

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE MEDICALE.

HÔPITAL NOTRE-DAME—M. C. M. FILIATRAULT.

### Méningite cérébrale.

Vous avez assisté hier à l'autopsie de la malade du no. 36, salle Ste. Marie. Cette femme âgée de 40 ans, de réputation plus que douteuse, adonnée à la boisson, laveuse à ses heures, a été admise à l'hôpital le 18 mai.

Courbature, inappétence, insomnie, constipation existant depuis plusieurs jours, céphalalgie, telles étaient les plaintes de la patiente. "Je suis sujette au mal de tête, ajoutait-elle." La langue était chargée, le pouls n'atteignait pas 90, la température néanmoins était élevée.

Le lendemain on remarque la mauvaise humeur de la malade, son esprit irritable, susceptible; elle est mécontente de tout le monde et d'elle-même; elle en fait d'ailleurs elle-même la remarque.

Le 23 apparaissent des vomissements qui se continuent jusqu'au 24. L'examen ophthalmoscopique révèle une névrite optique double. La malade agitée se tourne dans son lit, cherchant une position qui lui permette de reposer; elle plonge sa tête dans ses coussins ou sous les couvertures, son regard brillant et animé supporte difficilement la lumière. Il y a momentanément perte de mémoire, c'est le seul trouble intellectuel existant.

Le 25, elle tombe dans un état comateux tout-à-fait tranquille; on ne constate ni convulsion, ni contracture, mais du strabisme, et les yeux exécutent, de droite à gauche, des mouvements rapides et presque continuels. La respiration devient lente et stertoreuse; la malade meurt le 27 au soir.

*Autopsie.*—La dure mère est tout-à-fait normale dans son apparence et sa texture, moins les sinus veineux qui sont gorgés. L'arachnoïde et la pie-mère sont fortement congestionnées. La surface du cerveau est le siège d'une vive injection, les veines sont gonflées et turgescents sur les circonvolutions, mais surtout dans les anfractuosités; les plus petits vaisseaux sont parfaitement dessinés par l'hypérémie. Les ventricules du cerveau sont fortement distendus par de la sérosité (2 onces) où l'on ne trouve qu'une légère trace de pus et de dépôts fibrineux.

Les poumons sont gorgés de sang dans toute leur étendue, avec une diminution notable de l'intensité de la congestion à leur partie antérieure. Les cavités du cœur contiennent plus de sang que d'habitude. Le foie est aussi complètement congestionné ainsi que les reins, mais ceux-ci à un degré moindre; aucune lésion dans les intestins; rien de plus qui soit digne d'intérêt.

Voyons maintenant quelle est la valeur séméiologique de chacun des phénomènes que nous avons observés.

La méningite est : cérébrale, rachidienne ou cérébro-spinale. Ces dénominations sont basées sur le siège de la maladie : elle est aussi simple ou tuberculeuse, aiguë ou chronique, primitive ou secondaire ; je n'ai pas besoin d'insister sur ces différentes distinctions, le nom seul vous en indique l'origine et la valeur.

Les symptômes de cette maladie appartiennent à deux phases : 1<sup>o</sup> une phase d'excitation ; 2<sup>o</sup> une phase de dépression.

La phase d'excitation caractérisée par la fièvre, céphalalgie, vomissements, délire, convulsions et contracture, a été ici assez longue, mais ses symptômes bien peu prononcés. Le pouls, comme presque toujours d'ailleurs dans cette maladie, était loin d'être remarquable par sa dureté et sa fréquence : la température seule était élevée. Au lieu de la "céphalalgie opiniâtre des plus violentes" (Jaccoud), nous avions un mal de tête presque ordinaire : "comme j'y suis sujette souvent," disait la malade.

Les vomissements alimentaires ou bilieux, répétés et presque continus, apparaissant comme premiers symptômes de la maladie, sont ici remplacés par des vomissements peu considérables, qui ne durent que vingt-quatre heures et qui n'apparaissent que le cinquième jour après l'entrée de la malade à l'hôpital. Bien plus, cette personne était souffrante depuis plusieurs jours avant son arrivée, et elle nous a été envoyée avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Il n'y a pas eu de délire à proprement parler, de la perte de mémoire et voilà tout. Rien de comparable à ce délire bruyant, furieux quelquefois accompagné d'impulsions locomotrices, qui portent les malades à se rouler dans leur lit, à frapper les murs et les meubles, à se lever en battant l'air de leurs bras et en poussant des cris qui ressemblent à des hurlements, tel que je l'ai observé dernièrement chez un homme de 33 ans, dont la méningite avait pour cause les excès et les veilles prolongées. Chez ce patient la maladie avait éclaté brusquement, inopinément, sans aucun prodrome, entre quatre et cinq heures a.m., après un sommeil paisible de trois heures. Le céphalalgie atroce et le délire furieux avaient été les premiers symptômes de la maladie.

Ce délire a pour cause l'irritation des cellules nerveuses des couches corticales du cerveau qui, d'après Peter et Jaccoud, président à l'idéation sensitive et subjective. Jaccoud dit : "Le processus de l'idéation étant sous la dépendance de la couche corticale hémisphérique, il sera troublé toutes les fois que la méningite occupera la superficie des hémisphères cérébraux, peu importe d'ailleurs que ce soit à la base ou au sommet." Cette notion de pathogénie physiologique nous donne la raison de l'absence du délire chez notre malade qui s'est toujours plaint de douleurs siégeant à l'occiput, c.-à.-d. au cervelet ; ce n'est que dans la nuit du 24 au 25 que l'inflammation s'est propagée rapidement à toute la superficie des hémisphères cérébraux, et du même coup s'est produit l'épanchement séreux si considérable que nous avons trouvé dans les ventricules. Cette marche rapide et par bonds de la maladie, cette transition subite d'une inflammation partielle, subaiguë, à une inflammation générale avec production d'épanchement, nous disent aussi pourquoi il n'y a pas eu de convulsions, pourquoi il y a eu si peu

de symptômes d'action réflexe, pourquoi peu de vomissements, pourquoi presque pas de contractures, si ce n'est le trabisme et l'agitation du regard, pourquoi enfin le coma tranquille de notre malade, coma que je pourrais appeler paralytique. En effet, l'épanchement a été si rapide et si abondant, que la pression exercée sur le tissu nerveux en a aboli la fonction. Cette paralysie comateuse s'étendant aux nerfs qui président aux fonctions des organes internes du thorax et de l'abdomen, nous explique la présence de la quantité anormale de sang contenu dans les cavités du cœur ainsi que la congestion passive des poumons, congestion qui n'a rien de la congestion de la période d'hépatisation rouge de la pneumonie, ne présentant ni l'altération du parenchyme, ni l'augmentation de poids de densité et de volume que nous rencontrons dans cette dernière, telle que nous l'avons constatée, il y a quelques jours à peine, chez cette autre femme morte à la période d'hépatisation rouge de son poumon droit, et présentant tous ses désordres d'une manière si remarquable.

Nous avons ensuite remarqué que les parties antérieures du poumon étaient moins congestionnées. Notre malade a passé les trois derniers jours de sa vie dans le décubitus dorsal, or vous avez eu ici sous les yeux un phénomène analogue à celui de la congestion hypostatique des poumons, survenant dans le cours des maladies qui obligent le malade à garder le décubitus pendant un certain temps. Les mêmes remarques s'appliquent à la congestion du foie et des reins; il n'y avait la non plus rien des lésions que l'on trouve, lorsque ces organes ont été sous la dépendance d'un processus inflammatoire.

Quelques remarques à propos du diagnostic avant de parler du traitement. Elles me sont suggérées par l'observation de quelques-uns d'entre vous mettant le diagnostic en doute. Ce doute, d'ailleurs très légitime, naissait de l'absence des convulsions et du délire: je vous ai dit pourquoi ni l'un ni l'autre n'avait eu lieu: j'ajouterai, à ce propos, qu'il ne faut jamais, lorsqu'on fait un diagnostic, attacher trop d'importance à un symptôme. En pathologie interne il y a peu de symptômes pathognomoniques, caractérisant une maladie et existant toujours.

Un diagnostic est toujours un problème de mathématique; on vous présente les données (symptômes) et l'on vous demande l'inconnu (la maladie), et ces données varient avec chaque malade. C'est ce que Peter et Trousseau ne cessent de répéter sous une autre forme dans leurs cliniques.

Je vous dirai cependant que, chez les petits enfants, je ne me rappelle pas avoir observé la méningite (simple) sans vomissements et sans convulsions. J'en ai eu un bon nombre de cas en pratique privée, depuis le printemps, et toujours les vomissements ouvraient la scène, suivis d'ailleurs par les convulsions. Cette maladie, excessivement mortelle chez les adultes, l'est encore peut-être plus chez les enfants.

Le traitement chez notre malade a été peu actif. Les symptômes subaigus de la maladie, les antécédents du sujet rendant la syphilis probable, je prescrivis l'iodure et le bromure de potassium à haute dose, précédés d'un purgatif énergique.

Le collapsus survenu subitement a rendu inutile toute autre médication. Après coup il est facile de dire que ce traitement aurait dû être, tel que les auteurs le conseillent, énergique dès le début.

Voici ce traitement des auteurs: Saignées générales répétées; les

contre-indications sont si nombreuses, que vous aurez rarement l'occasion d'employer ces saignées, en revanche, je vous dirai que les émissions sanguines locales ne sont presque jamais contre-indiquées. Le vésicatoire sur la nuque est généralement employé, sa valeur est cependant mise en doute par un grand nombre. On fait tenir de la glace en permanence sur la tête. A l'intérieur, vider les intestins par un purgatif drastique (huile de croton).

Je compte un cas de guérison chez une jeune femme, à qui le calomel a été donné jusqu'à la saturation. J'en compte un aussi cet homme de 33 ans dont je vous ai parlé plus haut en faveur du chloral et du bromure de potassium à haute dose. Le traitement étant toujours le même pour ce qui est du reste.

---

## CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

---

HOPITAL NOTRE-DAME—M. FOUCHER.

---

### De la cataracte ; (1)

---

#### CATARACTE TRAUMATIQUE.

Après avoir esquissé à grands traits, dans une précédente leçon, les principaux caractères des cataractes dures et molles, complètes et incomplètes, il me reste à parler de quelques-unes des variétés les plus importantes de cette affection. Au nombre de celles-ci apparaît en premier lieu la cataracte traumatique. Les cataractes ordinaires, qu'elles soient séniles ou le résultat d'une affection telle que l'albinurie ou le diabète, n'exigent guère d'intervention immédiate nécessaire ; du moins, l'expectation peut n'avoir pour conséquence que de retarder l'application du traitement sans en compromettre les résultats ultérieurs. Il n'en est pas toujours ainsi dans la cataracte traumatique.

Une intervention chirurgicale immédiate est quelquefois de rigueur, d'autres fois, ce serait compromettre gravement l'état du malade que d'avoir recours à un tel moyen. Tandis que dans les cataractes ordinaires, le traitement médical est nul, dans la cataracte traumatique, au contraire, ce traitement est celui qui trouve le plus souvent son indication. Les traumatismes du cristallin, en effet, se limitent rarement à cet organe, ils intéressent presque toujours d'autres parties essentielles de l'œil, notamment la cornée, l'iris ou le corps ciliaire, ils se compliquent d'inflammation et requièrent un traitement approprié. Pour ces diverses raisons, la cataracte traumatique a une physionomie toute particulière qui la caractérise nettement et qui justifie le cadre spécial que je lui assigne dans le cours de cette leçon.

La cataracte traumatique, comme son nom l'indique, est le résultat d'un traumatisme qui a porté le trouble dans la nutrition du cristallin. On peut donc l'observer à tout âge, chez toute sorte de sujets, mais

(1) Suite et fin—Voir la livraison de mai.

particulièrement chez ceux qui sont le plus exposés aux accidents. Les ouvriers qui travaillent les métaux sont ceux qui nous fournissent le nombre le plus élevé de cas de cette affection.

Tantôt c'est un corps étranger qui, après avoir traversé les autres membranes de l'œil, vient blesser le cristallin directement, tantôt c'est un coup qui agit sur le globe oculaire, ou au voisinage de l'orbite sans pénétration dans l'œil. Dans un cas, c'est un corps étranger qui, après avoir perforé la cornée, va ouvrir la capsule et livrer le cristallin à l'humeur aqueuse; dans un autre, sans déchirure de la capsule, par le seul ébranlement moléculaire produit par un coup violent, le cristallin se trouble et s'opacifie.

Ce dernier fait est contesté par quelques auteurs, mais les observations de Gosselin, Denonvilliers, Desmarres, etc., suffisent pour démontrer que s'il est rare de rencontrer des cataractes traumatiques sans ouverture de la capsule, le fait n'en existe pas moins.

Dans les cas qui ont été cités, on a remarqué que la cataracte produite sans lésion de la capsule débute par la périphérie et que son évolution est très-lente. Ainsi donc, à la suite de coups portés sur l'œil et en l'absence de toute lésion oculaire appréciable, immédiatement, il faut se garder de conclure trop tôt en augurant en bien du pronostic. Cette précaution est d'une importance réelle au point de vue médico-légal. Un coup porté sur l'œil ou aux environs peut occasionner tardivement une cataracte, par conséquent, causer un préjudice sérieux à l'offensé.

Ces résultats fâcheux se produisent heureusement d'une façon exceptionnelle, sans quoi le pays classique du coup de poing, l'Angleterre, ainsi que les Etats-Unis et le Canada seraient peuplés de cataractés. Dans la plupart des cataractes traumatiques, je le répète, la capsule cristalliniennne a été lésée. L'agent traumatique est quelquefois une épingle, l'ouverture à la capsule est alors très-petite; d'autres fois, cette solution de continuité est produite par un corps vulnérant, plus large; la plaie faite à la capsule est alors plus étendue. La grandeur de l'ouverture capsulaire influe beaucoup sur le mode d'évolution de la cataracte. En général, plus la capsule est lacérée, plus la cataracte est complète et compliquée. Une simple piqûre du cristallin peut n'avoir d'autre conséquence qu'une légère opacité qui n'entrave en rien les fonctions de la vue.

