement des contractures inflammatoires et spasmodiques, par LORENZ.—L'auteur remplace ici la chloroformisation par des injections intra-articulaires de cocaïne, à l'aide d'une seringue Pravaz à longue aiguille, sans négliger l'antisepsie. Une demi-seringue ou une seringue Pravaz d'une solution à 10 p. c., soit 0.05 à 0.10. Pour l'articulation de la hanche on enfonce l'aiguille à la face postérieure de l'articulation juste au-dessus de l'extrémité du grand trochanter et on la pousse, dans la direction du col du fémur, jusqu'à l'intérieur de l'articulation. Redresser très doucement.—La méthode réussit également pour le pied plat spasmodique. Les enfants supportent très bien la cocaïne. M. Lorenz en a injecté jusqu'à 0.20; pour les adultes, il faut être plus prudent; quelques centigrammes suffisent pour le redressement du pied plat spasmodique.—*Semaine médicale.*

Traitement de la blennorrhagie chronique.—M. le docteur LEBEL emploie, à l'hôpital militaire central de Jassy (Roumanie),

un nouveau traitement de la blennorrhagie chronique. Il introduit dans l'urètre malade une sonde dure en gomme ; puis applique des tours de bandes autour de la verge, de manière à comprimer la muqueuse de l'urètre contre les parois rigides de la sonde. Cette manœuvre est répétée tous les jours et dure en moyenne deux heures.

M. LEVEL a traité ainsi 20 urétrites chroniques blennorrhagiques, dont 18 guérirent radicalement dans l'espace de trois à seize jours, et dont deux encore en traitement. L'auteur considère cette méthode comme excellente, parce qu'elle permet de renoncer aux injections d'une utilité plus ou moins douteuse, et parce qu'en détruisant les granulations de la muqueuse elle constitue un véritable traitement prophylactique des rétrécissements de l'urètre.—*Abeille médicale.*

Traitement du genu-valgum, par M. CASSE.— La cause principale et presque exclusive de cette infirmité réside dans le rachitisme, et plus rarement dans un processus de déviation nutritive ou d'inflammation chez les adolescents. Au point de vue de l'évolution et du traitement, M. Casse établit trois périodes : 1 de ramollissement, 2 d'organisation et d'ossification, 3 d'éburnation.

Dans la première période, il préconise un traitement lent, qui comprend une médication générale et un traitement local prothétique.

Dans la seconde et la troisième période, le redressement lent au moyen d'appareils spéciaux n'est plus à espérer. Il faut employer des moyens rapides. Dans la seconde période, il donne la préférence à l'ostéoclasie sur l'ostéotomie.

La fracture sous-périostée produite d'arrière en avant lui a donné de meilleurs résultats que la fracture latérale : les esquilles sont moins fréquentes. M. Casse met le membre dans sa position redressée immédiatement après l'avoir fracturé. Il se sert d'un appareil plâtré, mais accorde une grande importance à la précaution de suspendre la jambe verticalement au moyen d'un étrier. Ce cette façon, on pratique l'extension, on facilite la circulation veineuse et on empêche les enfants de souiller et d'infecter l'appareil par l'urine.

Les douleurs post-opératoires sont toujours peu intenses et souvent nulles.

A la troisième période, éburnation, M. Casse pratique plutôt l'ostéotomie ; c'est l'opération qui convient spécialement chez l'adulte et dans la seconde enfance, quand l'ossification est complète.

Les récidives ne s'observent que dans les cas où l'on a opéré à la période de ramollissement, et quand il y a concomitamment, ce qui est fréquent, pied-bot valgus.—*Annales d'orthopédie.*

Traitement chirurgical de la typhlite.—Le traitement chirurgical de la typhlite a été, pendant le cours de ces dernières années, l'objet de nombreuses discussions et publications à l'étranger, particulièrement en Angleterre et en Amérique. C'est à peine si la question a été effleurée en France, ce qui pourrait bien tenir à la rareté de l'affection dans notre pays. Au congrès de l'Association médicale britannique, tenu à Leeds en 1889, TREVES a fait sur ce point de pratique une communication des plus intéressantes, donnant fidèlement l'état actuel de la question.

Treves admet que la typhlite est une péritonite localisée de la région caecale, pouvant se généraliser et s'accompagner ou non de suppuration. Le caecum étant, en effet, entièrement entouré par le péritoine, ainsi que l'ont démontré Bardeleben en 1849, Treves en 1885 et Tuffier en 1883, on ne saurait admettre la division des inflammations caecales en typhlite, pérityphlite, paratyphlite, etc., car, dans toute inflammation partie du caecum, la séreuse est envahie. Les abcès résultant d'altérations du caecum ou de l'appendice iléo-caecal sont primitivement intra-péritonéaux et enkystés, sous forme de péritonite suppurative..

La cause la plus fréquente de typhlite est due aux lésions de l'appendice iléo-caecal par corps étrangers, concrétions fécales, torsions ou étranglement; l'inflammation primitive du caecum est très rare. Les statistiques de Fitz, Bull, Kraft, etc., montrent que, pour l'appendice, la cause inflammatoire doit être rapportée aux concrétions fécales dans la moitié des cas, à des corps étrangers dans un huitième. L'appendice peut, en outre, être adhérent au caecum, à l'iléum, au rectum, à la vessie ou à la paroi abdominale. Le pus qui provient de son inflammation peut se diriger vers la paroi abdominale antérieure, ou se déverser soit dans le caecum, soit dans la grande cavité péritonéale, soit dans un organe creux voisin. La mortalité, d'après Fitz, a été de 68 pour 100 dans les premiers jours.

Le traitement doit varier selon la gravité de la typhlite.

Dans les formes légères et moyennes, heureusement les plus communes, généralement dues à une accumulation de fèces, le traitement médical suffit à amener la résolution.

Dans toutes les formes dites graves, qui dépendent presque toujours d'une altération de l'appendice iléo-caecal, la suppuration est très fréquente; la première manifestation peut même être une perforation mettant immédiatement en danger les jours du malade. Il ne faut donc pas s'attarder aux moyens médicaux, et le traitement chirurgical doit intervenir dès que la présence du pus est soupçonnée. Cependant, l'incision n'est généralement pas nécessaire avant le cinquième jour, sauf dans les cas de symptômes très aigus. Bennet May se range à l'avis de Treves et n'est partisan de l'opération que pour les perforations, qu'il faut savoir diagnostiquer; c'est parce que les Américains ont voulu opérer

dans tous les cas qu'ils ont discrédité l'opération. Ch. Kraft, professe la même opinion. La ponction sera rejetée comme inutile, infidèle et dangereuse.

Le pus devant être atteint par le plus court chemin, une large incision sera faite obliquement de haut en bas et en dedans, en dehors de l'artère épigastrique et aboutissant un peu au-dessus et en dehors du milieu du ligament de Poupart, c'est-à-dire suivant la direction générale de l'incision pratiquée pour la ligature de l'artère iliaque externe à sa partie supérieure. Cette incision qui ne doit pas ouvrir la cavité péritonéale ; mais seulement l'enkystement péritonéal du pus, mettra largement à nu les parties malades pour permettre un examen soigneux, au point de vue des concrétions fécales, des corps étrangers et de l'état de l'appendice. Ces investigations seront conduites avec précaution, en n'oubliant pas le peu de résistance des parois de l'abcès, et en ayant égard aux adhérences récentes ; l'introduction brutale du doigt peut rompre ces adhérences, causer une perforation de la cavité péritonéale ou dépouiller de sa séreuse la portion à nu du cæcum. Plus sont réduites les manœuvres, après l'ouverture de l'abcès, mieux cela vaut ; on évitera donc d'en gratter les parois. Il suffira de laver la cavité avec une solution antiseptique chaude et d'y introduire un large tube à drainage ou une longue bandelette de gaze iodoformée.

Si, pendant l'opération, l'appendice perforé ou gangrené est découvert, on le lie au catgut au dessus des parties malades qui sont ensuite excisées. Si l'appendice est perdré près de son origine au cæcum ou entièrement gangrené, il est préférable de n'y pas toucher ; de même, lorsqu'il est très adhérent, on doit se garder de tenter de le mobiliser par dissection ou par traction, à moins de pouvoir agir sur lui aisément et simplement. En résumé, la règle générale est de ne pas trop s'inquiéter de l'appendice iléo-cæcal ; la gravité de l'opération est ainsi beaucoup moindre et le résultat thérapeutique très satisfaisant.

Le pus de l'abcès est le plus souvent fétide, et s'il contient des matières fécales, il y a perforation évidente du cæcum. Dans ce dernier cas, il est plus sage de ne pas chercher à fermer immédiatement la perforation dans la profondeur de la plaie, la fistule fécale se fermant souvent spontanément, surtout si l'abcès est bien drainé et fréquemment irrigué ; du reste, les bords de la perforation sont dans des conditions très défavorables pour une opération plastique immédiate et pour l'occlusion par suture.

Typhlites à rechutes.—L'intervention chirurgicale est encore ici le meilleur moyen de mener l'affection à guérison, mais le mode opératoire est encore sujet à discussion ; les uns, avec Treves, enlèvent l'appendice iléo-cæcal ; d'autres, comme Lawson Tait, préfèrent le laisser et le drainer après en avoir extrait les corps étrangers, causes des rechutes.

On opérera pendant une période d'accalmie et après la disparition des symptômes inflammatoires.

Treves conseille d'opérer de la manière suivante : après s'être rendu un compte exact de la position de l'appendice, on fait sur la région caecale, une incision oblique de haut en bas et en dedans, se terminant juste au côté externe de l'artère épigastrique. Cette incision ne sera pas placée directement sur l'appendice ou sur la région mate pour éviter des adhérences gênantes, le cæcum ou l'appendice pouvant adhérer à la paroi abdominale antérieure. Après la mise à nu de ces organes, le champ opératoire est isolé de la cavité abdominale à l'aide d'éponges, pour empêcher toute effusion de sang et de matières. Les adhérences paraissant aptes à causer un dommage ultérieur particulièrement celles avec l'épiploon ou le petit intestin seront divisées par incision, jamais par déchirure. L'appendice, saisi et fermé près du cæcum par une pince ou un clamp, est détaché à un demi pouce de cet intestin.