Une large ouverture, au contraire, est presque toujours suivie d'une cataracte complète dont le pronostic est sérieux. On trouve l'explication de ce fait clinique dans la physiologie de l'épithélium cristalloïde et dans la physiologie pathologique de la cataracte traumatique. L'épithélium de la cristalloïde fournit la nutrition au cristallin; par conséquent, plus l'épithélium est altéré, plus la nutrition du cristallin en souffre. La cataracte traumatique est due en outre à ce que l'humeur aqueuse vient en contact avec les fibres cristalliniennes; par conséquent, plus l'ouverture faite à la capsule est grande, plus il pénètre d'humeur aqueuse dans le cristallin, plus la désagrégation est considérable.

Il y a donc, au point de vue du pronostic, deux variétés de cataractes traumatiques, celles qui sont partielles et qui coïncident avec une plaie capsulaire étroite, celles qui sont plus ou moins complètes et qui résultent d'une ouverture capsulaire large. Dans le premier cas, le

cristallin est atteint dans ses couches les plus superficielles, les fibres de la plaie peuvent s'agglutiner immédiatement après l'accident et il en résultera peu de chose. Dans le second cas, si l'ouverture est grande, la cristalloïde se rétracte et le cristallin, grâce à son élasticité naturelle, proémine dans la chambre antérieure, l'humeur aqueuse le pénètre, le gonfle, le trouble et le ramollit.

Une simple piqûre du cristallin peut ne laisser à l'endroit blessé qu'une légère opacité blanc bleuâtre qui, après être demeurée stationnaire, diminue et disparaît complètement. Une large plaie capsulaire est suivie d'une opacification étendue, elle peut avoir pour résultat l'augmentation de la tension intra-oculaire et une réaction inflammatoire plus ou moins intense. Dans ce cas, l'humeur aqueuse pénètre librement les masses corticales du cristallin; celui-ci, hypertrophié, étranglé, à l'étroit dans sa capsule, se précipite dans la chambre antérieure à travers la plaie béante qui lui est faite. Il se dépose alors des grumeaux, couleur d'amidon cuit, dans la chambre antérieure, et si la résorption ne vient débarrasser l'œil de ces hôtes incommodes, il en résulte des tiraillements dans la région ciliaire, de la compression des procès ciliaires, organes importants de la nutrition de l'œil, et de là, des phénomènes d'iritis ou d'irido-choroïdite. L'œil devient alors glaucomateux. Cette réaction inflammatoire peut varier beaucoup, elle peut être nulle, elle peut aussi nécessiter l'énucléation de l'œil. Ce dernier fait se rencontre surtout lorsqu'il est entré un corps étranger profondément dans l'œil. Lorsque le corps étranger est dans la chambre antérieure, sa présence peut être voilée par les masses corticales qui la recouvrent, mais la plupart du temps il se reconnaît à une teinte de rouille brunâtre.

Dans la cataracte traumatique, il n'y a pas que le cristallin qui soit atteint d'opacité, la capsule participe aussi à la lésion et contribue à rendre l'affection plus grave. Il se fait au niveau de la blessure un épaississement, une opacité bien souvent compliquée d'adhérence de l'iris.

Étant donnée une cataracte traumatique, quelle en est la marche et la terminaison? Ici, il faut encore tenir compte de l'étendue de la blessure faite à la capsule. Si l'humeur aqueuse est cause de l'opacité cristallinienne, il faut dire que c'est elle aussi qui répare le mieux les dégâts qu'elle a causés dans le cristallin.

L'imbibition du cristallin peut se faire très rapidement dans l'espace d'un quart d'heure, d'une demi-heure, mais le plus souvent dans l'espace de quatre à cinq heures. Le cristallin, après s'être cataracté de la sorte, doit se décataracter par résorption. Si la chambre antérieure est remplie de masses corticales, il y a résorption extra-capsulaire; elle se fait rapidement. Si le cristallin est opacifié sur place, la résorption se fait plus lentement.

Le libre accès de l'humeur aqueuse auprès de fibres opacifiées facilite la guérison; les cataractes, avec masses corticales dans la chambre antérieure, se résorberont donc plus vite. Il peut même arriver que les grumeaux qui se jettent dans la chambre antérieure soient résorbés à mesure qu'ils sortent de la capsule. Ici, le remède se trouve à côté du mal.

Dans le traitement on ne doit avoir d'autre chose en vue que d'imiter la nature; ainsi, le cristallin pour redevenir transparent cherche à

réorber; eh bien, il faut favoriser, aider ce travail. Le résultat doit varier selon que la capsule est largement ouverte ou non, c'est-à-dire, selon que l'humeur aqueuse pénètre facilement ou non les masses corticales opacifiées; il y a encore un autre facteur à la terminaison de la cataracte traumatique, c'est l'âge du sujet.

Chez les personnes qui ont atteint l'âge de 25 ans et au-dessus, le cristallin possède un noyau plus ou moins dur qui se laisse pénétrer difficilement. Chez les jeunes sujets, par conséquent, la résorption se fait bien plus facilement. De là, deux manières d'agir selon que la cataracte traumatique affecte un sujet jeune ou âgé.

Dans le premier cas, il faut attendre patiemment, se contenter d'assister à la résorption, quitte à déprimer le tumulte s'il apparaissait, c'est-à-dire les phénomènes inflammatoires déterminés par le gonflement du cristallin. Le traitement de la cataracte traumatique des jeunes sujets est donc médical avant tout; contre l'iritis, etc., les antiphlogistiques locaux, sangsues, atropine, etc. Chez les personnes qui ont dépassé 25 à 30 ans il faut attendre, s'il n'y a pas de phénomènes inflammatoires déclarés, et se contenter de l'usage de l'atropine et du bandeau contentif. Il est inutile d'ajouter que si on reconnaît la présence de corps étrangers, il faut les enlever. Dans ce cas, les phénomènes inflammatoires seront aussi le signal d'un traitement chirurgical de la cataracte elle-même, il faudra procéder sans retard à l'extraction. On doit y recourir surtout si le cristallin gonflé détermine une inflammation violente et des accidents glaucomateux. Il ne doit pas y avoir d'hésitation; dans ce cas, le cristallin étant devenu un corps étranger, son ablation est le meilleur des antiphlogistiques. Si l'opacité est étendue et compliquée de synéchie postérieure, on peut pratiquer une iridectomie à l'endroit de l'iris où le cristallin est resté transparent. Si la cataracte est complète, on fait la dissection ou l'extraction; la première doit être réservée aux jeunes sujets, l'autre aux personnes âgées. Il faut bien se persuader cependant que beaucoup de cataractes traumatiques guérissent sans aucune intervention de la part du médecin. Cette guérison est toujours relative, elle peut être complète, mais le plus souvent elle est partielle. La capsule reste opaque en certains points et se transforme en cataracte siliqueuse.

Le pronostic en pareil cas doit donc toujours être réservé, et c'est ce que le professeur Trélat laissait à entendre dans une remarquable leçon sur ce sujet à la Pitié: "Défiez-vous des cataractes traumatiques, disait-il, elles comportent le traumatisme avec toutes ses variétés, toutes ses conséquences, contusions et déchirures profondes, plaies de la cornée, de la sclérotique, de la cristalloïde, iritis, iridochoroïdite, opacités du corps vitré, corps étrangers plus ou moins volumineux, décollements rétinien, voilà ce qu'il faut toujours prévoir et craindre." Il faut avoir en vue ces accidents lorsqu'on opère d'iridectomie ou même dans les simples paracentèses de la cornée. Rappelez-vous qu'une piqûre de la cristalloïde, soit par maladresse, soit par un mouvement du malade, ou simplement par le rapprochement rapide du cristallin vers le couteau lorsque l'humeur aqueuse s'écoule, peut produire toute la série d'accidents que je viens d'énumérer.

En terminant cette leçon, permettez-moi de vous présenter un



malade atteint de cataracte traumatique. Ce cas offre tout ce que la cataracte traumatique peut présenter de plus typique; en voici l'observation :

OBSERVATION VII.—*Plaie pénétrante de l'œil—Cataracte traumatique.*—Désiré P\*\*\*, âgé de 29 ans, vient à l'Hôpital Notre-Dame le 9 décembre, 1882. Cet homme n'a jamais eu d'affection oculaire antérieure. Le 1er décembre il reçoit dans l'œil gauche un morceau d'acier. Lorsque le malade se présente à la clinique, les deux paupières de cet œil sont rouges, ainsi que la conjonctive. Au niveau de la partie centrale de la cornée, on voit une tache blanche et une solution de continuité de forme verticale d'à-peu-près trois millimètres d'étendue. Le patient n'a eu antérieurement aucune taie de cette membrane. L'iris est dilaté par l'atropine, (le malade a déjà subi un traitement), la pupille est déformée à l'angle inférieur de la plaie cornéenne, synéchie irienne. La chambre antérieure contient des masses corticales du cristallin. Ces débris cristalliniens s'étendent du cristallin à la perforation cornéenne sous forme de triangle dont la base est au cristallin et le sommet à la cornée. La tension de l'œil est un peu diminuée, le malade n'accuse aucune douleur périorbitaire, il distingue difficilement les doigts par la partie supérieure du cristallin. *Traitement*: Instillation fréquente d'atropine et bandage compressif.

Dans ce cas, l'absence de réaction inflammatoire, l'hypotonie de l'œil, les conditions favorables pour l'absorption des masses cristalliniennes m'engagent à ne rien faire autre chose pour le moment que le traitement déjà prescrit. Le malade reviendra souvent à la clinique et ceux d'entre vous qui le désireront auront l'opportunité d'assister à la résorption des masses cristalliniennes et de suivre les autres transformations qui pourront survenir.

## Action physiologique et usages des acides minéraux ;

Leçon professée à l'Université Laval, Montréal,

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

Professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Localement, les acides minéraux dilués jouissent de propriétés astringentes à l'instar des sels à réaction acide. Ils produisent la rétraction des éléments histologiques, l'effacement des capillaires, la pâleur anémique des tissus et la contraction des fibres musculaires lisses. Ils abaissent ainsi quelque peu la température et calment les phénomènes d'hématose. Concentrés ils deviennent caustiques très-énergiques, et nous leur consacrerons, comme tels, un chapitre spécial.

Les acides minéraux administrés à doses médicinales se combinent avec les bases contenues dans l'estomac et forment des sels. L'acide chlorhydrique, l'acide nitrique, et même, quoiqu'à un moindre degré, l'acide phosphorique, facilitent la digestion en servant d'auxiliaires à la pepsine et en contribuant à la formation des peptones (Bartholow). L'acide lactique, bien que n'appartenant pas à ce groupe, a aussi à un haut degré de ces propriétés. Nous l'étudierons plus tard. L'acide sulfurique, d'après Ringer, précipitant l'albumine de ses solutions dérange plutôt la digestion qu'il ne la favorise. Au reste, il est vrai de dire que l'usage trop longtemps continué des acides minéraux met obstacle aux processus digestifs, de sorte que ces médicaments produiraient alors le même désordre qu'ils sont appelés à combattre.

Il est bien constaté aujourd'hui, par l'expérience, que les acides minéraux dilués introduits dans l'estomac diminuent la sécrétion des glandes de cet organe: que les alcalis, au contraire, favorisent la sécré-

tion des sucs gastriques. Les acides diminuent donc les sécrétions acides et stimulent les sécrétions alcalines, tandis que les alcalis font précisément le contraire, c'est-à-dire, excitent les sécrétions acides et diminuent les sécrétions alcalines. Expérimentalement, nous avons une preuve de ce fait en mettant un acide quelconque en contact avec l'orifice d'une glande dont la sécrétion est alcaline. Immédiatement cette glande sécrète avec plus d'activité. Il en est de même pour les glandes à sécrétion acide qui sécrètent davantage en présence d'une substance alcaline. C'est de cette donnée expérimentale que l'on est parti pour affirmer que la salive, dont la réaction est alcaline, n'a dans l'acte digestif d'autre rôle que celui de stimuler la sécrétion du suc gastrique.

Nous venons de dire que les acides phosphorique, nitrique et chlorhydrique favorisent la digestion et sont les auxiliaires de la pepsine. Comment cela se peut-il faire, demandera-t-on, puisqu'ils ont pour action de diminuer l'activité sécrétoire des glandes gastriques? La contradiction n'est qu'apparente. Donnez un acide à un sujet dont les glandes gastriques fonctionnent normalement et dont le suc gastrique est suffisamment acide, et vous empêcherez cette sécrétion normale d'un suc acide, ainsi que nous venons de dire. Administrez-en, au contraire, à un dyspeptique dont le suc gastrique manque d'acidité et vous faciliterez par là même l'action de ce suc. La pepsine a besoin, pour agir, d'être aidée de la présence d'un acide; nous lui fournissons artificiellement cet acide quand il n'est pas sécrété en quantité suffisante.

Le fait que les acides diminuent au lieu de favoriser la formation du suc gastrique ne doit jamais être perdu de vue, et devient d'une grande importance quand il s'agit de déterminer le temps de la journée où il sera convenable de les administrer. Si nous voulons les donner dans le but de faciliter l'action de la pepsine ou à titre d'eupeptiques, il faudra les administrer immédiatement après et non pas avant les repas, car dans ce dernier cas ils viendraient en contact trop immédiat avec les glandes de l'estomac, en diminueraient la sécrétion et agiraient comme antacides. Il suit de là qu'ils doivent être donnés peu de temps avant les repas dans les cas de pyrosis, dyspepsie acide, atrophie gastrique, etc.

Nous avons vu qu'une partie des acides ingérés dans l'estomac se combine avec les bases contenues dans cet organe et se transforme en sels. L'autre partie, restée à l'état libre, est absorbée et circule dans le sang dont elle diminue l'alcalinité, diminuant par suite la combustion des matières hydrocarbonées. (Bouchardat, Bartholow.) Ces acides augmenteraient donc ainsi la plasticité du sang et agiraient comme toniques reconstituants suivant la théorie de Mitscherlich. Cependant, il ne manque pas d'observateurs qui ont peine à s'expliquer l'action ultime des acides minéraux sur la composition du sang, et qui, tout en admettant les effets toniques produits par les médicaments de ce groupe ne voient qu'un résultat des propriétés eupeptiques et digestives des acides. Les effets toniques ne seraient donc, suivant eux, qu'indirects et consécutifs aux effets locaux sur les premières voies.

(A suivre.)

## Du traitement de la diphthérie par le chlorate de potasse et le benzoate de soude ;

par J. LIPPÉ, M.D., St. Ambroise de Kildare, Qué.

La fréquence assez grande de la diphthérie parmi nous et les ravages qu'elle exerce m'engagent à communiquer à la profession les résultats que j'ai obtenus dans le traitement de cette affection, d'abord avec le chlorate de potasse seul, et subséquemment avec le même médicament associé au benzoate de soude.