Une fois cette ablation faite, l'ouverture intestinale est fermée par des sutures à étages ; un plan de sutures à points séparés ou continus unit les lèvres de la muqueuse ; un deuxième plan réunit les tuniques externes. Il est impossible d'unir ensemble les lèvres de la tunique séreuse ; pour assurer la fermeture de la section, le pédicule est fixé à la surface adjacente du péritoine. Lorsque l'appendice est étroitement adhérent à l'uretère, aux circonvolutions intestinales ou au bassin, son ablation est entourée de grandes difficultés et la conduite à tenir variera avec chaque chirurgien. L'opération terminée, on ferme la paroi abdominale sans aucun drainage.

Lawson Tait suivit une méthode semblable dans ses deux premières opérations ; mais actuellement il considère que l'ablation de l'appendice n'est pas nécessaire et accroît les risques opératoires, et il recommande de se borner à l'inciser pour en extraire les corps étrangers, et de faire ensuite un drainage soigneux.

L'opinion de Lawson Tait nous paraît mériter la préférence, du moins jusqu'à présent ; l'opération est plus rapide, moins compliquée, moins dangereuse, et les résultats thérapeutiques sont tout aussi bons que par la méthode de Treves, quoique obtenus plus lentement.—*Abeille médicale.*

—Il n'est pas prudent pour un commençant qui a peu d'influence et de moyens, de se fixer dans une place déjà encombrée de médecins populaires et actifs ; la rude compétition qu'il aura à soutenir pourra retarder indéfiniment ses chances de succès.—Dr CATHELL, in *The Physician Himself.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

De l'intervention dans la présentation du siège, mode des fesses, par M. OLIVIER.—*De l'intervention pendant la grossesse.*—Lorsqu'à huit mois de grossesse, l'accoucheur constate l'existence d'une présentation du siège, doit-il laisser les choses en l'état et s'exposer à voir l'enfant naître par le siège, ou bien doit-il transformer par la version par manœuvres externes la présentation du siège en une présentation du sommet? En 1886, la Société obstétricale et gynécologique de Paris, saisie de la question, se basant sur la faible mortalité infantile et sur la difficulté et les dangers de la version par manœuvres externes, décida que chez les primipares on pouvait tenter cette version, mais qu'elle était difficile et dangereuse; que, chez les multipares, si elle était plus facile, elle était moins nécessaire. Les trois faits suivants démontrent la gravité de la présentation du siège et pour l'enfant et pour la mère: 1er. cas.—Extraction laborieuse, enfant naissant en état de mort apparente, ranimé.—2e. cas.—Extraction très laborieuse, durée des manœuvres: 1½ h. enfant mort.—3e. cas.—Extraction très laborieuse, durée des manœuvres: une heure, enfant mort, femme morte trois heures après l'accouchement. Les statistiques confirment cette gravité pour l'enfant. On a dit que la version par manœuvres externes était difficile, elle est quelquefois extrêmement facile. On a dit qu'elle était dangereuse. Quels sont ses dangers? Une présentation transversale peut succéder à une présentation du siège. On n'en connaît pas d'exemple. L'utérus peut se rompre; il se rompt quelquefois spontanément: pas d'exemple. Le placenta peut être décollé. On n'en connaît que de rares cas où on avait usé de violence. Conclusion: *Il faut pratiquer la version par manœuvres externes quand on trouve un siège à huit mois de grossesse, sauf dans les cas suivants: malformation de l'utérus, grossesse multiple, existence soupçonnée de circulaires serrées. Il faut agir doucement.*

II. *De l'intervention pendant le travail.*—Au début du travail, si la poche des eaux est intacte, le fœtus non engagé, il faut faire la version par manœuvres externes. On n'a pas fait la version externe, la dilatation est complète, le siège non engagé, la poche des eaux intacte ou rompue, il faut d'abord essayer d'aller chercher un pied, on le desfêchira soit par la méthode de *Barnes*, soit par celle de *Pinard Mantel*; si on réussit, on fera l'extraction immédiate. Si on ne réussit pas, avant de faire l'extraction, si

l'enfant ne souffre pas, si la santé maternelle ne s'altère pas, on attendra pour permettre l'engagement. S'il faut intervenir, on portera un laçs avec un porte-laçs sur l'aîne antérieure, et on fera l'extraction. Si on n'avait pas de laçs, on appliquerait le forceps. —Le siège est engagé, on se trouve forcé de terminer l'accouchement, la conduite variera selon la variété de position. Dans les variétés antérieures, on appliquera le laçs sur l'aîne antérieure, la direction de la traction est bonne, il n'y a pas de danger de fracture de fémur. Dans les variétés postérieures, on appliquera le forceps de Tarnier sur les cuisses de l'enfant, on tirera autant que possible pendant les contractions, et on fera faire l'expression utérine. En cas d'insuccès, laçs.—Le siège est à la vulve, la fesse postérieure est arrêtée par le périnée, on emploiera la méthode bi-rectale. —*Tribune médicale.*

Traitement chirurgical des déchirures du périnée.—M. TILLAUX passe en revue différents points pratiques du traitement des déchirures anciennes du périnée. Ces déchirures sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire qu'elles intéressent ou qu'elles n'intéressent pas le sphincter externe.

Lorsque la déchirure est incomplète, faut-il opérer? Cela varie suivant les malades. Il y a des femmes qui ne présentent aucun phénomène pathologique et chez lesquelles il faut s'abstenir de toute opération. D'autres souffrent (prolapsus utérin, catarrhe vésical, douleurs des reins) : ces femmes, qui ont des douleurs, doivent être opérées.

Les ruptures complètes du périnée doivent toujours être traitées par une opération curative. Quant à la date de l'opération, non seulement il faut laisser passer la période puerpérale, mais il est bon d'attendre six mois au minimum après l'accouchement. Parfois certaines déchirures se restaurent spontanément, au grand étonnement du chirurgien qui pensait devoir être obligée d'opérer. Quelquefois la déchirure diminue considérablement d'étendue avec le temps.

Comme procédé opératoire, M. Tillaux préconise l'opération de J. Hue et d'Emmet, qui est facile, simple, à la portée de tous les praticiens instruits et adroits de leurs mains.

M. Tillaux n'est pas partisan de la sonde à demeure; elle est souvent mal supportée, détermine des douleurs et ne remplit pas entièrement le but que l'on désire, même quand elle ne donne lieu à aucune gêne. Aussi vaut-il mieux laisser la femme uriner quand elle en a envie, et faire suivre chaque miction d'un bon lavage vaginal avec une solution de sublimé.

Il est également inutile de constiper les femmes de façon à les empêcher d'aller à la selle pendant plusieurs jours après l'opération; quand on constipe pendant plusieurs jours les opérées, elles rendent des bouchons énormes qui compromettent singulièrement

la réunion. Mieux vaut, dès le deuxième jour, faire donner avec prudence un lavement qui ramollira les matières fécales et leur permettra de sortir sans danger pour les points de suture.—*Concours médical.*

Traitement de la vaginite.—Pour combattre la vaginite des sujets lymphatiques ou scrofuleux, on prescrit le quinquina, l'iode de fer, les bains salés ou les bains de mer, l'hydrothérapie. Si les malades sont arthritiques, préparations arsenicales et alcalines.—Les vaginites mycotiques, diphthériques, septiques, sont traitées par les cautérisations, les injections antiseptiques, les applications de tampons de gaze boriquée, iodoformés, etc.—Pendant la période d'acuité de la vaginite blennorrhagique, grands bains simples ou amidonnés; pendant la période subaiguë, cautérisations avec le nitrate d'argent ou les solutions de ce sel. Injections avec divers liquides, sels que: solutions d'acétate de plomb, d'alun, de zinc, de borax, de sublimé, de permanganate de potasse, de chloral, d'acide phénique. Le tamponnement avec des boulettes de ouate imbibées de ces liquides paraît plus efficace, parce qu'il a une action permanente, et qu'il écarte l'une de l'autre les surfaces enflammées.—Dans le cas d'ulcérations occasionnées par la vaginite, cautériser par le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, l'acide chromique, etc.—*Gazette de gynécologie.*

Quelques mots sur les vices de conformation de l'utérus, par le professeur A. BOUCHARD.—Formé par la coalescence des deux canaux de Müller, l'utérus est toujours bicorne pendant les premiers temps de l'évolution embryonnaire, la cloison médiane formée par l'adossement des parois de ces canaux disparaît successivement et la cavité utérine devient unique. Si cette résorption reste incomplète, la cloison persiste dans sa totalité ou dans une partie de sa hauteur et la cavité utérine, plus ou moins divisée, rappelle l'utérus bicorne de certains animaux. La fécondation serait, dit-on, possible isolément dans chaque corne utérine, ce qui me semble difficile à admettre, le vagin étant unique et bien conformé. Il peut arriver encore que l'une des deux cornes de l'utérus bicorne soit atrophiée, ainsi que l'ovaire et la trompe correspondants.

Les organes génitaux internes peuvent être frappés d'arrêt de développement, soit pendant la période embryonnaire, soit au moment de la puberté; la totalité de l'utérus, corps et col, est atrophiée, les fonctions menstruelles ne s'établissent pas, ou s'établissent mal, on trouve au toucher un col petit, dur, avec un museau de tanche effacé, rétréci.

L'atrophie utérine peut ne porter que sur le col; ce vice de conformation est tantôt congénital et porte sur toute la longueur du col, *étroitesse*; tantôt acquis à la suite de cautérisations intem-

pestives, de déchirures dans l'acconchement, et d'habitude c'est l'ouverture externe du museau de tanche qui seule est alors rétrécié, *rétrécissement*.

L'*étroitesse* s'accompagne toujours d'une dureté quasicartilagineuse, d'une forme en point du col, qui souvent permet à peine ou même ne permet pas l'introduction d'une sonde utérine. L'écoulement des règles devient difficile, s'accompagne de douleurs lombaires, de coliques, d'accidents nerveux; les métrites chroniques et les écoulements qui en sont la suite se manifestent; la conception devient difficile.