Je dois dire en commençant que je partage pleinement l'opinion de ceux qui croient que la diphthérie est une maladie générale consistant en un empoisonnement du sang par des germes ou microbes d'une nature spéciale, ces germes ayant la plus grande tendance à se développer et à se reproduire dans un milieu convenable tel que le liquide sanguin.

Dans le traitement que j'ai suivi, je n'ai pas eu d'autre but que de détruire ces micro-organismes et d'en neutraliser les effets, et, soit que le hasard soit venu à mon aide, soit que la maladie ait été à caractère léger, je n'ai eu qu'à me louer de ma manière d'agir et le succès a semblé couronner constamment mes efforts. Je sou mets ici ma méthode à mes confrères, et si quelques-uns d'entre-eux obtiennent quelque succès en l'employant, l'UNION MÉDICALE pourra revendiquer sa bonne part de celui-ci, car c'est dans les pages de ce journal que j'ai puisé l'idée d'un traitement qui, pour n'être pas nouveau, n'a peut-être pas encore été employé de la manière que je vais dire.

Avant 1880 j'avais rencontré quelques cas isolés de diphthérie chez lesquels j'avais obtenu des avantages en administrant d'abord l'ipécaouanha à doses fractionnées jusqu'à production de vomissements, puis le chlorate de potasse, à prendre d'heure en heure ; en même temps je faisais pratiquer des frictions sur le cou avec un liniment de thérebenthine, ammoniacque et teinture de capsicum. Mais je dois dire qu'alors la diphthérie n'existait pas à l'état épidémique, ce qui fait que la guérison pouvait être attribuée au peu de gravité de la maladie dont la durée variait de huit à quinze jours.

En 1880 éclata dans notre localité une véritable épidémie de diphthérie. Cette épidémie dura une bonne partie de l'hiver puis se ralentit dans le cours de l'été pour reprendre avec une nouvelle vigueur à l'automne. J'eus alors sous mes soins trente-huit malades dont l'âge variait de quelques mois à vingt-deux ans. Sur ce nombre j'en perdis deux, dont un garçon de douze ans qui ne voulut prendre de médicaments que très rarement, et un enfant de trois ans que je soupçonnai fortement être dans le même cas, bien que les parents m'aient affirmé que le remède avait été administré suivant mon ordonnance. La durée moyenne de la maladie a été de cinq à dix jours. La seule exception fut une petite fille de huit ans qui fut malade plus de quinze jours et chez laquelle se déclara, pendant la période de convalescence, une paralysie généralisée se manifestant surtout aux membres inférieurs, paralysie qui disparut bientôt sous l'effet de quelques frictions stimulantes. Quelques autres malades eurent aussi à souffrir de paralysies partielles. La plupart des patients auxquels les secours de l'art

ne furent pas prodigués moururent dans l'espace de quelques jours. Dans une famille, entre autres, deux sœurs âgées respectivement de treize et de dix-sept ans avaient succombé à une journée d'intervalle l'une de l'autre, quand je fus appelé à donner mes soins à quatre autres enfants qui venaient de tomber malades : trois filles âgées de neuf, onze et dix-neuf ans, et un garçon de quinze ans. Je trouvai la fille de onze ans mourante, et incapable de prendre quoi que ce fut ; quelques heures après, elle rendait le dernier soupir. J'administrai des médicaments aux trois autres, et tous trois guérirent. Dans une autre famille, il y avait six malades à la fois : un d'eux ne voulut prendre aucun médicament ; il mourut ; les autres en prirent et furent guéris.

En somme, sur trente-huit cas que j'ai pu observer et traiter, je n'en ai à proprement dire perdu qu'un seul qui est l'enfant de trois ans dont j'ai parlé tout-à-l'heure, et à qui, j'ai tout lieu de le croire, les remèdes ne furent pas administrés de la manière que j'avais prescrit. Quant au jeune garçon de onze ans, on se rappelle que chez lui, la médication avait été presque nulle.

Le traitement que j'ai employé se résume à ce qui suit : Aussitôt que le diagnostic de *diphthérite* est posé, je m'empresse d'opposer au virus ce que je considère en être le contre-poison, et d'en saturer, pour ainsi dire, l'économie. Dans ce but, j'administre, durant la première journée, le chlorate de potasse et le benzoate de soude à dose de une à deux drachmes chacun chez les adultes, et de dix à vingt grains chez les enfants, mais je divise cette dose journalière en vingt-quatre parties dont le malade prend une toutes les heures. Le lendemain, s'il n'y a pas de changement appréciable dans la condition du patient, je continue la même médication. Le troisième jour, on peut généralement diminuer la dose de moitié et ne l'administrer que toutes les deux ou trois heures. Le quatrième jour, on diminue encore la dose du médicament. Il va sans dire que si, après les premiers jours la maladie semblait vouloir reprendre le dessus, il faudrait revenir aux doses primitives.

En même temps que cette préparation est administrée à l'intérieur, je fais faire des frictions répétées extérieurement au moyen du liniment dont j'ai déjà donné la composition. Dans trois ou quatre cas, le chlorate de potasse et le benzoate de soude ont déterminé des étourdissements, des vomissements même, mais sans autres effets fâcheux. Quand les malades sont affaiblis et débilités je prescris les vins, le quinquina (en infusion), une diète nutritive et substantielle, au goût des patients ; je leur conseille également de ne pas rester enfermés au logis, mais bien de se tenir à l'air pur du dehors autant que possible. Sous l'influence du chlorate et du benzoate alcalins on voit bientôt les plaques diphthéritiques s'effacer peu-à-peu, puis disparaître tout-à-fait, en même temps que l'appétit renaît et que l'état général s'améliore.

Tel est la thérapeutique qui m'a donné de si bons résultats dans le traitement de cette redoutable maladie ; jamais je n'ai eu recours aux cautérisations ou autres applications topiques sur les fausses membranes. Aujourd'hui j'ai une telle confiance en cette médication par le chlorate de potasse et le benzoate de soude que je n'hésiterais pas à promettre une guérison certaine à qui l'emploierait, pourvu que le malade eût encore vingt-quatre heures de vie à dater du moment où le traitement serait institué.

MILDARE, 28 JUIN, 1883.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

**De la Pérityphlite primitive.**—Leçon clinique professée par M. Bucquoy à l'hôpital Cochin.—Il y a quelques mois, un événement retentissant attirait l'attention du public français sur une maladie encore assez mal connue des médecins, dans quelques-unes de ses formes tout au moins: je veux dire la pérityphlite. C'est qu'en réalité, à côté de la pérityphlite classique, pérityphlite consécutive à des traumatismes, survenant à la suite d'inflammations cœcales ou péricœcales, se présentant encore quelquefois dans le cours d'états infectieux ou diathésiques (fièvre typhoïde, tuberculose), il existe une pérityphlite primitive, spontanée, presque toujours bénigne et apparaissant dans des conditions déterminées. C'est l'histoire de cette pérityphlite primitive, dont nous avons eu l'occasion d'observer trois cas dans le service depuis le commencement de l'année, que j'ai l'intention de vous exposer aujourd'hui.

Ouvrez vos classiques et vous les trouverez muets sur cette variété de pérityphlite que j'appellerai primitive. Au contraire, la pérityphlite secondaire a été étudiée avec ses symptômes et ses conséquences dans nombre de mémoires et de monographies intéressantes.

C'est uniquement à l'aide des trois cas observés dans le service, et avec mes souvenirs personnels, que je veux vous tracer l'histoire de la pérityphlite primitive.

L'histoire d'un malade qui a été couché au n° 17 de la salle Saint-Philippe et celle d'une femme que vous pourrez encore voir au n° 11 de la salle Saint-Jean, vous montrera aussi bien que n'importe quelle description dogmatique ce qu'est la pérityphlite primitive.

Le premier malade est un nommé Doudon, ouvrier en papiers peints, âgé de 26 ans. Dans ses antécédents pathologiques, nous ne relevons qu'une fluxion de poitrine il y a dix ans. Depuis, toujours très-bonne santé.

Sans aucune cause appréciable (fatigue, marche forcée, excès de boisson ou autre), la maladie a débuté brusquement la nuit du 3 janvier par ce que D... appelle une indigestion. Le malade a été pris de nausées, de vomissements, puis de frissons. Le lendemain est apparue la douleur du ventre; cette douleur a été vive dès le début et localisée dans la fosse iliaque droite. Pendant deux jours le malade a eu de la constipation. Il ne peut dire si dès lors son ventre était enflé.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le malade est en proie à une vive souffrance. Sa face est pâle, ses yeux sont cernés. Il a le facies abdominal. Etat saburral très-marqué, langue un peu noirâtre. Fièvre assez vive, 39.5 au moment de l'entrée. Pouls fréquent. Le ventre est ballonné, très-douloureux à la pression. Le malade se plaint de coliques spontanées.

Dans la fosse iliaque droite, il existe une rénitence; un empâtement très-douloureux. Cet empâtement a pour siège une tumeur qui par

situation et sa forme rappelle le cœcum. La tumeur est mate, non fluctuante, douloureuse à la périphérie.

*Traitement* : Sangsues. Lavement purgatif.

15. La douleur dans la région iliaque droite a presque complètement disparu. On sent encore à la palpation la tumeur formée par le cœcum, qui contrairement à ce qui avait lieu au moment de l'entrée à l'hôpital se meut librement dans le tissu cellulaire qui l'entoure.

16. Une selle abondante.

19. Les selles sont régulières; mais le malade se plaint de ressentir encore quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. La tumeur est appréciable à la palpation. Application d'un vésicatoire.

2 février. Le malade, guéri, part pour Vincennes

La deuxième malade est une nommée Masemann, âgée de 17 ans. domestique. Malade robuste, de bonne constitution. Bien réglée. Bonne santé ordinaire. La malade ne semble pas avoir fait de maladies antérieures. Toutefois, comme elle parle difficilement le français, les renseignements pris sur ses antécédents sont un peu incomplets.

Elle paraît sujette à une constipation ordinaire, qui d'ailleurs ne l'a pas beaucoup préoccupée jusqu'à ce jour.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la maladie remonte à quatre jours. Elle a débuté brusquement par de la fièvre, des vomissements et de la douleur abdominale sous la forme de coliques. Depuis, le malaise n'a cessé d'augmenter. Les frissons ont continué et la constipation s'est établie. La malade n'a pas été à la garde-robe depuis deux jours. Insomnie depuis trois jours.

Quand nous l'examinons pour la première fois, la malade est très-abattue, dans le décubitus dorsal. Sa figure est rouge, animée; sa peau est chaude. Le pouls fréquent et plein. L'examen de tous les appareils est négatif. Les urines ne sont pas albumineuses. C'est, en définitive, dans l'abdomen que sont concentrés tous les phénomènes morbides. Notons que la langue est blanche, subarrale, qu'il n'y a pas eu de vomissements depuis l'entrée à l'hôpital. Le ventre est ballonné, douloureux spontanément et surtout à la pression qui est très-pénible dans la fosse iliaque droite. En déprimant doucement la paroi abdominale, on constate dans la fosse iliaque la présence d'une tumeur allongée, dirigée obliquement de l'hypochondre vers l'épine du pubis. Cette tumeur est mate, résistante; elle semble entourée de tissus empâtés. Par la pression répétée, on détermine dans la tumeur un léger gargouillement. Cette tumeur reproduit la forme du cœcum dont elle a aussi les dimensions.

16 février. Pendant la nuit, la malade a ressenti des douleurs abdominales vives. Elle a vomi un liquide verdâtre porracé.

*Traitement* : Application de 10 sangsues sur la tumeur. Purgatif. Sous l'influence du traitement et du repos au lit, les symptômes généraux s'amendent. La douleur au niveau de la tumeur disparaît.

18. Selle abondante.

20. La fièvre a disparu.

23. Le cours des garde-robes est complètement rétabli. On commence à alimenter la malade. Il reste dans la fosse iliaque une tumeur très-nettement appréciable, mais qui n'est plus douloureuse.

27. La malade, tout-à-fait convalescente, demande à se lever. La tumeur a presque complètement disparu.

28. Sans cause appréciable, sans écart de régime, la malade est prise de vomissements verdâtres. Son ventre devient douloureux sans être ballonné. Il est douloureux à la pression. Toutefois, la malade réagit assez bien. Son état ne paraît pas bien grave.

1er au 5 mars. Même état. Température variant entre 39 et 40. Pendant cet intervalle, la malade rend plusieurs lombrics par le vomissement. Quelques jours plus tard, nouvelle expulsion de lombrics par les selles.

Il y a évidemment un rapprochement à faire entre l'inflammation péricœcale et l'affection vermineuse.—*Union médicale.* (A suivre.)

**Rapports de la dyspepsie et de l'ulcère simple de l'estomac.**—Le Dr. Donald W. C. Hoods a lu dernièrement à une Société médico-chirurgicale de Londres un travail sur les rapports étiologiques de la dyspepsie et de l'ulcère simple de l'estomac. D'après lui, cette dyspepsie est un symptôme et non une cause. Il a attiré l'attention sur ces cas de lésions de l'estomac dans lesquels la dyspepsie joue un rôle si important comme symptôme, et il fait remarquer que dans beaucoup de cas de ce qu'on appelle dyspepsie simple, il y a une lésion déterminée des parois.

Pour lui la série des symptômes accidentels d'ulcération de l'estomac fait croire que le diagnostic est facile, tandis que c'est exactement le contraire.