Le simple *rétrécissement* du museau de tanche n'est que bien rarement un obstacle sérieux à l'écoulement des règles, il en est tout autrement de l'*étroitesse* congénitale du col. Le sang, toujours altéré et contenant des caillots, s'accumule alors dans la cavité utérine, qu'il dilate ainsi que les trompes à travers le pavillon desquelles il suinte. En pénétrant dans le péritoine par cette voie tubaire ou encore par rupture des fibres lisses utérines dilatées à l'excès, le sang détermine ou bien une péritonite localisée qui devient une hématocele ou une péritonite générale qui se termine par la mort. La poche sanguine peut encore se vider dans les organes voisins, avec lesquels la matrice a contracté des adhérences, la vessie, les intestins.

Après la ménopause ou quand l'atrésie utérine a entraîné l'aménorrhée, au lieu de sang, les liquides muqueux ou muco-purulents dus à la métrite, retenus par la coarctation du col, s'accumulent à leur tour dans la cavité utérine. Quand il s'agit de sang, on dit qu'il existe un *hématomètre*, et un *hydromètre*, lorsque ce sont des liquides muqueux.

L'*hématomètre* peut ne causer que des accidents momentanés; la distension utérine, la gêne apportée à l'écoulement menstruel déterminent la suppression de la fonction, et l'*hématomètre* cesse d'augmenter à chaque nouvelle époque cataméniale; dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'intervenir, car l'*hématomètre* est en général toléré. Mais dès que des accidents sérieux surviennent et font soupçonner la possibilité d'une rupture utérine ou la menace d'une péritonite, il faut frayer un passage aux liquides accumulés et ponctionner le col, opération délicate, car le chirurgien n'étant guidé par rien, court toujours le risque d'ouvrir un des culs-de-sac du péritoine.

Si l'utérus peut être atrophié, il est également quelquefois atteint d'hypertrophie. Nous ne parlerons pas ici des *hypertrophies* utérines dues à des retraits incomplets de la matrice après les couches ou à des métrites chroniques, nous ne nous occuperons que des hypertrophies dites *idiopathiques* (Labbé). On a signalé des cas très rares où l'accroissement de l'utérus était dû à une production anormale et exagérée de fibres musculaires embryonnaires, à un myome; les observations publiées sont trop peu

nombreuses pour être concluantes. Moins rares sont les cas où l'hypertrophie est due à une exagération de la vascularisation de l'utérus qui devient télangiectasique (Tillaux).

Au lieu de porter sur la totalité de la matrice, l'hypertrophie peut n'atteindre que le col et porter exclusivement sur la portion sus vaginale de celui-ci.

L'hypertrophie de la portion vaginale paraît être congénitale, le col est allongé, de forme conique, il fait saillie à la vulve et le museau de tanche est le plus souvent rétréci; souvent on trouve le corps de l'utérus atrophié, comme si toute l'évolution s'était faite au profit du col, dont les glandes sont hypertrophiées et les vaisseaux dilatés. On comprend combien cet état gêne le coit et rend par cela même la conception impossible.

On conseille d'exciser la partie trop saillante du col, soit avec les instruments tranchants, soit avec l'écraseur ou le galvanocautére, mais toujours il faudra prendre grand soin de ne pas laisser le museau de tanche s'oblitérer pendant la cicatrisation.

L'hypertrophie de la portion sus-vaginale est spéciale, dit-on, aux femmes multipares, chez lesquelles le relâchement des parois du vagin entraîne un certain degré de prolapsus de ce canal; le corps de l'utérus fixé, peut être par rétraction de ses ligaments, ne suit pas le mouvement des culs-de-sac du vagin et la partie sus-vaginale du col s'étire et s'hypertrophie; à cette explication déjà ancienne, je crois qu'il faut toujours ajouter un état pathologique des tissus du col atteint d'inflammation chronique.

Le corps reste en place, les culs-de-sac du vagin s'allongent vers le bas et forment ainsi un godet antérieur dans le fond duquel la vessie est entraînée, et un godet postérieur que remplissent les intestins et le rectum.

Souvent alors l'utérus se fléchit en avant et cette antéflexion fait rentrer en partie le col saillant à la vulve, mais tous les accidents dus à l'antéflexion se manifestent: douleurs, pesanteur, difficulté de la miction, etc.

L'hystéromètre introduit dans l'utérus fait constater un allongement considérable de l'organe, ce qui différencie l'hypertrophie avec le prolapsus utérin.

On a pratiqué l'excision du col, cette opération est d'autant plus judicieuse que nous savons aujourd'hui que l'hystérectomie vaginale donne des succès incontestables.—*Journal de médecine de Bordeaux.*

Traitement des douleurs dysménorrhéiques, par HUCHARD.

—Après avoir démontré les inconvénients de l'antipyrine administrée au moment des époques menstruelles, M. Huchard recommande contre les douleurs dysménorrhéiques la formule suivante:

Teinture de piscidia erythrina... ..	} à 10 gram.	27
Teinture de viburnum prunifolium... }		

Prendre vingt gouttes quatre à cinq fois par jour.

Le *piscidia erythrina* est doué de propriétés antinévralgiques.

Le *viburnum prunifolium* est un antispasmodique analogue à la valériane et un modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle.

Quand les douleurs dysménorrhéiques s'accompagnent de ménorrhagie, il est bon d'associer au *viburnum*, l'*hydrastis canadensis*, qui jouit de propriétés vasoconstrictives assez analogues à celles de l'ergot de seigle et du sulfate de quinine.

Teinture de <i>viburnum prunifolium</i>	} à 10 gram.
Teinture d' <i>hydrastis canadensis</i>	

Prendre vingt gouttes quatre à cinq fois par jour.

Sous le nom de sédatif utérin, on a prescrit la potion suivante :

Teinture de <i>viburnum</i>	xx gouttes.
Elixir de Garus	15 gram.
Sirop de sucre	15 —
Eau	30 —

Une cuillerée à soupe toutes les demi-heures ou toutes les heures.

La teinture de *viburnum prunifolium* représente un modérateur du pouvoir excito-moteur de la moelle, dont la sphère d'action semble plus particulièrement se localiser sur l'appareil utéro-ovarien. J. Cheron la recommande avec raison dans la dysménorrhée et l'avortement.—*Gazette de gynécologie*.

Inflammations de annexes de l'utérus.—Clinique du prof. TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Il n'y a pas très longtemps, je faisais une leçon pour dire que la propagation de l'inflammation de l'utérus aux trompes est extrêmement fréquente. La preuve de l'exactitude de cette assertion, c'est que, ces jours-ci, cinq malades, entrées dans mes salles, sont atteintes de salpingite. L'affection des trompes est due, chez ces cinq malades, à une métrite. Lundi dernier encore, nous avons vu, à la consultation, une femme âgée de trente ans et qui présentait tous les signes d'une inflammation des annexes. Cette malade n'a pas voulu entrer à l'hôpital.

Je profite de l'occasion qui m'est offerte pour développer deux points très importants.

Tout d'abord, une question se pose : en présence d'une propagation inflammatoire plus ou moins aiguë s'étendant de la matrice aux annexes, faut-il oui ou non traiter la métrite ? A cette question, les anciens chirurgiens n'étaient pas embarrassés pour faire une réponse catégorique. Ils affirmaient qu'il ne fallait pas toucher à l'utérus et que l'on devait proscrire tout traitement chirurgical. A l'heure actuelle, la question ne comporte pas une solution aussi facile.

Sur les cinq malades dont je vous ai parlé, trois ont été traitées par le curage; deux n'ont pas subi l'abrasion de la muqueuse utérine. De ces deux dernières, l'une n'a pas été curée, faute de temps; l'autre n'a pas été traitée par la curette, en raison des phénomènes aigus.

La première malade est une marseillaise de vingt et un ans, qui avait une métrite post-puerpérale et une salpingite droite très caractérisée et présentant le volume d'une noix.

Le curage a amené rapidement la guérison de la métrite. Quant à la salpingite, elle a disparu au point qu'il n'est plus possible de la trouver.

La deuxième malade, une nommée C..., était dans les mêmes conditions. La métrite était accompagnée d'une tuméfaction douloureuse située dans le cul-de-sac gauche. Le curage fut suivi de la guérison de la métrite et de la salpingite.

La troisième malade, la femme M..., entre à l'hôpital. Après l'avoir longuement examinée, je trouve qu'il y a indication de faire le curage et de pratiquer ensuite l'extirpation des annexes. Or, le curage a suffi à guérir cette femme.

La marseillaise était malade depuis un an, la femme C... depuis deux ans. Donc, trois curages et trois guérisons ou à peu près.

Il reste une femme que nous n'avons pas traité par le curage.

Elle nous a été adressée alors qu'elle avait une poussée aiguë, dans le cours d'une affection chronique des annexes.

Cette femme, bonne nourrice, avait une métrite depuis son accouchement. La poussée aiguë était survenue dix jours avant son entrée à l'hôpital. Le diagnostic était: métrite post-puerpérale, salpingite, pelvi-péritonite à droite. On lui appliqua un vésicatoire, on la soumit à des injections chaudes et au repos prolongé. Ce traitement amena une amélioration marquée des phénomènes inflammatoires qui siégeaient à droite. Mais, à l'hôpital, cette femme eut une poussée de salpingite à gauche. Cette inflammation aiguë est en voie d'amélioration. Nous pratiquons bientôt le curage de l'utérus.

Il faut vous rappeler que cette malade a subi une poussée inflammatoire du côté gauche des annexes, au cours du traitement. Donc, sur quatre malades, trois ont été prodigieusement améliorées, une a été en proie à une nouvelle poussée.

Faut-il s'abstenir de pratiquer le curage, dans la période aiguë des inflammations des annexes? Je crois que la malade, qui a vu récidiver l'inflammation aiguë, serait bénéficiée de l'opération, si je m'étais décidé à la curer en pleine période aiguë. Je pense qu'elle aurait échappé à la complication qu'elle a eu dans les annexes de l'autre côté.

M. Picqué a traité une rétroversion adhérente par la mobilisation utérine. Il croit avoir déterminé une poussée de péritonite. Dans l'observation de ce chirurgien, il n'est pas dit si le traite-

ment de la métrite avait été fait au préalable. Ce que l'on rapporte, c'est que la malade a été curée, à une époque indéterminée, et qu'elle a suppuré après son curage. Quoiqu'il en soit, la salpingite est survenue après ces mobilisations.

M. Poulet (de Lyon) a communiqué le cas d'une malade atteinte de métrite-péritonite consécutive à l'accouchement. Il y avait suppuration. M. Poulet a commencé par réaliser l'asepsie de l'utérus et a ouvert ensuite le foyer de suppuration. Et il a parfaitement bien fait d'agir ainsi.

Ce qu'il y a de dangereux, ce sont les microbes et non pas le contact des instruments. Il faut se comporter vis-à-vis d'une métrite, comme on a l'habitude de se comporter en présence d'un foyer quelconque de suppuration. On doit commencer par désinfecter le foyer originel de la suppuration.

Il me paraît légitime d'agir, de la même façon, sur la cavité utérine, siège des premiers phénomènes infectieux.

J'aborde maintenant une autre question plus importante. Les ovaro-salpingites, les ovaro-péritonéo-salpingites sont extrêmement fréquentes. Quand on examine avec soin les femmes qui viennent à nos consultations, on constate qu'un très grand nombre d'entre elles avaient des complications du côté des annexes.

Faut-il traiter toutes ces femmes par l'extirpation de leurs annexes? C'est impossible, à cause même de la fréquence de ces ovaro-salpingites. Il y a donc des indications qui doivent guider le chirurgien dans le choix de l'intervention. La gravité de certaines de ces salpingites, les douleurs extrêmes éprouvées par quelques malades, constituent des indications.

MM. Rontier, Richelot, Lucas-Championnière ont dit: "Quand une femme présente une tumeur salpingienne appréciable, quand les douleurs durent depuis longtemps, il y a lieu de pratiquer l'extirpation." Mais parfois on entend des chirurgiens demander, dans une conversation familière: "Vous est-il arrivé d'avoir vu opérer des femmes qui n'avaient pas de tumeurs et chez lesquelles on a dû se résoudre à détruire des brides péritonéales?"

Cette femme M..., dont je vous ai parlé au commencement de cette clinique, est là pour témoigner qu'il ne faut pas se hâter d'enlever les annexes. Tout semblait se réunir pour inviter le chirurgien à lui ouvrir le ventre. L'ancienneté de la maladie, la douleur récidivante, l'existence d'une tumeur, ne sont pas suffisantes pour légitimer l'extirpation des ovaires.

Quand j'ai examiné cette femme, elle était très souffrante. Elle avait peine à monter les escaliers. Pâle, défaits, malade depuis six ans, elle avait des accidents du côté de la menstruation. Depuis son mariage, les douleurs qu'elle éprouvait avaient augmenté. Depuis quatre mois, les pertes étaient plus abondantes, les douleurs plus vives et presque constantes. Elle était immobilisée dans son lit depuis cette époque. Elle avait une métri-

te, de l'antéversion et une double salpingite. L'indication du curage et de l'extirpation des annexes était bien notée. Je fis le curage. L'état général s'améliora. J'examinai les culs-de-sac : plus de douleurs. J'ai peine à trouver de petites indurations douloureuses au niveau des annexes. Après un mois, cette femme a complètement changé. Elle est magnifique de santé, elle n'a plus de douleurs. Ses tumeurs ont presque entièrement disparu. On me dit : Cela reviendra. La chose n'est pas certaine. Cette femme est guérie de sa métrite. Il n'est pas sûr qu'elle ait de nouveau une métrite. Le fait certain, c'est qu'elle a été guérie par un curage et qu'elle présentait tous les symptômes qui indiquaient la nécessité de faire l'extirpation des annexes.

Il se peut que l'indication d'une opération nouvelle surgisse encore. La persistance de la salpingite peut ramener la métrite. Je pense qu'il faut faire l'extirpation dans tous les cas de pyosalpingite. Dans les autres salpingites, il faut attendre. Je crois qu'il est nécessaire d'enlever les foyers purulents qui siègent dans les trompes, mais qu'il faut temporiser quand on est en présence des hydro-salpinx, etc,

J'ai soigné avec M. Terrier une femme qui, disait-on, avait une tumeur péri-utérine. Je fis le diagnostic de corps fibreux. Il s'agissait d'une salpingite. Chaque fois que la malade se levait, elle allait mal. En 1884, les symptômes persistaient sans amélioration ni aggravation. C'est alors que je me ralliai au diagnostic de salpingite.

J'opérai cette femme à Bichat. Je tombai sur un foyer purulent en communication avec l'intestin ! L'opération, quoique longue et pénible, semblait devoir être couronnée de succès. Mais trois mois après l'intervention, cette femme mourut d'une rupture intestinale. Si j'avais opéré plus tôt cette malade, peut-être eût-elle été sauvée.

Il ne faut donc opérer ni trop tôt ni trop tard. Je crois qu'il faut constater des récidives de poussées inflammatoires greffées sur un état chronique pour se décider à pratiquer l'extirpation des annexes.—*Gazette des hôpitaux.*

—Il y a des instruments qui doivent être tenus cachés, tels sont les seringues, les cathéters, les forceps, les couteaux à amputation, etc.; il n'est pas de bon goût d'orner son bureau de crânes ou d'autres parties de squelettes, ou de le transformer en musée pathologique et exhiber des fœtus, des vers solitaires, etc.; on peut cependant laisser en vue un microscope, un stéthoscope, une lampe à esprit de vin, des tubes à réactifs, un diplôme de médecin, un certificat d'une société savante, les bustes de médecins éminents.

—*idem.*

PÆDIATRIE.

Les dangers de la constipation chez les enfants. — M. SIMON insiste souvent sur ce fait qu'alors que la diarrhée chez les enfants est l'objet de la plus extrême sollicitude des parents et du médecin, la constipation, qui présente cependant aussi de très grands dangers, est presque toujours négligée.

Une enfant de quinze ans était entrée dans le service présentant des douleurs abdominales extrêmement violentes; c'était après une chute sur le ventre que les premiers accidents, d'abord peu intenses, s'étaient manifestés et on crut tout d'abord à un phlegmon de la paroi abdominale comme on en voit quelquefois à la suite des contusions. Cependant, les accidents s'accrochèrent, suivis de vomissements et de diarrhée, et la malade succomba au bout de quelques jours. A l'autopsie on constata l'existence d'une péritonite généralisée en même temps que d'une perforation du cæcum avec un foyer purulent plus ancien dans cette région. Il y avait eu, en somme, une typhlite par perforation qui s'était enkystée dans le petit bassin, et qui n'avait amené de péritonite que plus tard. Or, il est très vraisemblable, après l'examen des lésions observées, que cette inflammation et la perforation qui en a été la conséquence ont eu pour point de départ une constipation opiniâtre à laquelle est peut-être venue se joindre l'action du traumatisme. Les faits de ce genre, en effet, sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le suppose, le trouble fonctionnel, qui peut avoir les plus graves conséquences, passant presque constamment inaperçu. Chez certains enfants il peut être la cause d'un véritable arrêt de développement physique et intellectuel; beaucoup sont grognons, paresseux, amaigris, uniquement parce que leurs fonctions digestives ne s'exécutent pas bien. La mort peut même être le résultat de cet état de choses; elle arrive alors par différents mécanismes; tantôt il se produit une typhlite et quelquefois une perforation comme dans le cas présent, tantôt on voit survenir des accidents d'obstruction intestinale. Dans un cas, M. Simon a vu ainsi la mort produite par une tumeur stercorale grosse comme une tête d'enfant. Dans ces cas, l'électricité agit assez bien, mais alors même qu'on a pu ainsi lever l'obstruction, les malades sont constamment exposés à des récidives, car l'intestin ainsi distendu a subi de telles modifications dans sa structure qu'il est incapable de reprendre ses fonctions normales. Il y a donc là un point de pratique des plus importants et qui, s'il n'est pas négligé, permet d'éviter bien des complications dont quelques-unes peuvent être d'une extrême gravité. — *Journal de médecine pratique.*

La démangeaison dans la scarlatine.—Il y a peu de temps, M. R. SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux) a insisté sur la fréquence de la démangeaison dans la scarlatine ; il a montré que les auteurs classiques avaient presque tous négligé de signaler l'existence possible du prurit dans cette pyrexie éruptive, si bien que bon nombre de praticiens hésitent à faire le diagnostic de cette maladie quand le malade accuse de la démangeaison.

Ce symptôme aurait aussi quelque importance au point de vue du pronostic ; les scarlatines qui démangent ne seraient pas des scarlatines graves.

La démangeaison s'observe probablement parce qu'en pareil cas l'éruption est peu intense et la lésion cutanée superficielle.—*Concours médical.*

Du traitement du catarrhe gastro-intestinal des enfants par les irrigations intestinales.—On sait que Léo et Baginski ont montré que la fermentation lactique est un phénomène digestif normal chez les enfants et que la formation de l'acide butyrique par décomposition des lactates neutres et avec mise en liberté d'acide acétique est un phénomène pathologique. Les changements thermiques seraient d'après M. DAVIS, la cause principale des troubles digestifs qui causent ces phénomènes pathologiques.

Le traitement doit être prophylactique et antiseptique. La prophylaxie consiste dans l'usage des vêtements de flanelle, les bains tièdes fréquents, la stérilisation du lait et l'emploi de l'eau préalablement bouillie.

Le traitement curatif consiste d'abord dans le régime, les repas multipliés et peu abondants, la balnéation tiède, l'administration de grogs pour combattre la prostration inséparable chez l'enfant, d'une perte de liquide par la diarrhée. Contre les vomissements, M. Davis conseille le lavage stomacal au moyen du siphon et d'une solution antiseptique de carbonate et de salicylate de soude.

Contre le catarrhe intestinal, il recommande le calomel par doses fractionnées et répétées d'heure en heure. A cette période il remplace les aliments par les blancs d'œufs, à raison de six à huit dans les vingt-quatre heures. Puis, si ce traitement échoue, il administre au moyen d'une sonde en gomme du No. 11, longue de six à sept pouces, des irrigations intestinales avec une solution de thymol au millième, ou de salicylate de soude aux deux centièmes. Ces irrigations sont répétées deux à trois fois par jour.

Au demeurant, cette médication consiste dans l'emploi des antiseptiques et d'un régime diététique sévère.—*Abeille médicale.*

La conjonctivite purulente des nouveau-nés est une maladie des plus répandues et celle qui cause le plus grand nombre d'aveugles. Il n'est pas de médecin qui n'ait l'occasion de soigner des cas plus ou moins graves.