En 1879, Sir William Gull lui adressa un homme âgé de 40 ans qui avait passé beaucoup d'années de sa vie dans les colonies, où il avait fait l'élevage des moutons. Depuis 8 ans, il avait souffert d'une dyspepsie dont il attribuait l'origine à des écarts de régime. Il sentit d'abord une douleur dans la région épigastrique, puis il eut des vomissements et des pituites; ne pouvant obtenir aucun soulagement à l'aide de divers moyens employés, il se décida à venir en Angleterre. Quand l'auteur le vit pour la première fois, dix-huit mois après son arrivée, les symptômes étaient très intenses. Il découvrit du sang dans les matières vomies. L'estomac était tellement irritable qu'il fallait alimenter ce malade avec des lavements nutritifs. Les symptômes graves disparurent graduellement, et il reprit de l'embonpoint. Au bout de six semaines, il pouvait marcher comme d'habitude; trois semaines plus tard, ayant fait un mouvement brusque pendant qu'il était assis, il sentit une violente douleur dans l'estomac et mourut dans l'espace de douze heures. L'autopsie montra une perforation de la paroi antérieure de l'estomac, au voisinage de la base. Un petit ulcère guéri dont le fond n'était pas plus épais que du papier s'était rouvert par déchirure et le contenu de l'estomac avait passé dans la cavité péritonéale. Le plus intéressant, c'était l'état de la muqueuse au voisinage de l'orifice pylorique; cette muqueuse présentait de nombreuses cicatrices d'ulcérations anciennes, des dépressions correspondant à la situation des follicules gastriques, abondantes surtout vers l'extrémité pylorique. La condition de la membrane muqueuse expliquerait parfaitement les troubles gastriques qui avaient causé tant de douleurs durant les années précédentes. L'auteur eut presque en même temps à donner des soins à un autre malade dont l'état rappelait d'une manière frappante celui du premier. C'était un allemand, âgé de 40 ans, qui depuis 14 ans, souffrait de digestions pénibles. Dans

les premiers jours de sa maladie il avait senti de la douleur après avoir pris de la nourriture.

Plus tard il eut de temps en temps des attaques de vomissements, il subit différents traitements pour de la dyspepsie. Quand je le vis la première fois, il était profondément émacié. L'estomac était vidé ordinairement tous les soirs. En plusieurs occasions une matière couleur marc de café fut vomie; de plus, du sang altéré était mélangé aux vomissements. L'estomac descendait plus bas qu'à l'état normal, et on trouvait à l'épigastre une saillie indiquant une obstruction au voisinage du pylore. Pendant le traitement l'embonpoint revint, les vomissements cessèrent, et l'estomac reprit son volume habituel, mais la saillie persista. Il reprit ses affaires, mais tous les symptômes reparurent et il mourut d'épuisement.

La statistique prouve que l'ulcère simple de l'estomac est très-commun, mais que ses symptômes varient notablement.

L'hémorrhagie est un phénomène de première importance sans doute, mais l'ulcération peut résister longtemps avant qu'elle se montre. Tous les écrivains déclarent qu'il faut traiter l'ulcère simple de l'estomac comme une maladie chronique, mais personne n'a songé à le traiter comme un ulcère de la surface du corps. Pendant toute la durée du traitement il faut que le malade garde le décubitus dorsal de manière à mettre en repos les parois de l'estomac.

Lorsqu'il y a une dilatation marquée et que la dyspepsie n'a pas une origine hépatique, il prescrit les opiacés. Au début de la dyspepsie, ce traitement réussit bien, il réussit également quand l'ulcère est développé. L'auteur en a obtenu d'excellents résultats chez une dame qui lors de sa première visite n'osait pas prendre la moindre nourriture parce que les ingestions d'aliments étaient extrêmement douloureuses. En examinant soigneusement l'abdomen, il ne trouva aucune dilatation, mais dans la région épigastrique il y avait un espace très sensible à la pression. Repos au lit, régime lacté avec du bouillon, six gouttes de laudanum toutes les quatre heures, iode comme contre-stimulant. Tous les deux jours lavements d'eau de savon, la guérison marcha très-vite. La douleur cesse, pas de vomissements, l'intestin fonctionne régulièrement. La malade quitta le lit au bout de 14 jours. Depuis lors, l'auteur a reçu une lettre le prévenant que la malade était tout à fait bien.—*The Medical Press and Circular*—*Abeille médicale*.

**Emploi du salicylate de soude dans la diarrhée**, par le docteur Calleza (de Valladolid).—L'auteur termine un article sur la pathologie des diarrhées, leur classification et l'emploi du salicylate de soude dans les diarrhées putrides par les conclusions suivantes :

1° Les produits de la putréfaction des matières qui traversent le tube digestif sont la cause unique qui entretient non-seulement un grand nombre de processus diarrhéiques évidemment protopathiques, mais aussi beaucoup de diarrhées secondaires, c'est-à-dire dans lesquelles une maladie préexistante a engendré une prédisposition à la putridité, laquelle se développe sous la moindre influence anormale.

2° Le salicylate de soude est l'agent le plus efficace pour empêcher la fermentation putride dans le tube intestinal sans troubler les métamorphoses normales de la digestion; on doit toujours l'employer quand il y a une grande fétidité des selles, surtout si ce caractère a été noté dès le commencement du flux entérique.



3° Trente ou quarante-cinq grains par jour, divisés en deux ou trois doses, sont suffisants pour la cure rapide des diarrhées patrides, quand celles-ci sont protopathiques dans toute l'extension du mot.

4° Dans celles qui sont réellement deutéropathiques (et elles forment le plus petit nombre), on peut essayer le salicylate plutôt comme moyen utile de séméiotique que pour les résultats thérapeutiques.

5° Dans les entérorrhées des syphilitiques et des phthisiques, dans celles qui accompagnent les abcès viscéraux et spécialement ceux du foie, dans les dysenteries, mêmes celles qui sont importées d'Amérique, le salicylate de soude a donné les meilleurs résultats. *Il Siglo medico.*—*Lyon médical.*

**Céphalalgies de croissance.**—Par le Dr RENE BLACHE.—Le mal de tête qui, dans l'immense majorité des cas, n'est qu'un symptôme d'états morbides les plus divers, devient parfois une véritable maladie et constitue à lui seul un état pathologique qu'il n'est pas rare de rencontrer à la fin de la seconde enfance et surtout pendant la période de l'adolescence, où la croissance est la plus marquée.

Il est, du reste, peu de praticiens, j'en suis convaincu, qui n'aient été consultés au moins une fois pour un enfant ou mieux un jeune homme se trouvant obligé d'abandonner ses études à cause de maux de tête persistants, que le médecin n'hésite pas à considérer comme de simples névralgies; mais si la médication employée en pareil cas échoue et si le mal de tête s'accompagne de troubles variés du système nerveux et de la circulation, c'est qu'il s'agit d'une véritable maladie dont je vais essayer de décrire la forme la plus commune, et qu'une étude approfondie me permet de désigner sous le nom de *céphalalgie de croissance*.

Depuis environ dix ans que mon attention a été portée sur cette sorte de maladie spéciale à l'adolescence, il ne s'est pas passé d'année sans que deux ou trois cas ne se soient présentés dans ma clientèle; mais la diversité de forme, de durée, d'intensité même des symptômes rendaient difficile la possibilité de synthétiser cette maladie. Cependant, comme je retrouvais, dans chacun des cas qui m'était soumis, un grand nombre de manifestations toujours identiques, je n'ai pas hésité à conclure qu'il s'agissait là d'un état pathologique défini de la période avoisinant la puberté, dans lequel, d'une part, la croissance jouait un certain rôle, et, d'autre part, la constitution des sujets et leurs prédispositions héréditaires apportaient un cachet particulier. C'est en général entre 12 et 18 ans qu'on rencontre cette maladie, qui se manifeste aussi bien chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles; et cependant, sur plus de vingt observations qui me sont personnelles, je n'ai trouvé que trois jeunes personnes avec les symptômes bien marqués de la maladie qui m'occupe; or, ce fait est à remarquer, car la constitution des jeunes filles, en général si facilement névropathiques, devait être une cause prédisposante à la maladie que je cherche à décrire, si elle pouvait être rangée dans le cadre des névralgies simples ou à répétition. D'ailleurs, si je fais du mal de tête la caractéristique de la maladie, c'est que ce symptôme est toujours prédominant; mais il ne faut pas le croire unique; parfois il s'accompagne d'étourdissement plus ou moins passager, et même de maux de cœur comme dans la simple migraine; mais ce n'est pas une migraine qu'un mal de tête, nullement.

unilatéral, qui revient tous les jours, et cela pendant des mois, non pas à la même heure, mais sous l'influence des mêmes causes: travail, lecture attentive, ou simple effort cérébral, déterminé par un travail intellectuel quelconque. Le siège de ce mal de tête est en général limité au front; d'autres fois, il correspond à tout le cuir chevelu, depuis le vertex jusqu'à une ligne circulaire passant au niveau des orbites et des apophyses mastoïdes; parfois encore c'est une céphalalgie diffuse. En même temps, le malade éprouve des modifications dans son caractère; il devient nerveux, irritable; chez l'un, c'est la tristesse qui prédomine avec une facilité de larmes analogue à celle qu'on trouve chez les jeunes filles au moment de la puberté; chez l'autre, l'irritabilité nerveuse se traduit par des emportements et de la colère qui augmentent, du reste, la céphalalgie. Mais en même temps, et d'une façon uniforme, c'est l'inaptitude au travail qui devient un des symptômes dominants. Cette paresse cérébrale est, de tous les symptômes de la céphalalgie de croissance, celui qui se rencontre le plus régulièrement et avec l'expression la plus uniforme; c'est peut-être aussi le symptôme le plus délicat à observer, car il ne faut pas perdre de vue que la maladie qui nous occupe est le propre de la jeunesse, souvent disposée à abuser de l'inquiétude qu'elle peut provoquer et presque toujours prête à sacrifier le travail pour la distraction. Il faut donc se mettre en garde contre la paresse des enfants qui prétextent trop facilement de leurs maux de tête pour diminuer et même suspendre leurs études. Mais à ce propos je dois dire que si j'ai été trompé, je ne l'ai pas été bien longtemps, car les guérisons étaient rapidement obtenues en usant de médications analogues à celles employées par les médecins militaires qui soupçonnent la fraude chez les soldats paresseux. Or, ce n'est ni en quinze jours ni en un mois que l'on fait disparaître chez les jeunes gens ces maux de tête de croissance, dont la durée, jamais moindre de six mois, atteint souvent quinze et dix-huit mois et dépasse parfois deux et trois ans.

J'ai été trop souvent témoin du chagrin qu'éprouvent ces jeunes malades de ne pouvoir *rien faire comme les autres*, suivant une expression que j'ai entendu répéter à plus d'un d'entre eux, pour douter un instant de la sincérité du malaise qu'ils ressentaient. Dans les formes si bénignes que l'on serait tenté de ne pas même les considérer comme une maladie, ce n'est que sous l'influence du travail prolongé ou d'une contention d'esprit, plus forte que celle fournie en général par tout écolier, que se manifeste la céphalalgie. Elle ne disparaît, du reste, qu'avec les excès de travail.

En outre de cette forme bénigne et plus particulièrement passagère, il existe encore une forme de céphalalgie bien connue des oculistes, qui reconnaît uniquement pour cause des troubles de l'accommodation; une grande analogie avec les maux de tête, dus uniquement à la croissance, me forcera à en dire un mot un peu plus loin. D'ailleurs, elles peuvent même s'ajouter l'une à l'autre et donner lieu à des états complexes dont je m'occuperai également.

Il est bien certain que l'exagération propre aux jeunes gens et la tendance à se soustraire aux travaux et à la discipline des établissements scolaires, ont pu, au début de l'apparition de ces maux de tête, faire invoquer aux enfants l'impossibilité du travail, alors qu'il n'était que pénible; mais lorsqu'il s'agit de ces individus particulièrement

studieux et travailleurs, qui déplorent hautement l'inaction à laquelle les condamnent ces maux de tête, et lorsqu'on est témoin de l'exacerbation du malaise produit par la simple lecture du livre le plus intéressant, il ne peut y avoir de doute. Chez un jeune garçon de 13 ans atteint de cette sorte de céphalalgie depuis plus de trois mois et pour lequel j'avais dû suspendre tout espèce de travail, j'avais songé, pour le distraire de la tristesse où le mettait son inaction, à lui faire regarder les images de l'histoire de France de Guizot, en lui faisant donner par son précepteur les explications nécessaires. Ce jeune garçon, qui aimait particulièrement l'histoire, avait accueilli cette distraction avec le plus grand plaisir : mais j'ai dû bientôt renoncer à la lui accorder, car au bout de vingt minutes de ce minime travail, la céphalalgie reparais-

sait. Chez un autre jeune homme, auquel sa mère faisait la lecture pendant une heure seulement tous les jours, il fallut y renoncer, car le fait d'entendre lire, même une chose amusante, ne tardait pas de réveiller le mal de tête.

Il est vrai que l'intensité de la douleur de tête est subordonnée à l'impressionnabilité et au tempérament de chacun. Parfois, au lieu de cette céphalalgie diffuse, il y a une sorte de compression péricrânienne avec élancements douloureux, dont l'intensité augmente à mesure que les opérations intellectuelles exigent une attention plus soutenue.

Dans certains cas, le mal de tête est bien limité au front avec un maximum d'intensité au-dessus des sourcils et représente même une double névralgie sus-orbitaire.

Comme je le disais plus haut, le mal de tête est continu, mais avec des exacerbations tantôt matinales, tantôt vespérales. Chez certains individus plus particulièrement rhumatisants ou issus de parents arthritiques, l'influence des temps froids et humides se fait sentir par une augmentation dans les douleurs de tête. " Mes maux de tête, me disait un jeune homme de 17 ans, manifestement arthritique, ne sont jamais bien violents, si ce n'est par les temps humides ; le maximum des douleurs est aux tempes et en haut du front j'éprouve même des battements aux tempes, et cependant, loin d'avoir la tête chaude, le front reste généralement froid, mais si mon travail ordinaire n'augmente que peu mes douleurs de tête, j'éprouve de violents élancements pendant les cours de mathématiques, qui me forcent à regarder alternativement au tableau et sur mon cahier." Dans ce cas encore, il se joignait aux troubles de la vue dus aux efforts d'accommodation que modifia favorablement l'usage des lunettes appropriées que je fis porter.

La question des antécédents de famille joue, dans presque tous les cas, un rôle important que je ne puis jusqu'ici que faire entrevoir dans mes observations je retrouve soit l'arthritisme, soit la névropathie chez les parents ; ici, le père était franchement goutteux ; chez un autre, il avait de l'angine de poitrine ; chez celui-là, la mère avait eu de la mélancolie. Parfois il se mêlait à la constitution arthritique des troubles de la circulation : la mère d'un de mes jeunes malades a toujours des congestions viscérales qui produisent parfois des hémorrhagies naturelles ou supplémentaires. Cette question des congestions m'a vivement préoccupé à un moment, par ce que je croyais pouvoir expliquer ainsi l'origine des maux de tête dont je cherche à retracer l'histoire, mais si parfois je constatais un certain

dégré d'hyperhémie, analogue à celui que présentent les chlorotiques vers la face et principalement aux joues et aux oreilles chez certains sujets, je suis loin d'avoir retrouvé ce symptôme chez tous mes jeunes malades, et pourtant je restai persuadé que la circulation extra et intracraânienne n'est pas sans influence sur la production de la maladie dont je m'occupe; n'est-ce pas là le même processus qui se produit chez les anémiques, qui accusent un sentiment de douleur et de constriction vers la tête au moindre effort et dans l'action de se baisser? L'inutilité à peu près complète des traitements toniques n'a pas tardé à me montrer que ce n'était pas uniquement une question d'anémie. Ce n'est pas non plus une question de névralgie comme la névralgie sus-orbitaire ou la névralgie faciale, car si la médication anti-névralgique et principalement la quinine, semblait parfois donner une amélioration passagère, le mal de tête reparaisait même en continuant le médicament ou en augmentant les doses.