Elle ne reconnaît qu'une seule cause, l'infection des bords ciliaires et de la muqueuse oculaire par le mucus virulent du vagin de la mère. Il nous est arrivé d'en reconnaître l'existence alors même que l'accouchement n'était pas terminé et que la tête seule était sortie. Il faut donc absolument renoncer à incriminer les courants d'air, le froid, l'humidité, etc.

Cependant, comme toute affection oculaire est très aggravée par la moindre coryza tendant à obstruer les voies lacrymales, il est bon de soustraire les nouveau-nés à toute cause de refroidissement. C'est aussi pour cette raison que nous proscrivons de son traitement les compresses glacées qui, acceptables parfois chez l'adulte, donnent de mauvais résultats chez le nouveau-né qui les tolère du reste difficilement.

Le danger de la conjonctivite purulente, c'est la propagation de la maladie à la cornée et la perforation de cette membrane. Chez les enfants venus avant terme, le danger est bien plus considérable que chez les autres.

La méthode *Crédé* qui consiste à instiller à tous les nouveau-nés indistinctement une goutte de collyre au nitrate d'argent a causé bien des perforations cornéennes, elle n'est efficace que dans les cas légers pour lesquels de simples lotions antiseptiques suffiraient. Dans les cas graves, elle donne des résultats rapidement désastreux.

D'une façon générale, il faut absolument bannir de la thérapeutique oculaire les collyres irritants qui agissent plus sur la cornée que sur la conjonctive. Seul le médecin doit manier ces solutions et en surveiller l'action, de son intervention *personnelle* dépend le succès, il ne doit laisser entre les mains des malades ou de ses parents que des préparations inoffensives.

Si l'on veut absolument adopter une méthode uniforme de traitement préventif de l'ophtalmie purulente, dans les maternités, les hospices par exemple, il faut faire lotionner les yeux des enfants avec une solution chaude préparée extemporanément avec :

Poudre d'acide borique pur (pailleté à l'albumine), une cuillerée à café (3 gr.).

Faire dissoudre dans une demi-tasse d'eau bouillante (60 à 80 gr.), et laisser refroidir à 45 degrés environ.

Les solutions préparées d'avance par le pharmacien sont inactives.

Dans les cas légers de conjonctivite catarrhale, les lotions chaudes à l'acide borique suffisent pour amener la guérison. Dans les cas plus graves, l'intervention du médecin doit être plus active. Elle consiste : 1^o à désinfecter les culs-de-sac des paupières, 2^o à les cautériser directement *sans toucher à la cornée*.

1^o Le médecin, tenant sur ses genoux la tête de l'enfant, écarte les paupières *in*, étant gonflées, se renversent facilement; *au*

moyen d'une éponge douce imbibée d'une solution de sublimé à 1/1000 il nettoie les culs-de-sac supérieur et inférieur. 2o Avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 0/0, il cautérise légèrement les culs-de-sac conjonctivaux, et neutralise l'effet du caustique soit avec la solution de sublimée précédente, soit avec de l'eau pure. Autant que possible la cornée ne doit pas être touchée. Cette opération est répétée une ou même deux fois par vingt-quatre heures, le médecin doit la faire lui-même très soigneusement. Dans l'intervalle les yeux sont lotionnés avec la solution précédemment indiquée d'acide borique, d'heure en heure ou de deux heures en deux heures, sauf pendant le sommeil de l'enfant.

Si, en faisant le nettoyage avec l'éponge, la muqueuse saigne un peu, il ne faut pas s'en inquiéter, c'est un excellent moyen de décongestionner rapidement l'œil et diminuer le gonflement. Il est même parfois utile de faire quelques légères scarifications conjonctivales, surtout si l'on voit la cornée prête à céder, pour ainsi dire étranglée par un cercle œdémateux.

Dans le cas où la cornée est déjà perforée, il ne faut pas considérer l'œil comme absolument perdu, mais : 1o continuer les lotions antiseptiques en procédant avec la plus grande douceur ; 2o instiller quelques gouttes du collyre ;

Sulfate neutre d'atropine.. 0 gr. 05.

Eau distillée..... 10 —

afin de dilater la pupille autant que possible ;

3o. Soutenir la cornée perforée par un bandeau contentif, formé par une compresse trempée dans la solution antiseptique à l'acide borique et un tampon de ouate charpie, le tout maintenu par une petite bande ou un mouchoir. On renouvellera les compresses six à dix fois dans la journée, et on les désinfectera en les jettant dans l'eau de Javel avant de les savonner. En général, dès que la cornée est perforée, la maladie rétrocede plus ou moins vite, mais si l'on ne soutient pas l'organe, il se perd de plus en plus, et devient même parfois staphylomateux.

L'ophtalmie purulente des nouveau-nés, même violente, mais prise au début et bien soignée, guérit en vingt à trente jours et ne laisse après elle aucune complication. Mais il n'en est pas de même si l'on n'intervient que lorsque la cornée est déjà atteinte ou si l'on néglige le traitement. Elle n'apparaît que dans les premiers jours qui suivent la naissance, mais elle reste parfois latente et sujette à des récidives ou retours en général moins aigus que la maladie primitive.—*Praticien.*

Les manifestations et les complications buccales de la rougeole chez les enfants, par E. CAUVET.—Au cours de la rougeole, deux sortes de lésions peuvent prendre place dans la bouche.

Les unes sont sous la dépendance de l'infection rubéolique même.

Les autres n'ont aucun rapport direct avec la rougeole. Ce sont des complications surajoutées.

Les manifestations qui sont produites par l'injection morbilleuse sont de deux ordres.

1o L'érythème buccale, véritable exanthème, qui se montre en général en même temps que le catarrhe nasal, et consiste tantôt en un piqueté rouge, tantôt en une simple rougeur un peu plus accentuée de la langue. Cet érythème est souvent suivi de desquamation linguale.

2o La stomatite folliculaire, due à une hypersécrétion glandulaire avec obstruction du canal excréteur, coïncidant d'ordinaire avec des phénomènes analogues du côté de la peau, c'est-à-dire avec la miliaire. L'auteur se demande si le poison rubéolique éliminé par les glandes ne produit pas ces phénomènes.

Quant aux complications de la bouche surajoutées à la rougeole, elles sont de nature et de gravité diverses.

1o Le muguet qui se rencontre de préférence chez les nourrissons rubéoliques.

2o Les aphtes, dont le siège de prédilection est d'abord la langue, puis les lèvres et la face interne des joues.

3o La stomatite ulcéreuse qui, tantôt succède à la rupture des aphtes, tantôt résulte d'une véritable infection surajoutée.

4o La diphtérie qui, ainsi que l'ont établi Roux et Yersin, peut se développer partout où il y a desquamation épithéliale. Nous avons vu plus haut qu'il existe fréquemment une desquamation linguale consécutive à l'érythème buccal. Il n'est donc pas étonnant que la diphtérie dans la rougeole s'attaque primitivement à la langue, ce qui ne lui est pas habituel.

5o La gangrène de la bouche, complication grave et aujourd'hui fort rare. Pour notre part, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Pour éviter tous ces accidents, les lavages antiseptiques de la cavité buccale (solution saturée d'acide borique) rendent de grands services.

Ces lavages doivent être faits, dès le début de la maladie, alors même qu'il n'y a simplement qu'un léger degré de stomatite érythémateuse.

On comprend que tous ces soins ne peuvent être donnés que dans un hôpital. A la campagne, le médecin n'est guère appelé pour les rougeoles. Heureusement que les complications buccales graves y sont tout à fait exceptionnelles.—*Gazette médicale de Paris.*

Terreurs nocturnes.—M. SIMON a présenté à sa conférence une petite fille de quatre ans atteinte d'un état cérébral très bizarre caractérisé par ce fait qu'elle est terrifiée par la vue de tous les objets insolites ou familiers, qu'on lui montre ou qu'elle voit devant elle; ces terreurs se produisent non seulement la nuit, mais aussi le jour; un morceau de papier, une mouche

l'effraie au point qu'elle détermine chez elle une hallucination et qu'elle continue à la voir alors même qu'elle a disparu depuis quelque temps. Les terreurs nocturnes ne sont pas rares chez les enfants et elles peuvent même persister pendant fort longtemps sans qu'il y ait en cause un état mental particulier, mais ici la situation est bien différente; il s'agit d'une enfant chétive, triste, nerveuse, qui doit être considérée comme une véritable aliénée, malgré son très jeune âge, et c'est dans ses antécédents de famille qu'il faut chercher la cause de ces accidents. On pouvait tout d'abord penser à des troubles cérébraux d'origine tuberculeuse; mais rien ne vient confirmer cette première supposition. Si on examine ses antécédents, on constate que le père, mort maintenant était un ivrogne avéré et de plus avait présenté des accidents nerveux. L'enfant elle-même, chose curieuse, n'aime pas l'eau et se prive de boire si on lui donne autre chose que du vin pur et des liqueurs alcooliques; c'est là une véritable tare héréditaire dont l'action est encore favorisée par ce fait que la mère lui donne très volontiers les boissons qu'elle préfère, de telle sorte que cette enfant est doublement alcoolique, et par le fait de ses parents et par son propre fait. On a d'ailleurs relevé depuis longtemps cette circonstance que les sujets issus des alcooliques présentaient fréquemment des accidents nerveux variés et spécialement la propension à l'alcoolisme. Mais cette forme particulière de délire mérite d'être signalée autant en raison de sa bizarrerie que de sa précocité.—*Abeille médicale.*

Rubéole.—M. JUHEL-RENOY relate, à la Société médicale des hôpitaux, sept observations de rubéole, dont quatre dans la même famille. Il en tire les conclusions suivantes:

La rubéole est un exanthème contagieux certainement parasitaire,—comme le démontreront un jour les études bactériologiques,—dont la transmission s'opère avec une facilité aussi grande que celle de la rougeole; comme cette dernière, elle paraît affectionner l'enfance, mais n'épargne nullement l'âge adulte.