Et cependant, il est probable que par le seul fait de la croissance chez certains sujets prédisposés, la douleur de tête peut trouver son origine dans la disproportion entre l'action cérébrale et l'effort de l'intelligence, de même que l'insuffisance de nutrition du système musculaire se traduit par de la douleur dans l'exagération d'un effort.

En résumé, il y a dans cette question un état complexe du système nerveux et de la circulation dont il faut tenir grand compte dans la pathogénie de la question qui nous occupe; ce n'est que par la réunion des différents éléments, troubles nerveux, troubles circulatoires, efforts intellectuels, insuffisance d'aération, pendant cette période de l'adolescence où le développement physique se complique de la période de puberté qu'on peut entrevoir les causes de cette sorte de maladie que j'ai cru pouvoir désigner sous le nom de céphalalgie de croissance.

Sans avoir la prétention de décrire une maladie nouvelle, j'ai cherché en vain dans les auteurs la description de maux de tête assimilables à ceux dont je présente aujourd'hui les formes principales sous le nom de céphalalgies de la croissance.

Cependant, un auteur allemand, J. Steiner, dans son *Traité des maladies de l'enfance*, dit que "l'anémie cérébrale, dérivée d'anomalies dans le développement chez les enfants délicats dont la croissance a été rapide, surtout entre 8 et 12 ans, affaiblit la force de résistance de l'organe d'une façon plus ou moins prononcée. Les enfants qui en sont atteints présentent une humeur fantasque et morose, de la répulsion à mettre en jeu leur activité intellectuelle; ils sont sujets à des *céphalalgies à répétitions* fréquentes, des vertiges, des illusions sensorielles, des liqothymies, de l'agitation pendant le sommeil; ce dernier est entrecoupé de grincements de dents, de plaintes et de gémissements; tous ces phénomènes, après une durée plus ou moins longue disparaissent sans laisser de traces."

... En résumé, nous pouvons dire que la céphalalgie de croissance est loin d'être aussi rare qu'on pourrait le supposer, qu'elle constitue une véritable entité morbide se rencontrant aussi bien chez les garçons que chez les jeunes filles entre l'âge de 12 à 18 ans, persistant avec des formes variées pendant toute une partie de la période scolaire, se reproduisant surtout sous l'influence des efforts de l'intelligence et se trouvant toujours augmentée par le travail. La vie active et au grand air, l'usage des verres appropriés s'il existe des troubles de la vue et,

par-dessus tout, la cessation absolue de tout travail intellectuel pendant un temps prolongé, ont été, avec l'hydrothérapie bien faite, les seuls moyens qui m'ont paru soulager et parfois même faire disparaître ces pénibles maux de tête entravant la vie des adolescents qui en étaient atteints.—*Rev. de thérap. Med.-Chir.—Le Scalpel.*

**Traitement de la fièvre typhoïde par le Veratrum Viride.**—Le Dr. A. W. Nelson publie (*Archives of Medicine*, avril 1883) les résultats qu'il a obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde par le *Veratrum Viride* à petites doses. Depuis dix ans qu'il emploie cette médication dans tous les cas de fièvre typhoïde qui se présentent à son observation, il n'a pas perdu un seul malade. Il maintient que, sous l'influence du médicament, le pouls et la température sont abaissés, le danger d'hémorrhagie intestinale est réduit à son minimum, et souvent la convalescence s'établit à la fin du deuxième septenaire. Il donne le remède sous forme de teinture (U.S.P.), une ou deux gouttes toutes les heures.—*N. Y. Medical Record.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Du pincement hémostatique, définitif et préventif.**—Les pinces hémostatiques, qu'on appelle en Allemagne des "Péan", constituent un instrument admirable, sans lequel on n'oserait entreprendre bon nombre d'opérations qu'on termine aujourd'hui facilement sans faire perdre au patient un sang précieux, et leur emploi méthodique nous semble entrer pour une forte part dans les succès opératoires des chirurgiens qui veulent et savent s'en servir.

Prenons un exemple et supposons une opération simple, l'extirpation d'une tumeur de la mamelle avec ou sans dégénérescence ganglionnaire. Le chirurgien sectionne la peau et, sur les vaisseaux cutanés qui donnent, artérioles ou veines, place immédiatement des pinces qui comprennent toute l'épaisseur du tégument et vont servir de rétracteurs; puis, tout en disséquant le néoplasme, il applique des pinces sur tout ce qui saigne, sans tâtonner, d'un seul coup, en prenant s'il le faut une certaine épaisseur de tissu ambiant. L'hémostase est complétée après l'ablation totale de la production morbide: la plaie est alors tout à fait exsangue; après avoir fait les lavages habituels, on peut commencer les sutures. A mesure qu'on pose les fils ou les épingles, on retire une à une les pinces, doucement, sans tiraillement et on exerce avec des éponges une légère compression qui s'étend peu à peu et suit pour ainsi dire les progrès de la suture. On arrive ainsi à l'angle axillaire de la plaie, celui qui a donné le plus de sang, surtout si on a eu à enlever quelques ganglions malades. Souvent on peut dès ce moment enlever toutes les pinces dont la pression qui a duré un quart d'heure, une demi-heure ou davantage, a suffi pour oblitérer les vaisseaux. Mais pour peu que des artères volumineuses aient été intéressées, il est prudent de laisser pendant quelques heures une ou deux pinces à demeure, en ayant soin de les ramener vers l'angle externe, là où passera le tube à drainage: ainsi on n'a pas fait de ligatures, on ne laisse aucun corps étranger dans la plaie, et l'on a toute chance d'obtenir une réunion par première intention.

Nous pourrions citer quantité d'opérations plus ou moins analogues à celle-ci, depuis les plus simples jusqu'aux plus difficiles : ablations de tumeurs ganglionnaires volumineuses, extirpation de gros sarcomes des membres, de tumeurs du corps thyroïde.

Il est des cas où l'on se trouverait fort embarrassé si on n'avait cette ressource à sa disposition. Nous nous rappelons un malade de l'hôpital Saint-Louis, alcoolique invétéré, porteur d'un moignon d'amputation de jambe absolument conique et ulcéré périodiquement à son extrémité. Fatigué de venir chaque année passer plusieurs mois à l'hôpital et de ne pouvoir se livrer à ses occupations, le patient demande une opération. Sur le conseil de M. Péan, nous réséquons huit centimètres de tibia et de péroné après avoir taillé deux lambeaux, antérieur et postérieur. Les tissus sont épaissis, lardacés en certains points et, quand nous essayons de jeter des ligatures sur les nombreuses artères que nous avons pincées pendant l'opération, notre fil coupe le vaisseau : l'hémostase, par ce moyen, devient impossible : force nous est donc de laisser une demi-douzaine de pinces que nous ramenons dans les angles latéraux de la plaie, et qui n'empêchent pas le rapprochement des lambeaux.

Mais nous ne voulons pas aller plus loin dans cette énumération, et si l'on veut consulter les observations, on en trouvera près de deux cents dans l'*Extrait des leçons de M. Péan* et dans l'excellente monographie de MM. Deny et Exchaquet. Nous nous contenterons d'établir quelques principes qui doivent guider dans l'emploi des pinces hémostatiques :

1<sup>o</sup> Le pincement doit être *médiat* ; il est inutile de chercher à isoler l'artère, ce qui entraînerait des retards préjudiciables et enlèverait à la méthode une partie de ses avantages.

2<sup>o</sup> On ne doit pas craindre de pincer les parties délicates, comme la peau de la face, les paupières, etc. L'expérience montre que, fussent-elles appliquées pendant toute la durée d'une longue opération, les pinces ne laissent après elles qu'une ecchymose qui disparaît ; jamais, dans ces circonstances, nous n'avons vu la plus petite escharre et la striction momentanée des téguments ne nuit en rien à la réunion immédiate.

3<sup>o</sup> Il faut, l'opération terminée, enlever toutes les pinces inutiles, c'est-à-dire celles qui sont appliquées sur des veines ou des artéioles ; nous conseillons de faire auparavant les lavages qui, pratiqués après l'ablation des pinces, pourraient détacher de petits caillots.

4<sup>o</sup> On ne laisse à demeure que les pinces qui saisissent des artères de gros calibre. Dans le service de M. Péan, la moyenne de la durée de la forcipressure est de :

6 à 12 heures pour les petites artères.

24 heures pour les vaisseaux plus volumineux, artères des membres, faciale, etc.

Enfin, par précaution, on pourrait laisser l'instrument en place pendant 36 à 48 heures sur une très grosse artère, comme la fémorale.

5<sup>o</sup> Quelques précautions sont recommandées pour l'enlèvement ultérieur des pinces. Sans imprimer de mouvements brusques à l'instrument, on introduit les doigts dans les anneaux, on désengrène les branches, puis on les écarte lentement de façon que les mors s'éloignent progressivement des tissus pincés. On peut alors attendre un moment ;

si cette manœuvre avait eu pour résultat de reproduire l'hémorrhagie, il suffirait de rapprocher les branches pour saisir exactement le point primitivement comprimé. Ajoutons qu'en nous conformant aux données de temps établies plus haut, nous n'avons jamais eu à combattre d'hémorrhagies secondaires. Nous ferons enfin remarquer qu'il n'est pas nécessaire de changer le pansement pour enlever des pinces laissées à demeure; il suffit de laisser passer à travers les tarlatanes et le taffetas imperméable leurs anneaux qui permettent de les retirer.

En somme, ce procédé est des plus simples et des plus pratiques. Est-ce à dire qu'il doive remplacer toutes les autres méthodes connues d'hémostase? Nous ne le croyons pas. La torsion et la ligature conservent leur raison d'être dans certains cas: il faut bien lier les vaisseaux dans l'ovariotomie si on réduit le pédicule, et, dans les amputations des membres, rien ne s'oppose à ce qu'on applique un fil sur l'artère principale; mais c'est dans les opérations difficiles et surtout dans l'extirpation des tumeurs très vasculaires que la forcipressure rend d'immenses services et nous avons vu enlever, sans que le malade perdît plus de deux ou trois cuillerées de sang, un sarcome récidivé du corps thyroïde, s'étendant de la région sous-maxillaire à la clavicule, avec adhérences nombreuses à la trachée.

Depuis plusieurs années, M. Péan se sert avec grand avantage du pincement préventif comme moyen d'hémostase, principalement pour les opérations délicates qui se pratiquent sur la face, sur les organes génitaux, c'est-à-dire en des points où l'irrigation sanguine est très active. Veut-on enlever une tumeur des lèvres, épithéliôme, angiôme, ou opérer un bec de lièvre? Deux pinces à mors plats sont placées à droite et à gauche et le chirurgien opère à blanc comme lorsqu'il fait une amputation avec la bande d'Esmarch; l'opération finie, les sutures posées, on peut retirer les pinces, l'hémostase est définitive. On peut saisir de la même façon le pédicule d'une tumeur, d'un polype utérin, d'une masse hémorrhoidale, ou circonscrire entre les mors de plusieurs pinces une tumeur sessile et très vasculaire, des végétations vulvaires, etc.

Fait-on la castration! Dès que la tumeur testiculaire est isolée et le cordon mis à nu, on saisit celui-ci entre les mors de deux pinces, on le sectionne au-dessous et on laisse les instruments compresseurs en place jusqu'au lendemain: le pincement a été à la fois préventif et définitif.

Grâce à cette méthode, nous avons vu réséquer sans aucune perte de sang une partie de la langue. Comme il s'agit d'un procédé encore inédit, nous croyons utile de l'indiquer en deux mots. M. Péan place en arrière de la partie à extirper deux pinces à mors plats qui interrompent complètement l'afflux sanguin. En avant de celle-ci, il sectionne la langue avec le bistouri de telle façon que la partie enlevée ait la forme d'un coin et que le moignon se termine par un angle rentrant avec deux saillies, supérieure et inférieure: cinq ou six sutures de soie phéniquée ferment la plaie et, dès qu'elles sont serrées, les pinces sont enlevées. Dans les deux cas où nous avons vu employer ce procédé, le malade n'a pas perdu de sang et, résultat fort remarquable pour la région, la réunion immédiate a été complète dans une des observations, presque totale dans l'autre.

Nous pourrions encore citer, comme justiciables de ce mode d'hémostase, l'excision de la luette, la résection du col utérin, l'ablation des

polypes de l'urèthre, l'amputation de la verge, etc. Nous en avons dit assez pour montrer les avantages évidents du pincement préventif. Mais, nous tenons à le répéter, la perfection de l'instrument est pour beaucoup dans les avantages de la méthode. La pince de Péan, à la fois légère, flexible et suffisamment forte, est applicable dans tous les cas et jamais nous ne l'avons vue nous faire défaut. Chaque chirurgien doit en posséder un certain nombre dans son arsenal, d'autant plus que, outre ses avantages pour l'hémostase, elle peut servir encore pour les pansements, les arrachements de polypes des fosses nasales; on peut avec elle rétracter les téguments, extraire les corps étrangers, fixer les épingle ou les aiguilles, porter des fragments d'éponges dans les plaies profondes et les cavités naturelles, etc.—*Union méd. et scientif. du Nord-Est.*

**Traitement du pied-bot.**—Le Dr. Gipney (*N. E. Med. Monthly*) formule les règles suivantes: 1° Dans le pied-bot équin paralytique, si le tendon est tellement court que le pied ne puisse être fléchi à 90°, opérez sans hésitation. Dans le cas contraire, recourez à l'extension. 2° Dans la forme spasmodique, opérez toujours si le malade est dans des conditions avantageuses pour le traitement consécutif. 3° Dans les cas d'équin résultant de la paralysie du mal de Pott, n'opérez jamais. 4° Dans l'équin consécutif à une affection de l'articulation tibio-tarsienne, opérez après que l'extension aura échoué. 5° Dans le pied-bot équin congénital, opérez souvent, mais dans les premiers mois de la vie ayez recours à la main de la mère. Dans tous les cas, qu'il soit bien entendu que la ténotomie n'est que la première phase du traitement.—*The Weekly Med. Review.*

**Expériences sur l'anesthésie caustique et observation d'un cas de squirre ulcéré du sein, opéré avec l'aide de cette méthode,** par M. JULES GUÉRIN.—Quelque soit le nombre des applications utiles de l'anesthésie chloroformique, il est cependant des sujets chez lesquels cette méthode est tout à fait interdite: ceux, par exemple, qui sont atteints d'affections chroniques du cœur et des organes respiratoires.