Son incubation semble être de quinze jours. Les caractères de l'éruption sont le polymorphisme avec prédominance du type morbilli-scarlatiniforme. Elle apparaît brusquement, presque sans prodromes, s'accompagne exceptionnellement de catarrhe des muqueuses, et dans la généralité des cas, trouble peu l'état général. Cette discordance est capitale pour le diagnostic de la rubéole d'avec les autres fièvres éruptives.

Les adénites multiples paraissent constantes et sont l'élément de diagnostic le plus important; elles peuvent précéder l'éruption de plus de huit jours. La desquamation est toujours légère, la marche rapide, la guérison, la règle.

Il convient d'isoler les malades et d'exiger, pour leur rentrée dans les écoles, les certificats usuels pour les maladies contagieuses.—*Paris médical.*

MATIÈRE MÉDICALE, THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

Traitement de la dysenterie par les lavements de bichlorure de mercure.—Le *Bulletin général de thérapeutique* a publié tout dernièrement un intéressant travail sur le traitement de la dysenterie par les lavements de bichlorure de mercure. M. LEMOINE, ayant eu l'occasion de soigner un certain nombre de dysentériques, n'avait obtenu que des résultats médiocres en se servant de l'ipéca. Le calomel avait donné des succès, mais certains malades avaient résisté à l'emploi des médicaments ordinairement employés dans le traitement de la dysenterie. M. Lemoine pensa qu'il était utile d'essayer la valeur de la liqueur de Van Swieten. Cette médication a été appliquée aux cas les plus aigus.

Les lavements étaient composés de la façon suivante : au début, la solution de sublimé était au cinq millième, et on donna par jour deux à trois lavements de 200 grammes chacun. Bientôt M. Lemoine prescrivit deux lavements de 200 grammes, un le matin et un le soir, avec une solution au trois millième (ces lavements étaient administrés chauds et n'étaient pas gardés plus de dix minutes).

Les résultats obtenus ont été excellents. Parfois il a fallu recourir aux badigeonnages de cocaïne, pour calmer les épreintes dues à l'introduction de la canule.

Il n'y a aucun signe d'intoxication mercurielle. Les urines examinées par le procédé de Merget n'ont pas permis de constater les plus petites traces de mercure.

Les lavements hydrargyriques produisent un lavage antiseptique de la muqueuse intestinale, détergent les ulcérations et sont propres par là même à empêcher la résorption des produits putrides répandus à sa surface.—*Praticien.*

Contre-indications de l'antipyrine.—L'antipyrine est contre-indiquée :

- 1o. Dans tous les cas de faiblesse du cœur ;
- 2o. Dans la diphtérie toutes les fois qu'on est en présence de preuves évidentes des lésions du myocarde ;
- 3o. Après des hémorrhagies profuses ;
- 4o. Dans la menstruation et la dysménorrhée ;
- 5o. Dans la broncho-pneumonie en général et dans la pneumonie fibrineuse compliquée d'œdème pulmonaire ;
- 6o. Dans les derniers stades de phtisie pulmonaire ;

70. Dans tous les cas de faiblesse extrême et d'émaciation, et dans les dernières périodes des fièvres chroniques.—*Praticien.*

Sur l'acétophénone, par S. KAMENSKI.—L'acétophénone, qui répond au nom chimique de méthyl-phényl-kétone, a été recommandé comme hypnotique, principalement en France. L'auteur a entrepris une série d'expériences de laboratoire dans le but d'étudier les effets physiologiques de ce corps.

Il arrive aux conclusions suivantes :

- 1o. L'acétophénone abaisse la sensibilité ;
- 2o. A forte dose et à dose modérée, il provoque du sommeil ;
- 3o. Il accélère les battements du cœur, probablement par excitation de l'appareil nerveux accélérateur ;
- 4o. Il excite l'activité du centre respiratoire ; seulement, à dose élevée, il paralyse ce centre et la respiration s'arrête complètement ;
- 5o. Il abaisse la pression du sang, en agissant sur les centres vaso-moteurs et sur le cœur, dont il paralyse l'action ;
- 6o. Des doses fortes et des doses moyennes abaissent l'irritabilité du cerveau. Des doses faibles produisent le même effet sur la moelle épinière.—*Bulletin de thérapeutique.*

Préparations d'hydrastis contre les métrorrhagies.— On peut prescrire ce médicament, dont l'action vasculaire est démontrée physiologiquement, sous la forme de pilules, de teinture, de sirop, d'élixir et de décoction.

1o *Pilules d'hydrastis.*—On les prépare, d'après M. CABANES, en réduisant par évaporation 20 gr. d'extrait fluide à 6 gr. d'extrait sec.

Elles se formulent ainsi :

Extrait sec d'hydrastis canadensis.....	3 gr.
Extrait de seigle ergoté.....	1 gr. 50
Fer réduit par l'hydrogène.....	1 gr. 50

Pour 60 pilules dont on administrera deux à cinq toutes les 24 heures.

2o *Teinture d'hydrastis.*—On la prescrit dans l'eau à raison de 20 à 40 gouttes par jour.

3o *Sirop d'hydrastis.*—M. Cabanes admet que l'on peut préparer un sirop contenant 100 parties d'extrait fluide pour 1000 parties du sucre.

Dose : Deux à trois cuillerées à soupe par jour.

4o *Elixir d'hydrastis.*—M. Dujardin-Beaumetz conseille le mélange suivant, destiné à masquer la saveur de la teinture d'hydrastis :

Teinture d'hydrastis.....	10 gr
Elixir de Gârus.....	100 —

Chaque cuillerée contient 1 gr d'hydrastis ; on peut donc en prescrire 1 à 2 gr. quotidiennement.

50 *Décoction d'Hydrastis*.—Cette préparation est peu employée. M. Cabanes la dose à raison de 60 gr. de racine d'hydrastis par litre d'eau.—*Mercredi médical*.

Le sulfonal dans la chorée.—John A. JEFFRIES rapporte 10 cas de chorée traités par le sulfonal. Sur les premiers 5 cas, on avait échoué dans 2 avec l'arsenic, dans 2 autres on ne l'a pas essayé. Tous ces 4 cas guérirent après 1 mois de traitement par le sulfonal. Dose : 0 gr. 36 à 0 gr. 90 par jour. Dans le cinquième cas, on fut obligé de donner simultanément du sulfonal et de l'arsenic (liqueur de Fowler), 3 gouttes trois fois par jour. Des 5 autres cas, 3 s'améliorent pendant un mois. 2 n'ont retiré aucun bénéfice. Il est nécessaire de joindre dans la plupart des cas l'arsenic au sulfonal, ce dernier n'agissant que sur les mouvements choréiques et n'exerçant aucune influence sur l'état général. Or, les sujets atteints de chorée sont, dans la grande majorité des cas, fortement anémiés et ont besoin d'une médication tonique : voilà pourquoi l'arsenic leur est si utile. En tout cas, l'auteur recommande vivement le sulfonal dans la chorée : aucun des médicaments usités dans cette maladie (l'arsenic excepté) n'est suivi d'amélioration si franchement accusée.—*Medical News*.

Un traitement de l'acné.—Il est classique de diviser le traitement de l'acné en traitement hygiénique, traitement externe et traitement interne. Avec M. FOURNIER, on peut condamner l'emploi des médicaments à l'intérieur, et on doit recommander l'emploi des topiques sur la peau et surveiller seulement le régime.

I. RÉGIME.—Proscrire l'abus des épices, l'alimentation exclusivement carnée et les excès de table.

II. TONIQUES.—Dans les formes bénignes, on se contentera de provoquer une légère excitation de la peau, par des lotions chaudes répétées deux fois par jour, des pulvérisations ou des douches chaudes sur la région malade.

Dans les formes moyennes, on remplacera les lotions par des frictions avec la poudre de savon pendant cinq à dix minutes, jusqu'à rubéfaction. Au besoin, M. Fournier leur substitue des lotions avec l'alcool camphré et soufré, ainsi formulées :

Eau.....	300 grammes.
Alcool camphré.....	40 —
Soufre.....	15 —

Pratiquer cette lotion le soir et ne pas essuyer avant le lendemain.

Ou bien faire quotidiennement une onction vespérale avec la vaseline soufrée :

Vaseline.....	30 grammes.
Soufre précipité.....	3 —
Essence de roses.....	9 —

Dans les formes rebelles, on aura recours aux substitutifs : badigeonnages à l'huile de cade, applications de goudron ou emplâtre

de Vigo ; mais ces médicaments présentent des inconvénients que l'on évite en prescrivant les onctions avec le savon noir.

Ces onctions seront pratiquées tous les soirs, pendant cinq jours au plus. On laisse le savon sur la peau jusqu'au matin, alors on lotionne à l'eau chaude. Il se produit une dermite substitutive que l'on combat par des émoullients. Puis, on répète cette médication pendant cinq ou six semaines en alternant les applications du topique avec l'usage de ces émoullients.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

L'hypnal.—M. BARDET a donné la combinaison de chloral et d'antipyrine obtenue à froid le nom d'hypnal. Ce corps serait très actif, à la fois sédatif et hypnotique. Il agit favorablement dès la dose de 1 gr. et provoque facilement le sommeil dans les cas de douleur ou de toux. L'hypnal est beaucoup moins irritant pour l'estomac que ses constituants et est facilement accepté par les enfants. Pour le préparer, M. Bardet conseille de dissoudre séparément, dans la plus petite quantité d'eau possible, parties égales de chloral et d'antipyrine, et de mélanger ; le précipité qui se forme peut être employé immédiatement après lavage. Il ne doit pas, dans la préparation du produit, y avoir un excès d'antipyrine.

L'hypnal n'est autre que le trichloracétyl-diméthylphényl-pyrazolone, en faisant réagir le chloral sur l'antipyrine. Contrairement aux opinions émises jusqu'ici, l'hypnal est un corps très actif, qui possède en même temps les propriétés sédatives et hypnotiques de ses composants. Il agit favorablement à dose de un gramme seulement, et, sur vingt-deux cas où il a été administré, on a pu noter que le sommeil était obtenu avec facilité.

L'hypnal est surtout utile dans les insomnies causées par la douleur ou la toux, car l'élément chloral et l'élément antipyrine, faisant disparaître le spasme et la douleur, suppriment en même temps la cause de l'insomnie.

L'hypnal n'a ni le goût violent ni la causticité du chloral, il n'a pas non plus les propriétés irritantes sur l'estomac de ses deux constituants.

Il est donc facilement accepté—c'est surtout chez les enfants que l'on peut retirer des avantages par suite de la facilité avec laquelle il est pris en raison de son peu de goût.—*Praticien.*

Salicylate de soude en lavement dans le rhumatisme aigu.

—M. le Dr STEIN rapporte l'histoire d'une femme atteinte depuis quelques semaines de rhumatisme articulaire grave, et dont la digestion était si affaiblie qu'il se décida à prescrire le salicylate de soude en lavements (200 grammes d'eau amidonnée avec 2 à 3 grammes de salicylate de soude), répétés trois fois par jour. Les résultats furent excellents : la malade conserva bien quinze lavements, et n'en rendit que trois, un après une demi-heure et deux après une heure.—*Scalpel.*

FORMULAIRE.

Chancroïde douloureux.—*Gross.*

P.—Hydrate de chloral.....	8 grains
Eau distillée.....	1 once

College and Clinical Record.

Mixture expectorante.—*Hôpital Bellevue.*

P.—Carbonate d'ammoniaque	32 grains
Extrait fluide de sénega.....	
Extrait fluide de scille.....	1 drachme
Teinture d'opium camphrée	6 "
Eau	4 "
Sirop de tolu.....	q. s. pour faire 4 onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé.—*Medical and Surgical Reporter.*

Prurit vulvaire.—*Athill.*1^o P.

Acide carbolique.....	15 grains
Teinture d'opium.....	4 drachmes
Acide hydrocyanique dilué.....	2 "
Glycérine.....	4 "
Eau distillée.....	4 onces

M.—*En lotions.*—*Gazette de gynécologie.*

2^o P.—*Taylor.*

Feuilles de belladone.....	
Feuilles de jusquiame.....	2 drachmes
Feuilles d'aconit	$\frac{1}{2}$ "
Acide acétique.....	1 once

M.—Faites macérer; filtrez et ajoutez parties égales de glycérine.

3^o P.—*Shoemaker.*

Onguent de nitrate de mercure.....	3 $\frac{1}{2}$ drachmes
Oxide rouge de mercure.....	20 grains
Axonge.....	4 drachmes

M.—

4^o P.—*Shoemaker.*

Acide carbolique.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Chloral	1 "
Glycérine.....	1 "
Eau camphrée	2 $\frac{1}{2}$ onces

M.—*Kansas Medical Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, JUILLET 1890

BULLETIN.

Le choléra.

Tous nos lecteurs savent, en ce moment, que le choléra sévit depuis quelque temps déjà en Espagne. Voici le compte rendu que donne, au sujet du début de l'épidémie, l'*Union médicale* de Paris, à la date du 21 juin :

“ Les premiers décès, survenus dans la province de Valence, remontent, paraît-il, au 13 mai dernier. Naturellement, on s'empessa de les dissimuler et, naturellement aussi, la maladie prit une rapide extension. Au commencement de juin, une petite ville, Rugat, fut très éprouvée et de nombreux cas se produisirent dans les localités environnantes. Il devint dès lors impossible de cacher l'existence du mal et, quoique le Conseil supérieur de santé d'Espagne ait déclaré qu'il était probable, mais non pas sûr, que l'on eût affaire au choléra asiatique, on se décida, sur l'avis du Conseil, du reste, à entourer de cordons de troupes les localités atteintes, à prendre des précautions dans les ports, etc.

“ En France, la défense de la frontière est énergiquement organisée. MM. Charrin et Netter ont été envoyés pour organiser des stations de désinfection à Cerbère et Hendaye, ville où se fait le raccordement des lignes françaises et espagnoles; des quarantaines très sévères seront subies dans nos ports par les navires ayant touché les côtes d'Espagne. Comme jusqu'à présent le choléra ne sévit que dans des points éloignés de la frontière, on n'a pas encore à surveiller les routes. Ces mesures ont déjà été suivies de succès dans les épidémies antérieures et réussiront sans doute encore à nous préserver. Du reste, d'après les dernières dépêches, l'épidémie semble décroître et on ne signale, à la date du 19 juin, que deux cas nouveaux apparus dans un village près de Rugat.”

Ajoutons à cela qu'une dépêche, en date du 17 juin, portait qu'à la date du 16, le nombre des cas s'élevait à 128 et celui des décès à 52.

Depuis lors, l'épidémie a paru décroître quelque peu en malignité, tout en se répandant plus au loin, comme en fait foi la note suivante publiée par la *Semaine médicale*, du 25 juin :

"Comme il y avait lieu de s'y attendre, le choléra a été constaté dans d'autres localités jusqu'ici indemnes; notre correspondant de Valence nous informe que l'on a observé quelques cas de choléra dans cette ville, et qu'un tiers environ des villages de cette province sont aujourd'hui contaminés. En outre, on signale des cas suspects dans la province de Murcie, limitrophe de celle de Valence. Les cordons sanitaires, reconnus inutiles, ont été supprimés.

"L'origine de cette épidémie reste encore obscure, et, jusqu'ici il n'a pas été possible de préciser son mode de développement."

A la date du 5 juillet, aucun cas de choléra n'avait été signalé sur le territoire français. En Espagne, la situation reste à peu près la même.

En somme : épidémie limitée, relativement bénigne, et dont nous comptons bien être préservés, si les mesures préventives nécessaires sont mises en vigueur à notre quarantaine et sur nos frontières. Quant à la *prophylaxie* individuelle, toujours nécessaire, nous sommes heureux de voir que le *Conseil Provincial d'Hygiène* en a fait le sujet d'instructions détaillées et de conseils pratiques qu'il a fait distribuer partout dans les familles, ce qui devra mettre chacun en demeure de se prémunir, ainsi que son entourage, contre les attaques du fléau.

A ce propos, nous nous permettrons d'attirer l'attention sur un fait dont l'importance nous semble méconnue. Dans ses *Conseils pratiques*, le Conseil d'hygiène dit : "Le choléra, c'est un fait reconnu, se propage surtout par la malpropreté et par la consommation d'une eau malsaine ou d'un lait impur." Ceci étant, nous nous demandons si nous n'avons pas un million de chances d'avoir la visite du choléra, à Montréal : 1o grâce à l'eau sale que l'on y boit tous les jours ; 2o grâce au lait falsifié, dilué, fermenté, etc., que plus d'un laitier ne se fait pas scrupule de distribuer sous la rubrique de *lait pur et non écrémé*. Si l'eau et le lait qui servent à la consommation journalière de la ville de Montréal étaient soumis à l'analyse (le lait l'a été quelquefois, croyons-nous, mais non pas l'eau), on ferait peut-être quelque découverte qui nous mettrait en demeure d'expliquer le grand nombre de cas de choléra infantile que nous avons à traiter tous les jours, et aussi la proportion réellement exagérée de cas de diarrhée grave observés chez les adultes depuis le commencement de juin.

Pour nous, nous avons l'intime conviction que si le choléra nous vient visiter, il trouvera dans l'eau dite potable, fournie à la ville de Montréal, un auxiliaire puissant si elle n'en est pas la véritable cause déterminante.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cyclopaedia of the Diseases of Children, Medical and Surgical.—The articles written especially for the work by American, British and Canadian authors.—Edited by John M. KEATING, M. D., vol. III, Illustrated. Philadelphia, J. B. Lippincott Company 1890.

Ce volume est le complément nécessaire des deux premiers tomes. Il est divisé en quatre parties consacrées à l'étude des maladies du système digestif, à celle des maladies des organes génito-urinaires, à la chirurgie infantile, et, finalement, aux affections osseuses et articulaires. Comme pour les autres volumes, il suffit de jeter un coup d'œil sur les noms des auteurs qui ont fourni leur collaboration, pour comprendre l'importance de l'ouvrage et la faveur avec laquelle il a été reçu par la profession. Ici encore les gravures, planches, etc., sont aussi nombreuses que variées, et d'une exécution parfaite.

L'article qui, certes, attire le plus l'attention dans la première partie, est celui de Holt sur la *diarrhée infantile*. C'est une étude judicieuse et approfondie d'un sujet tout plein d'actualité en ce moment, et qui s'impose par son extrême importance autant que par les difficultés que nous rencontrons dans la médication de ces sortes de cas. A l'exemple de plusieurs confrères, nous tenons à faire connaître quelques unes des conclusions de l'éminent professeur de la Polyclinique de New-York au sujet de la prophylaxie et du traitement des affections diarrhéiques chez les enfants : 1o. Envoyer le plus possible d'enfants à la campagne. 2o. Faire comprendre aux parents l'importance de la régularité dans l'alimentation, les dangers de la suralimentation et le genre de diète qui convient aux enfants qu'on veut sevrer. 3o. Adoption de mesures légales et règlements disciplinaires concernant le transport et la vente du lait. 4o. Exclusion ou destruction des germes dans tout article de nourriture, surtout dans le lait, et cela au moyen de la stérilisation du lait et des soins de propreté à donner aux biberons, etc. 5o. Traiter immédiatement tout désordre gastro-intestinal, surtout en été.

Holt fait remarquer avec beaucoup d'à-propos que dans le traitement des cas de diarrhée, la nature et le caractère des selles doivent nous occuper beaucoup plus que leur fréquence relative. Toute mesure thérapeutique doit être regardée comme bonne si elle produit de bons effets, quelles que soient les vues théoriques qui nous l'aient fait adopter. Quelque soit notre conviction au sujet de l'efficacité de tel ou tel remède, il ne faut pas insister sur

son emploi s'il n'est pas ou s'il est mal supporté par l'estomac; dans ces conditions, le remède est pis que le mal. Les médicaments sont d'importance très secondaire si on les compare aux mesures diététiques et hygiéniques.

Tyson traite de main de maître la question de l'*albuminurie chez les enfants*, et Jacobi, avec la compétence qu'on lui connaît, donne toute la mesure de son expérience en parlant de l'*incontinence nocturne d'urine*.

Dans la quatrième partie, nous signalons à l'attention du praticien les chapitres consacrés au *torticollis*, au *pied bot*, aux *déviation latérales et fonctionnelles de la colonne vertébrale* et aux *difformités osseuses*.