Il faut reconnaître encore que, malgré les progrès réalisés de nos jours pour prévenir tout accident, l'expérience n'a que trop souvent prouvé l'insuffisance des précautions les mieux calculées. Il ne faut pas oublier enfin que la localisation de l'anesthésie, dans les régions où doit s'exercer l'œuvre du chirurgien, est restée jusqu'ici un problème à l'étude, et que l'insensibilisation des parties ne s'obtient toujours qu'en passant par l'anesthésie généralisée, c'est-à-dire au prix d'un certain degré d'intoxication de l'organisme avec ses inconvénients et ses imprévus.

Ces desiderata de la grande et précieuse méthode de l'anesthésie chloroformique expliquent et justifient la recherche d'autres moyens d'arriver d'emblée à l'insensibilisation des parties sans la participation de l'anesthésie de tout l'organisme. Tel est le but que je me suis proposé.

L'observation physiologique nous apprend que la peau est l'épanouissement des nerfs sensibles et de la sensibilité réfléchie, et que, au delà de la zone qu'elle occupe, cette propriété se réfugie, en s'amoin-

drissant, dans les rameaux nerveux, plus conducteurs de l'impression



périphérique que sensibles par eux-mêmes. Il est aussi de notion vulgaire que les parties de la peau tenues pendant un certain temps en contact avec certains caustiques sont complètement désorganisées. Il est enfin d'observation générale que certains caustiques chimiques de la catégorie dite *potentielle* ont la propriété de coaguler le sang contenu dans les vaisseaux.

Mais, autour et au-delà de ces faits vulgaires, il y a des circonstances négligées, si ce n'est complètement inaperçues, dont je me suis servi.

À la faveur de ces effets de la cautérisation potentielle, j'ai conçu l'idée de tracer aux opérations chirurgicales une voie et des limites dans lesquelles l'instrument tranchant pût cheminer sans provoquer de douleur ni d'hémorragies, et sans laisser après lui de portes ouvertes aux matières septiques qui suivent et compliquent si souvent les plaies chirurgicales. Je me dispense pour le moment de faire connaître les différentes phases par lesquelles cette idée a passé, et les différents essais que j'ai tentés; j'arrive d'emblée à une opération grave, qui m'a présenté la réunion des diverses circonstances inhérentes à ce mode opératoire, et offert un spécimen des services qu'il est permis d'en espérer.

*Observation.*—Dans le cours du mois de janvier dernier, une dame âgée de 60 ans me consulta pour une tumeur du sein droit qu'elle portait depuis sept ou huit années, et que les praticiens lui avaient déclarée devoir être enlevée. Cette tumeur d'environ 0<sup>m</sup>10 de diamètre, occupait l'emplacement tout entier du sein; de forme irrégulière, bossuée, dure au toucher, elle adhérait à la peau et présentait à sa surface deux petits cratères rougeâtres par lesquels suintait un peu de liquide coloré; le reste de la peau était pâle, mais parsemé de veines apparentes et développées. Néanmoins, la tumeur n'adhérait pas à sa base, elle pouvait être assez facilement mobilisée; point de ganglions dans l'aisselle. Je diagnostiquai, comme mes confrères précédemment consultés, un squirrhe ulcéré du sein droit. La santé générale était mauvaise: une bronchite catarrhale durant depuis dix-huit mois, accompagnée de fréquents accès de toux et d'expectorations abondantes: des douleurs dans les reins et des troubles cardiaques caractérisés par des interruptions fréquentes du pouls, offraient un ensemble peu favorable à une entreprise opératoire, laquelle était cependant rendue de jour en jour plus indispensable et plus urgente.

Mon avis fut donc qu'il fallait procéder, sans retard, à l'ablation de la tumeur. Le médecin ordinaire de la malade, M. le docteur Decugis, d'Hyères, partagea mon avis, ainsi que son frère, M. le docteur Decugis, de Brignolles.

L'opération ayant été décidée, je procédai de la manière suivante, avec le concours de mes deux confrères et du mari de la malade.

J'appliquai autour de la tumeur, et à 0<sup>m</sup>,02 de sa circonférence, une couche circulaire ou plutôt elliptique de caustique de Vienne de 0<sup>m</sup>,02 de hauteur et de largeur, très exactement retenue et limitée par une double bande de diachylon gommé. La malade, invitée à nous tenir bien au courant des progrès de la cautérisation, nous fit connaître, après un quart d'heure d'application du caustique, que toute la sensation douloureuse, qui avait été des plus modérées, avait cessé: je laissai néanmoins le caustique en place cinq minutes de plus, vingt minutes en tout. Le caustique ayant été enlevé, la surface de la partie cauté-

risée fut essuyée avec un linge imbibé de vinaigre, et nous pûmes constater l'existence d'un ruban noirâtre, parfaitement régulier.

Le sein ayant été soulevé par M. le docteur Decugis aîné, je glissai à sa base, entre sa partie consistante et le tissu cellulaire sous-jacent, une sonde à dard portant un fil de platine très fin, destiné à maintenir la tumeur soulevée pendant l'opération. La sonde ayant été retirée et la tumeur mise en suspension par le fil, j'incisai horizontalement et circulairement toute la bande cautérisée : ce qui eut lieu sans provoquer la moindre douleur, sans hémorrhagie et comme à l'insu de l'opérée. Ayant ainsi détaché de sa circonférence cutanée tout le pourtour de la tumeur, j'arrachai cette dernière avec mes doigts, en divisant avec des ciseaux quelques brides fibreuses qui s'opposaient à cette sorte d'énucléation. L'opération dura dix minutes. Il n'y eut que deux ou trois cuillerées de sang épanché, et une seule artériole nécessita une ligature qui tomba le surlendemain.

La malade n'a manifesté aucune douleur pendant toute l'opération.

Les suites furent des plus simples et des plus heureuses. Les pansements consistèrent dans des applications chaque jour répétées de charpie imbibée d'eau phéniquée à 1/100, avec addition d'un quart d'alcool ; ces applications précédées chaque fois de l'arrosage de la plaie à la seringue.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre ; c'est-à-dire ni frisson, ni chaleur insolite ; l'appétit et le sommeil des plus satisfaisants. Mais ce qu'il y eut de plus surprenant, c'est que les accès de toux suivis d'expectoration abondante qui existaient depuis plus d'une année, cessèrent presque complètement après le huitième jour.

Quant à la cicatrisation de la plaie, elle fut des plus régulières. Les bourgeons charnus de la plus belle apparence, touchés de temps en temps avec le crayon d'azotate d'argent et pansés alternativement, en dernier lieu, avec la glycérine et l'eau phéniquée, marchèrent régulièrement et graduellement vers une restauration et réparation complète de l'excavation laissée par l'extirpation de la tumeur. La bordure de la plaie, résultant de la moitié circulaire de l'eschare cutanée, resta plus de trois semaines en place sous la forme d'un ruban desséché et parfaitement adhérent à la couche celluleuse cutanée. Il ne s'en détacha que peu à peu et par parties. Il fut facile de s'assurer pendant ce travail de ce double fait, à savoir : que la bande de l'eschare, très consistante et adhérente, formait une barrière infranchissable au passage des liquides de la plaie, et s'opposait ainsi à toute absorption par les bords de cette dernière.

Telle est la première opération grave pratiquée avec l'aide de l'insensibilisation caustique. Il a été possible d'y suivre pas à pas toutes les particularités propres à caractériser cette nouvelle ressource chirurgicale, et d'apprécier les avantages qu'il est permis d'en attendre. Je me dispense donc de sortir du fait particulier par une généralisation anticipée de ses résultats. Je laisse aux chirurgiens le soin d'en juger les applications possibles, et, à l'avenir, de montrer jusqu'où l'anesthésie caustique pourra, je ne dis pas suppléer, mais venir en aide, dans des cas déterminés, à l'anesthésie par le chloroforme.—*Tribune médicale.*

**Traitement des trois premiers degrés de la brûlure par l'alcool à 96 degrés.**—Le Dr E. Nelasco, dans le *Praticien*, préconise ce traitement en s'appuyant sur de nombreuses guérisons.

Après avoir lotionné la partie brûlée avec de l'alcool à 96 degrés, il la recouvre de ouate qui doit être arrosée d'alcool, dès que le patient sent la sécheresse de la plaie. La douleur cesse immédiatement après l'application de l'alcool sur la brûlure. Dans les cas les plus défavorables la guérison a eu lieu le 18<sup>e</sup> jour, tandis que les parties où il n'y a eu que des phlyctènes, c'est-à-dire où la brûlure était moins profonde, la guérison survient au 3<sup>e</sup> jour sans suppuration, ne laissant après elle aucune trace de l'accident.—*Le médecin praticien.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Des anesthésiques pendant le travail.**—Les remarques suivantes sur cet intéressant sujet étaient faites dernièrement et soutenues par Thomas Savill devant la Société des médecins anglais du Sud-Est.

I. Certaines femmes ont à chaque accouchement tendance aux hémorrhagies, ou bien cette tendance va en s'accroissant après plusieurs accouchements : il est bon chez elles de s'abstenir des anesthésiques. Heureusement ce ne sont pas ces femmes qui souffrent le plus, ce sont plutôt celles qui sont vigoureuses, ces primipares solidement bâties dont le bassin se rapproche par sa conformation de celui de l'homme.

II. Les vomissements répétés pendant une partie de la durée de la grossesse, quelques lésions soit du côté du cœur, soit du côté des pommons, sont une contre-indication formelle du chloroforme.

III. Jamais il ne faut administrer ce dernier jusqu'à perte complète de connaissance, excepté s'il y a des convulsions ou un spasme du col.

IV. Si le pouls devient faible, la respiration irrégulière, il faut s'arrêter immédiatement.

V. Soupçonne-t-on un cœur atteint de dégénérescence graisseuse, il faut redoubler de prudence, non point tant à cause des affections valvulaires le plus souvent compensées par des hypertrophies, mais pour éviter la rupture des parois qui subissent, sous l'influence de la dilatation due au plus grand afflux sanguin pendant les efforts, une pression énorme. Malheureusement ce diagnostic est fort difficile, et l'on n'a guère que des présomptions lorsqu'on se trouve en présence d'un pouls petit, de pulsations cardiaques faibles, à peine perceptibles. On peut en dire autant des attaques de dyspnée, des vertiges, des syncopes, et des œdèmes sans cause apparente.

Les adhérences se reconnaissent plus aisément à la position anormale de la pointe du cœur, au caractère ondulant de son impulsion, à la dépression au lieu de la saillie des espaces intercostaux.

VI. Dès que la tête a atteint le périnée, il faut donner une forte dose d'ergot pour empêcher l'hémorrhagie de survenir, cesser immédiatement le chloroforme, et ranimer la patiente.—*France médicale.*

**Traitement de l'éclampsie puerpérale par le chloral et le chloroforme,** par le Dr E. MENAGER, de Nantes.—J'ai communiqué à la Société académique de la Loire-Inférieure cinq observations d'éclampsie

puerpérale toutes terminées par la guérison de la mère; dans trois cas l'enfant a vécu.

La première, primipare âgée de vingt-quatre ans, a eu douze attaques: huit grammes de chloral et on lui a fait respirer soixante grammes de chloroforme.

La deuxième était à une seconde grossesse; enfant mort; elle a eu huit attaques, six grammes de chloral, quarante grammes de chloroforme.

La troisième, primipare de trente-quatre ans, a eu dix attaques, cinq grammes de chloral, vingt-cinq à trente grammes de chloroforme.

Chez la quatrième, primipare de vingt-trois ans, l'accouchement par les fesses se faisait, je l'ai terminé rapidement.

La cinquième, primipare de vingt-deux ans, grossesse gémellaire, a eu neuf attaques, quatre grammes de chloral et quarante grammes de chloroforme.

Sans vouloir conclure sur un aussi petit nombre de faits pour lesquels on peut arguer d'une heureuse coïncidence, on peut toujours faire remarquer:

— Que ces cinq cas d'intensité moyenne ont tous guéri sans laisser aucune trace.

— Que les suites de couches ont été normales.

— Que dans trois cas sur cinq les enfants ont vécu et que les deux enfants morts l'étaient, l'un depuis quelques jours, l'autre probablement depuis quelques heures.

— Que les accouchées ont toutes guéri sans saignée, à moins que l'on ne veuille accepter comme telle les émissions homéopathiques de cinquante grammes et de cent cinquante grammes faites à deux d'entre elles.

— Que quatre étaient primipares.

— Que l'œdème n'est pas indispensable pour la production de cette affection. Dans deux cas, il n'y avait aucune trace d'enflure.

— Que les manœuvres ont semblé provoquer des crises.

— Que le débarras de la matrice n'a pas dans tous les cas suspendu les attaques.

— Que le chloral en lavement a paru éloigner les convulsions et le chloroforme en inhalation les diminuer de longueur.

— Que le coma a persisté pendant un temps en raison directe du nombre des attaques.

Il m'a paru intéressant de signaler ces cinq observations qui encouragent à une thérapeutique facile, pas dangereuse, souvent heureuse.

Ajoutons à l'appui de l'opinion de notre confrère qu'après avoir tâtonné un peu pour la thérapeutique de l'éclampsie, c'est dans le chloral et le chloroforme que nous avons trouvé les meilleurs moyens. L'éclampsie puerpérale qui nous paraissait autrefois très-meurtrière, guérit le plus habituellement. Mais nous ne voudrions pas voir rejeter la saignée d'une façon aussi absolue. Dans nombre de cas graves elle est indispensable pour enrayer les accidents, et disons-le, pour favoriser la rapidité de l'action du chloral et du chloroforme.