Somme toute, nous croyons que ce troisième tome de l'Encyclopédie est assez bien fait pour satisfaire pleinement ceux qui ont eu la chance de se le procurer, et faire regretter à ceux qui se sont abstenus, la perte de l'occasion qui leur était offerte de posséder un traité plus que complet de médecine infantile pratique.

Typographiquement, l'Encyclopédie est un chef-d'œuvre dont la maison Lippincott aura droit d'être fière.

H. E. D.

LEFORT.—*Mannel du doctorat en médecine. Aide-Mémoire d'anatomie et d'amphithéâtre*, dissection technique microscopique, arthrologie, myologie, angiologie, névrologie et découvertes anatomiques pour la préparation du deuxième examen, par le professeur Paul LEFORT, 1 vol. in-18, 284 pages, cart 3 f.

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

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

DÉJA PARU :

Aide-Mémoire d'histologie, d'anatomie et d'embryologie.

Aide-Mémoire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie.

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

KIRMISSON.—**Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur**, (os, articulations, muscles), par le Dr KIRMISSON, professeur agrégé de la faculté de médecine de Paris, 1 vol. in-8°, 550 pages, avec 40 figures dans le texte. Prix : 10 frs., chez G. Masson, 120 boulevard St Germain, Paris, 1890.

Ces leçons ont été professées en 1888-89 par M. le Dr Kirmisson, à l'Hotel-Dieu, alors qu'il remplaçait, comme agrégé, M. le prof. Richet, à la chaire de clinique chirurgicale.

DASTRE.—**Les anesthésiques.** Physiologie et applications chirurgicales, par M. A. DASTRE, professeur de physiologie à la Sorbonne. Un volume in-8°.—Prix : 5 francs.

Dans cet ouvrage, l'auteur avait à rappeler les origines de l'anesthésie, à exposer les faits et les théories relatifs à ses agents les plus ordinaires, le chloroforme et l'éther; à faire connaître les agents nouveaux qui sont venus s'ajouter à ces anesthésiques du début, à décrire enfin les méthodes d'administration plus parfaites préconisées par les chirurgiens ou les physiologistes; ce sont toutes ces études qu'il a réunies en les rattachant les unes aux autres, pour en former un corps de doctrine qui a sa place marquée dans la littérature médicale.

DESROSIERS.—**Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie**, par H. E. DESROSIERS, M. D., professeur de thérapeutique à l'Université Laval (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame. Un fort volume in-8° de 800 pages. Prix : cartonné toile, \$5.00; demi-reliure veau, \$6.00. On souscrit à la librairie J. M. Valois, (ancienne maison Z. Chapeleau et Labelle) 1576, rue Notre-Dame, Montréal.

MAXWELL.—**Terminologia Medica Polyglotta—ou Dictionnaire international de termes médicaux**, par le Dr Théodore MAXWELL. Octavo royal de 460 pages, 1890, publié simultanément à Paris, à Londres et chez P. Blakiston, Son & Co., 1012 Walnut Street, Philadelphia, Penn.

Cet ouvrage a pour but de faciliter aux médecins de diverses nations la lecture d'ouvrages médicaux d'autres pays. Le français a été choisi pour base fondamentale et les mots français ont été par conséquent, traduits en latin, anglais, allemand, italien, espagnol et russe, cependant l'auteur a dû, dans certains cas, intercaler dans la série alphabétique française, des mots latins dont il a donné la traduction anglaise et française—des mots anglais, traduction française—mots allemands, traduction anglaise et française—mots italiens, traduction anglaise-française—mots espagnols, traduction anglaise-française. L'ouvrage contient 25,000 mots. Le Dr Maxwell a été aidé dans ce travail par un certain nombre de collaborateurs de différentes parties du monde.

JAMAIN et TERRIER.—Manuel de pathologie et de clinique chirurgicales, par A. JAMAIN et F. TERRIER, troisième édition. Tome I^{er} (1^{er} fascicule), par MM. F. TERRIER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, A. BROCA et H. HARTMANN, prosecteurs à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. gr. in-18.—Prix: 4 francs.

Vingtième rapport des prisons, asiles et bureaux publics de la Province de Québec pour l'année 1889. (1) Nous accusons réception de ce document important qui contient le rapport des inspecteurs des prisons, asiles, etc., puis celui de l'inspecteur des écoles industrielles et de réforme.

Le premier traite des questions suivantes : remarques générales, travail des prisonniers, de la récidive, régime ou système des prisons, etc. La note principale c'est qu'il y a des réformes à faire partout ; nous le souhaitons de tout cœur.

Il nous semble important d'importer aussi des idées plus saines que celles auxquelles nous faisons allusion et que nous citons textuellement.

“ L'état sanitaire des prisons, des asiles, des écoles industrielles et de réforme, a été remarquablement bon pendant le cours de l'année. Il ne s'est déclaré aucune maladie contagieuse, et il n'y a été enregistré que très peu de décès, même très peu de maladies ordinaires. De fait les maladies ayant le caractère d'une gravité inquiétante sont tellement rares qu'on est parfois porté à ne plus avoir confiance dans toutes ces théories dont on remplit les livres et les revues au sujet de la ventilation des édifices, publics, de l'assainissement qu'il faut y entretenir, de l'humidité qu'il faut y bannir, de l'air pur qu'il faut y introduire, en un mot d'une multitude d'appâts, de soins et de prévoyances qu'il ne faut pas oublier, disent les auteurs de nombreux livres sur ce sujet, parce que leur absence peut causer des maladies de toutes sortes et peut mettre la vie des populations en danger.”

“ Un bon nombre de nos prisons sont dépourvues ou mal pourvues de beaucoup de choses que les théoriciens regardent comme d'absolue nécessité, et cependant la santé des internés n'en souffre nullement. Nos asiles sont remplis et peut-être trop remplis et la population se porte bien.”

Si nous comprenons bien, il y a plus d'une pointe malicieuse à l'adresse des réformes hygiéniques dans ce que nous venons de citer ; encore un peu plus et on avouerait que la ventilation est inutile, que l'assainissement est une chimère, que l'humidité est favorable à la santé et que l'air pur ne lui est pas nécessaire. La conclusion de cette partie du rapport nous porte même à croire

(1) Une erreur de mise en pages ayant plus ou moins transformé cet article dans notre livraison de juin, nous tenons à en rétablir le texte au complet.—Réd.

que c'est là l'opinion de messieurs les inspecteurs puisqu'on ne suggère aucune réforme sanitaire. Nous regrettons cette manière de voir les choses si diamétralement opposée aux notions reçues partout.

Le deuxième rapport qui concerne les écoles de réforme et d'industrie est un exposé bien sain de ce que nous pourrions appeler l'Hygiène morale.

LÉON-PETIT.—Les medecins de Molière, par le Dr LÉON-PÉTIT.

HINMAN-ABEL.—*Practical Sanitary and Economic Cooking adapted to persons of moderate and small means*, by Mrs Mary Hinman-Abel.—*The Lomb prize essay*. Published by the "American Health Association," P. O. Drawer 289, Rochester, N. Y., 1890 in-12, 182 pages.—Prix : relié 40 cts ; broché 35 cts. Ce petit volume d'un genre tout à fait nouveau et pratique a remporté le prix au concours—sur soixante-dix compétiteurs. C'est tout un petit traité de la physiologie, de la digestion, de l'hygiène de la table en même temps qu'un précieux petit breviaire à l'usage des gourmets. C'est une bien belle idée philanthropique qui a donné naissance à ce livre.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—*Les conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations*, par le Dr. Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Paris, 1890, G. Masson, éditeur, boulevard Saint-Germain.

REGNIER.—*L'intoxication chronique par la morphine et ses diverses formes*, par le Dr. L. R. REGNIER. Paris, 1890, aux Barreaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Sir William GULL a laissé, dit-on une fortune se montant à près de quatre cents mille louis sterling, et acquise (fait incroyable) par l'exercice de la médecine ! Mais sir William Gull ne gâtait sans doute jamais les prix, comme beaucoup ont le talent de le faire, et quand il avait demandé cent louis pour une opération, il n'en venait pas à se contenter de cinquante.

Une pétition signée par plus de cent medecins a été dernière-

ment présentée au conseil municipal de Boston, protestant contre l'état de malpropreté des rues et demandant qu'on y mette ordre avant que la saison chaude ne soit trop avancée. A voir l'état actuel des rues de Montréal, on croirait qu'une pétition a été présentée au conseil demandant l'ouverture de tous les égouts, le *renuement* de toutes les malpropretés, en vue de la prochaine arrivée du cholera épidémique.

Université McGill.—M. le Dr FENWICK s'est, pour raison de santé, démis de ses fonctions de professeur de chirurgie à la Faculté de médecine McGill. Son successeur sera M. le Dr RODICK.

Nécrologie.—En Algérie, M. le Dr. BERTHERAND, directeur du *Journal de médecine et de Pharmacie de l'Algérie*.—A New-York, M. le Dr. J. W. HOWE, professeur de clinique chirurgicale à l'hôpital Bellevue.—A Chicago, M. le Dr. W. H. BYFORD, professeur de gynécologie au *College of Physicians & Surgeons* de Chicago.

Léthalité différente des maladies infectieuses dans la clientèle et dans les hopitiaux de Paris.—Les éléments de cette statistique empruntés à la clientèle privée en 1879 et en 1880, et à la statistique nosocomiale de Paris, ont été communiqués par M. Lagneau à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle :

<i>Décès sur 100 malades.</i>	<i>Clientèle.</i>	<i>Hôpitaux.</i>
Fièvre typhoïde.....	12.24	19.50
Variole.....	12.85	17.31
Rougeole.....	5.72	23.56
Scarlatine.....	6.83	9.20
Coqueluche.....	6.32	23.53
Diphthérie.....	30.40	64.23

Association médicale du Canada.—La 23me réunion annuelle de l'Association médicale du Canada aura lieu à Toronto les 9, 10 et 11 septembre prochain.

Des mesures ont été prises pour que les compagnies de chemin de fer et de bateaux à vapeur émettent des billets à prix réduits, et les certificats requis seront fournis par le secrétaire, sur demande.

Les membres de l'Association qui désireraient faire des communications scientifiques sont priés d'en avvertir le secrétaire, le plus tôt possible et de donner le titre du sujet qu'ils ont l'intention de traiter.—JAMES BELL, M. D., Secrétaire.