Comme l'a bien remarqué notre confrère, toute violence sur les organes génitaux détermine une recrudescence des accès. Aussi est-il sage d'éviter toute intervention, sauf le cas où on est assuré de terminer rapidement l'évacuation de l'utérus.

L'accouchement forcé préconisé autrefois, ne pourrait être justifié qu'en cas de mort imminente. Je l'ai pratiqué une fois avec succès dans une semblable circonstance; ce mode d'intervention doit être tout-à-fait exceptionnel.—J. L. CHAMPIONNIÈRE, in *Jour. de méd. et de chir. pratiques*.

**Du traitement de la galactorrhée et de la mastite.**—Schwartz rapporte l'observation d'une femme qui avait eu un abcès du sein et qui fut plus tard obligée de sevrer. Elle continuait à perdre du lait en grande quantité et à s'affaiblir. Aucun des moyens employés ne pouvait empêcher cet écoulement: diminution de nourriture, iodure de potassium, purgatifs, compression avec de la ouate. L'auteur essaya alors d'appliquer un pansement, très exactement fixé et très serré, avec des bandelettes de diachylon: il mit d'abord des bandelettes transversales, laissant le mamelon libre; sous cette première couche de bandelettes, il en appliqua une seconde en forme d'ellipse. Grâce à ce procédé, le succès fut complet. La sécrétion lactée cessa et le sein revint bientôt à son état naturel.

L'auteur dit avoir aussi employé ce moyen avec succès au début des mastites type avec frisson, fièvre, rougeur et épaissement.

—*Revue médicale.*

**Traitement du cancer du sein.**—Au dernier congrès de la Société Allemande de Chirurgie, M. Küster a insisté sur la double nécessité d'une ablation totale du sein dans les cas de tumeur maligne de cette glande et de l'extirpation des ganglions axillaires. Ceux-ci peuvent ne point paraître engorgés à la palpation pratiquée à travers les téguments. Or, sur 117 cas d'amputation du sein complétée par la toilette du creux axillaire, que l'auteur a empruntés à différentes sources, 2 fois seulement les ganglions axillaires examinés à l'aide du microscope ont été trouvés sains. De 15 femmes chez lesquelles on ne fit pas du premier coup ce que l'auteur appelle l'amputation régionale, c'est-à-dire l'extirpation complète de la glande dégénérée et des ganglions axillaires, 13 ont succombé à une récurrence au bout d'un temps très court, et les deux autres ont dû subir une seconde opération.

Les 117 cas d'extirpation complète avec toilette du creux axillaire ont fourni un taux de mortalité de 15 0/0: cette statistique embrasse la période où le pansement antiseptique n'était pas encore vulgarisé, et où par conséquent il y avait à compter avec les ravages de l'infection septique. Pour ce qui est du chiffre des guérisons, Küster annonce 21,5 0/0 de guérisons définitives en comptant comme telles les cas où trois ans après l'opération il n'était pas survenu de récurrence; dans 20, 17 0/0 des cas opérés avec succès, il n'y avait pas encore eu de récurrence au bout de deux années d'observation.

M. GUSSENBAUER ne croit pas qu'il existe aujourd'hui un chirurgien au courant de la science, qui néglige la toilette du creux axillaire à la suite de l'extirpation d'une tumeur maligne du sein, et il s'étonne que M. Küster ait cru devoir insister sur cette recommandation devenue banale. Lui-même a l'habitude de procéder, en pareils cas, à l'extirpation des ganglions sus-claviculaires qui sont souvent envahies par l'infection cancéreuse. Cette mesure radicale n'a plus sa raison d'être, bien entendu, dans les cas où les malades sont déjà sous le coup de la cachexie cancéreuse, et qu'il n'y a plus de chance de guérison.

M. VON LANGENBECK est d'avis que l'extirpation des ganglions sus-claviculaires est superflue, parce que l'infection, une fois qu'elle a atteint ces derniers, a déjà gagné d'autres ganglions inaccessibles. Pour ce qui est de la toilette du creux axillaire, il la considère comme moins difficile que le pense Küster, et aussi moins dangereuse quand on s'assujettit aux prescriptions d'une antiseptie parfaite.

M. Von Langenbeck a donné lecture d'une lettre de M. Nussbaum, dans laquelle ce chirurgien, parlant de l'amputation du sein, préconise l'emploi du thermo-cautère, qui permet d'opérer à blanc et d'obtenir une cicatrisation sans fièvre. M. Von Langenbeck estime qu'avec le thermo-cautère on n'obtient pas une extirpation aussi nette, et que les eschares formés exposent la malade à la suppuration et à l'infection septique. Par contre, il voit dans l'agent thermique un excellent palliatif pour les cas de tumeurs inopérables du sein; l'emploi du thermo-cautère constitue alors un moyen héroïque de calmer les douleurs.—*Gaz. Méd. de Paris.*

### I. Insertion vicieuse du placenta, hémorrhagies, lenteur du travail, mort de l'enfant.—II. De la brièveté du cordon ombilical.—Clinique de M. DEPAUL.

I. Nous avons en ce moment une accumulation de faits intéressants, mais comme il m'est impossible de vous parler de tous en une seule séance, je vous entretiendrai aujourd'hui de ceux seulement qui me paraissent les plus importants.

Tout d'abord je vais vous citer la femme couchée au numéro 9 et dont l'enfant est mort pendant le travail. Il a succombé à une hémorrhagie de la mère résultant d'une insertion vicieuse du placenta. Il pesait environ 2,300 grammes. Cette femme était enceinte de huit mois, vivant chez elle tranquille, bien portante, sans fatigues, lorsqu'elle a senti tout à coup, certain jour, couler un peu de sang le long des cuisses; elle s'est mise immédiatement au lit, où elle aurait, dit-elle, sali très rapidement deux gros draps. Assez effrayée de cet accident, elle s'est fait transporter ici presque aussitôt après.

À son arrivée, le travail était déjà commencé et le col était effacé.—Je ne dois pas omettre de dire qu'elle avait eu déjà trois grossesses antérieures, terminées par deux fausses couches et la naissance d'un enfant à terme.—Je l'ai examinée dimanche matin, et ma première pensée était qu'il s'agissait d'une insertion anormale du placenta, il s'écoulait du sang comme cela n'a pas lieu dans un accouchement régulier. Il est, du reste, je le répète, de la plus haute nécessité, de savoir que lorsqu'une femme en travail perd du sang, il se passe quelque chose d'anormal dont on doit chercher la cause.

Bref, cette femme est restée sans accoucher pendant quarante-huit heures par suite de la lenteur du travail, de contractions utérines irrégulières, plus longues que d'habitude quoique insuffisantes, comme dans certaines présentations ou dans certains vices de conformation du bassin. Cependant, la dilatation du col ayant augmenté et l'écoulement sanguin continuant, Mme de Soyre a rompu les membranes dans la soirée du second jour, comme c'était indiqué, du reste, dans un travail aussi languissant, parce qu'en pareil cas il arrive assez souvent que cette rupture des membranes accélère le travail et hâte la terminaison de l'accouchement. C'est précisément ce qui est arrivé ici.

L'expulsion du produit de la conception s'est faite rapidement, mais l'enfant était mort. Le placenta n'avait pas sa forme ordinaire, il était ovalaire et présentait sur une sorte de prolongement de gros caillot, c'est-à-dire au point où l'hémorrhagie s'était produite. De plus en examinant les membranes on a pu voir que l'œuf s'était ouvert vers sa partie inférieure, que la déchirure était très voisine de l'insertion vicieuse du placenta.

Quant à la femme, une complication est survenue dans sa santé générale; nous avons trouvé, ce matin, une pneumonie commençante au sommet du poumon gauche, pneumonie accidentelle qui remonterait à deux ou trois jours; son état est assez inquiétant, mais il n'est pas désespéré.

II. Nous avons eu aussi deux cas intéressants au point de vue du cordon ombilical. Dans l'un il formait quatre circulaires autour du cou; il est vrai de dire qu'il était d'une longueur beaucoup plus grande que d'habitude, il mesurait 1m,07. L'enfant est né vivant.

Dans le second cas, nous avons constaté une exagération dans le sens opposé, c'est-à-dire une brièveté excessive. Le cordon mesurait seulement, du placenta à l'ombilic, 27 centimètres. Néanmoins il ne paraît avoir produit, dans l'espèce, rien de fâcheux, bien qu'il ait à peine la longueur suffisante si le placenta s'insère tout au fond de la matrice. Que se passe-t-il donc ordinairement en pareille circonstance? L'accouchement commence. Si d'une part la matrice tend à revenir un peu sur elle-même, d'autre part le nombril de l'enfant se trouve un peu plus bas placé; or il faudrait dans ces conditions, que le cordon eût une longueur moyenne de 39 à 40 centimètres, à moins que, l'accouchement marchant très vite, les tiraillements n'aient que peu le temps de se produire.

J'ai vu de nombreux cas où la brièveté du cordon a amené des accidents fort graves ou tout au moins des phénomènes douloureux. En effet, les contractions utérines amènent des tiraillements du cordon qui retentissent douloureusement sur la matrice et provoquent des douleurs spéciales, tout à fait différentes de celles de l'accouchement. Cette brièveté du cordon peut aussi déterminer des modifications dans les contractions utérines, rendre le travail lent, pénible; d'autres fois aussi il donne lieu à de petites plaies, d'où une tendance aux hémorragies. D'autres fois l'accouchement se termine par la naissance d'un enfant mort, et si l'on vient alors à examiner le placenta, on aperçoit à sa face fœtale des caillots résultant de son décollement par les tiraillements exercés naturellement sur le cordon.

C'est ainsi qu'il y a quinze ou dix-huit mois, j'étais auprès d'une jeune femme chez laquelle tout allait à souhait, lorsque dans un dernier toucher je vis mon doigt teint de sang, en même temps qu'il s'écoulait un peu de sang le long de la face interne des cuisses. Le fait était quelque peu inquiétant. J'observai pendant vingt minutes la marche du travail, rien de particulier ne se manifestait; mais le stéthoscope appliqué, à travers les parois abdominales de la mère, sur la région précordiale de l'enfant, m'indiqua un certain trouble dans la circulation fœtale, des battements du cœur plus faibles, moins fréquents. Toutes les trois ou quatre minutes, je continuai à ausculter l'enfant jusqu'au moment où, reconnaissant que sa vie était en danger, je dus intervenir avec le forceps pour terminer l'accouchement. L'enfant

vint au monde dans l'état de mort apparente, et ce n'est qu'après d'assez grandes difficultés que je parvins à le ranimer. Le cordon était d'une longueur bien au-dessous de la normale.—*Gazette des hôpitaux.*

**Traitement de l'eczéma des parties génitales, du prurit et de la leucorrhée.**—Dans les cas d'eczéma où les glycérolés et les onguents ont échoué, on pourra réussir avec la formule suivante :

R—Chlorate de potasse ..... grs xxx  
 Vin d'opium..... gttss L  
 Eau..... Oii

Appliquez sur les parties au moyen de compresses de toile et recouvrez de soie huilée. S'il y a beaucoup d'irritation, faites administrer préalablement un bain de siège chaud et appliquer des cataplasmes saupoudrés de carbonate de chaux pulvérisé.

Dans le prurit rebelle, lié à la leucorrhée, dissolvez dans une pinte d'eau de goudron chaude une cuillerée à soupe d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et d'iodure de potassium; employez en lotions matin et soir: contre le prurit et la leucorrhée.

Dans la leucorrhée fétide on se servira avec avantage des formules suivantes :

R—Chlorate de potasse. .... ʒiiss  
 Vin d'opium..... ʒiiss  
 Eau de goudron..... Oiʒii

Ou bien :

R—Vinaigre blanc (ou vin)..... Oiʒii  
 Teint. d'eucalyptus..... ʒiiss  
 Acide salicylique..... grs xv  
 Salicylate de soude..... ʒv

Usage—De une à cinq cuillerées à soupe dans une pinte d'eau chaude en injection deux ou trois fois par jour.—*Obstetric Gaz.—Nashv. Journ. of M. & S.*

**Traitement de la vaginite et de l'urétrite blennorrhagiques.**—Le Dr. J. Cléron, l'habile gynécologue de Saint-Lazare, emploie avec succès l'acide borique qui présente divers avantages sur d'autres antiseptiques excellents :

1<sup>o</sup> Il est bien supporté par les muqueuses malades sans réaction douloureuse.

2<sup>o</sup> Il donne une solution incolore.

3<sup>o</sup> Il est d'un prix peu élevé.

4<sup>o</sup> Comme antiseptique, il occupe un très-bon rang dans la série de Marié-Davy.

S'il présente un inconvénient, c'est d'être un peu soluble dans l'eau. En effet, celle-ci n'en dissout que 3 pour 100 à 15 degrés.

Pour y obvier, j'ai fait préparer une solution d'acide borique dans la glycérine, à chaud. Il se forme une sorte de crème gélatineuse, très-soluble dans l'eau, principalement dans l'eau chaude.

Voici la formule :

Glycérine neutre..... 120 gr.  
 Acide borique..... 80 —



A l'aide de cette préparation, on peut dissoudre, dans l'eau, cinq à six fois plus d'acide borique.

Dans la vaginite purulente, on peut employer le glycérolé à l'aide de tampons d'ouate laissés dans le vagin, ou mieux, en irrigations bi-quotidiennes,—3 à 4 cuillerées à bouche par litre d'eau.

Dans l'urétrite purulente, il faut faire, une fois par jour, dans la vessie, une injection de 60 grammes d'eau tiède, pour une cuillerée à café de glycérolé.

Sous l'influence de ce moyen, j'ai vu guérir en deux à quinze jours des affections (vaginite ou urétrite purulentes) rebelles à tout traitement depuis plusieurs mois.—*Abeille médicale.*

## PÆDIATRIE.

**La diarrhée chez les enfants.**—Clinique de M. JULES SIMON à l'hôpital des Enfants Malades. 1.—Chez l'adulte, l'entérite est limitée à l'intestin grêle; chez l'enfant, au contraire, elle s'étend à la fois à l'intestin grêle et au gros intestin. Dans certains cas, la sécrétion de la muqueuse donne lieu à la formation de fausses membranes; et dans d'autres, la diarrhée s'accompagne d'écoulement de sang et vous avez l'entérite dysentérique. Quelquefois la diarrhée est due à des troubles fonctionnels du foie, qu'il y ait polycholie ou acholie. Parfois le pancréas ne fonctionne plus et les selles ont l'apparence de graisse émulsionnée. La diarrhée peut survenir encore sous une influence palustre, notamment dans certains pays, et l'on a vu une sorte de fièvre intermittente se manifestant sur l'intestin, que l'on n'arrête bien d'une façon définitive que par le sulfate de quinine.

Je ne parlerai pas ici des diarrhées utérines qui surviennent à la dernière période de certaines affections et je commence dès maintenant par la diarrhée lientérique simple.

Dans cette affection, les selles sont composées d'aliments indigérés dont l'aspect varie suivant l'âge de l'enfant, grandet déjà, ou à la mamelle. Il ne s'agit pas ici d'une lésion, mais seulement d'un trouble fonctionnel. Le ventre n'est ni chaud ni bien douloureux, il est légèrement météorisé; en somme, il n'y a pas d'état morbide général. Mais cette lientérie conduit souvent à la diarrhée catarrhale caractérisée par une congestion de la muqueuse et une hypersécrétion des glandes; les selles sont plus liquides, séro-muqueuses et à côté d'aliments indigérés on constate des produits de sécrétion séreuse, verdâtre d'abord, puis verte et muqueuse; on trouve des glaires et de la bile en plus grande quantité que dans les selles normales. L'analyse des matières dénote la présence des sels du sang, de l'albumine et de l'hématoidine. d'où la déperdition rapide des forces des petits malades. De plus, le ventre est un peu météorisé, la langue chargée, suburrale, blanchâtre; le pouls fébrile le soir, paroxystique. L'enfant est grognon, l'appétit est perdu. Aussi n'est-ce plus ici un simple trouble fonctionnel, car à l'état lientérique se joignent des phénomènes d'embarras gastrique; mais c'est là tout.

Dans l'entérite véritable, au contraire, le malade éprouve des col-

1. Suite.—Voir la livraison de mai.

ques assez vives, des douleurs abdominales spontanées; les selles sont très fréquentes, très liquides, d'un vert épinard; elles sont acides et d'une odeur aigre. Le pourtour de l'anus est rouge, les fesses érythémateuses. Le ventre est météorisé, tendu, très douloureux à la pression, les veines abdominales sous-cutanées sont distendues, la peau est chaude; la langue rouge, lancéolée à la pointe comme dans la fièvre typhoïde; le facies est rétracté, les globes oculaires rentrés dans leur orbite, le nez pincé, effilé, froid, les sourcils froncés; les extrémités sont froides. La soif est considérable, sans pouvoir jamais être satisfaite; il y a de l'insomnie, de l'agitation. La fièvre est constante, la peau chaude, et le soir on observe un paroxysme très prononcé. L'état général devient parfois si grave que l'enfant a l'aspect d'un petit vieillard.

Ici il y a une lésion véritable et non plus seulement un trouble fonctionnel. La muqueuse intestinale est enflammée, ramollie même, et l'inflammation est beaucoup plus généralisée, s'étendant à une grande portion de l'intestin.

Cette entérite peut revêtir divers aspects: tantôt l'aspect cholériforme, et l'enfant, qui n'avait au début qu'une simple lientérie, voit le mal progresser, les selles devenir liquides comme de l'eau; il y a à la fois hypersécrétion séreuse, muqueuse et bilieuse et le malade se vide pour ainsi dire. En même temps il vomit, d'abord ses aliments puis de l'eau sale, légèrement bilieuse. Le ventre est aplati, et plus froid que chaud; ses parois sont flasques, molles, il semble que la peau soit trop large. Le petit être a fondu subitement, sa figure est violacée, rétractée; il est dans une prostration plus ou moins profonde, poussant de petits gémissements; enfin il y a un refroidissement général du corps, sans fièvre, mais un pouls petit, misérable et sans consistance.

Tantôt la diarrhée se présente, au contraire, avec des phénomènes cérébraux déterminés par les douleurs abdominales, par la fluxion de la muqueuse, et peut déterminer, chez les sujets nerveux, jusqu'à des mouvements convulsifs, soit dès le début des accidents, soit seulement dans le cours de la maladie. C'est ainsi que parfois un enfant est pris tout à coup d'une diarrhée intense, non cholériforme cependant, mais douloureuse avec épreintes et, vu son état nerveux ordinaire, présente des convulsions. D'autres fois, sous l'influence encore de la diarrhée, l'enfant tombe dans l'abattement, dans une prostration analogue à celle que l'on observe dans la fièvre typhoïde: c'est là le fait propre de l'entérite à forme comateuse.

Quelquefois les phénomènes accompagnant l'entérite peuvent simuler la méningite par des troubles digestifs, de la diarrhée, des douleurs de tête, de petits cris et une certaine agitation la nuit, voir même un peu de strabisme, de l'inégalité des pupilles. En pareil cas, s'il y a doute dans votre esprit, ne vous prononcez pas, attendez que la méningite vous ait montré ses caractères propres.

Il ne faut pas confondre le flux de sang que l'on observe parfois dans l'entérite avec la dysenterie véritable, qui est très rare chez les enfants. Dans l'entérite, le sang est isolé des produits de la sécrétion tandis que dans la dysenterie, au contraire, le sang est intimement confondu avec ces produits; de plus les coliques sont très vives. Dans cette dernière affection, il y a du ténésme, les selles ne sont pas abondantes mais très nombreuses, s'accompagnant d'efforts, d'épreintes, etc. Du reste, j'y reviendrai dans la prochaine leçon et j'arrive maintenant au traitement.

Comme dans la diarrhée lientérique il ne s'agit que d'un trouble fonctionnel, il faut d'abord porter son attention vers l'alimentation de l'enfant, la surveiller ainsi que l'hygiène; souvent vous trouverez la cause du mal dans un vêtement insuffisant sacrifié à la mode, dans des bains répétés tous les jours, ce qui est détestable, tandis qu'un lavage à grande eau, fait avec soin, et d'une durée de quelques secondes seulement, est une bonne chose. Puis l'on arrive au traitement curatif. On donnera alors au milieu de la tétée, pour un enfant à la mamelle, une cuillerée à café d'eau de chaux médicinale additionnée de moitié d'eau: si les selles n'en sont pas transformées, on pourra avoir recours à l'eau de Vals (source St Jean), en ayant soin de changer de bouteille tous les deux ou trois jours, cette eau s'altérant assez vite et devenant promptement purgative. On la donnera un peu dégoardie comme température. On fera frictionner le ventre de l'enfant avec de l'huile de camomille camphrée chaude. De plus on prescrira un ou deux lavements tous les jours pour déterminer en une ou deux fois des gardes-ropes abondantes et débarrasser l'intestin.

Si l'enfant a atteint l'âge de deux ans, on lui donnera dans les aliments une pincée d'un mélange à parties égales de craie préparée et de phosphate de chaux pulvérisé, auquel j'ajoute, au besoin, un peu de poudre de bismuth. Si cela ne suffit pas et que la lientérie marche à la diarrhée catarrhale, alors, comme déjà on observe un peu d'embarras gastrique et de la fluxion intestinale, on aura recours à un émétique-cathartique, 30 centigrammes (6 grains) d'ipeca dans 30 grammes (1 once) d'eau pour un enfant d'un an. On obtient de cette manière une hypersécrétion favorable, une détente de médicament agissant à la fois comme vomitif et purgatif. De plus on emploiera les poudres inertes que je vous ai indiquées pour la lientérie simple ainsi que les frictions sur la peau de façon à la faire fonctionner. Si tout cela ne suffit pas, au bout de deux ou trois jours, on prescrira une potion au bismuth légèrement laudanisée, soit une demi-goutte de laudanum dans une potion de 100 à 120 grammes (3 à 4 onces) pour un enfant au dessous d'un an, une goutte de un à deux ans et deux gouttes au dessus de cet âge. Si cela ne suffit pas encore, on ajoutera à la potion du diascordium, la dose en sera de 30 centigrammes (6 grains) au dessous d'un an, de 60 centigrammes (12 grains) de un à deux ans et de 2 grammes (32 grains) à trois ans.—*Gaz. des hôpitaux.*—*A suivre.*

**Traitement du Croup par l'émétique; Dr. BOUCHUT.**—Le traitement du croup par l'émétique est très ancien. Il est en usage depuis vingt-cinq ans dans le service de M. Bouchut où il a donné plus de deux cent guérisons sans qu'il ait eu à regretter aucun accident. Beaucoup de médecins à Paris et en province emploient cette médication avec le même succès, et on peut dire que ceux qui savent convenablement se servir de l'émétique, relativement à sa dose et à son mode d'administration, n'en retirent que des avantages. Pour ne donner qu'une idée sommaire, M. Bouchut ajoute que cette année, sur les cent cinquante cas de croup venus dans le pavillon d'isolement diphthérique, il y en a eu vingt-cinq qui ont échappé à l'opération par le moyen de l'émétique.

Tous les faits de dépression des forces chez les enfants et de diarrhée cholériforme attribués à cette médication sont possibles et vrais.

l'émétique est mal administré. Il ne s'observent pas sous la surveillance des médecins qui connaissent l'emploi du médicament. On ne les rencontre jamais dans son service.

Quelle est donc la manière d'administrer l'émétique dans le croup pour en tirer tous ses avantages et pour en éviter les inconvénients ? Le procédé est bien simple. Il faut se garder de faire boire les enfants après qu'on a donné la potion, de manière à ne pas diluer le médicament. Si les enfants ont soif, une cuillerée d'eau sucrée peut les satisfaire. De cette façon, le médecin obtient ce qu'il désire, il a un médicament émétique, contro-stimulant et non un médicament purgatif. S'il désire avoir l'action purgative, il n'a qu'à faire boire de l'eau chaude en abondance, et la purgation se produira, suivie même d'accidents de diarrhée cholériformes.

Le médecin peut donc, à son gré, lorsqu'il donne l'émétique à un enfant, avoir un effet vomitif ou purgatif. S'il défend les boissons, et si on lui obéit, son émétique fera vomir ; si la mère de l'enfant ou les domestiques donnent trop à boire pendant les deux heures suivantes, l'émétique devient par ce lavage un purgatif plus ou moins énergique.

Voici donc de quelle manière l'émétique doit être donné dans le croup pour obtenir le chiffre de guérisons plus haut rapporté.

Tous les jours, donner le vomitif suivant :

Eau sucrée.....	80 grammes ;	( $\bar{z}$ ii ss)
Émétique.....	25 milligr., au-dessous de 10 ans.	(gr ss)
— .....	5 centigr., au-dessus de 10 ans.	(gr i)

A prendre en une fois, et ne pas boire avant une période de deux heures.

On a ainsi des vomissements muqueux ou membraneux qui débarrassent les bronches et le larynx ; puis dans la journée laisser l'enfant manger des potages épais, des biscuits trempés dans du vin.

De plus, si le cas est grave, comme potion contro-stimulante, faire prendre :

Potion gommeuse.....	100 grammes ;	( $\bar{z}$ iii)
Sirop diacode.....	20 —	( $\bar{z}$ ssi)
Émétique.....	10 centigr.	(gr ii)

A prendre une cuillerée à café toutes les deux heures, sans donner beaucoup à boire aux enfants et en les laissant manger ce qu'ils désirent, tant que la respiration est gênée, fréquente, et que la toux reste croupale.

De cette façon, la tolérance de l'émétique s'établit et les enfants peuvent prendre cette potion pendant plusieurs jours de suite, tout en mangeant bien, et sans avoir ni vomissement ni diarrhée.

Si par hasard la tolérance ne s'établit pas, et si les enfants vomissent, ordre doit être donné aux parents d'arrêter l'usage de la potion pour éviter d'affaiblir les malades.

Tel est le traitement médical du croup par l'émétique. C'est le seul auquel l'auteur attache une importance réelle, en raison des nombreux succès qu'il a donnés, et toutes les objections qu'on lui adresse sont pour lui sans aucune valeur. Ces objections tomberaient si, au lieu de généraliser des reproches d'après quelques traitements mal dirigés, on se conformait aux règles qu'il a tracées.

“ En cinq mois, dit M. Bouchut, j'eus à soigner cent cinquante-cinq cas de croup, vingt-cinq ont guéri par l'émétique employé, comme je viens de le dire, et aucun n'a souffert de la médication. Ceux qui n'ont pu guérir ainsi, au nombre de cent trente, ont été opérés et ont fourni vingt-neuf guérisons, de telle sorte que sur cet ensemble de croup, il y a eu cinquante-quatre guérisons et cent un morts, soit environ un guéri sur trois malades.—*Paris-médical—Concours médical.*”

**Traitement de l'Eclampsie infantile.** par le Dr. Decroizilles, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Une crise convulsive s'arrête, dans un certain nombre de cas, sans intervention médicale. Parfois on voit les accidents cesser quand on transporte le malade dans une pièce mieux aérée et moins chaude que celle dans laquelle il se trouvait d'abord et quand on le dégage de vêtements qui le serreraient trop fortement. Chez certains enfants, on met fin à la crise en retirant une épingle dont la pointe irritait la peau. Il est utile de placer le jeune sujet sur un lit dur, ou sur un plan frais et résistant, après l'avoir dégagé de tout ce qui le gênait; dans quelques cas, on le soumet avec avantage à l'influence de l'air extérieur, on le plonge dans un bain tiède, on pratique sur sa tête des lotions avec de l'eau à température peu élevée. Si les convulsions paraissent avoir été occasionnées par l'ingestion d'une trop grande quantité d'aliments, on prescrit un vomitif, on cherche à déterminer l'expulsion des matières ingérées, en agissant sur la luette avec l'extrémité d'une plume. On voit souvent le calme se rétablir lorsque des fragments de légumes non digérés ont été rejetés au dehors. La purgation peut produire le même effet, et beaucoup de médecins administrent tout d'abord, avec raison, de 5 à 15 grammes (5i gr. xviii à 5iv) d'huile de ricin, et 10 à 20 centigr. (gr. ii à iv) de calomel ou de 8 à 20 gr. (5 ii à ix) de manne. Il est indispensable d'user de ces moyens avant d'avoir recours à un autre traitement, si l'on apprend qu'il y a de la constipation depuis plusieurs jours, si le ventre est dur et tendu, si la palpation fait découvrir que l'intestin renferme des amas de matières fécales.

Lorsqu'on sait que l'enfant a rejeté des fragments de ténia ou des ascarides lombricoïdes, il est également indiqué d'avoir recours aux vermifuges. Les médecins anglais préconisent le débrièvement de la gencive à l'aide d'une incision cruciale ou d'une excision, quand l'éclampsie coïncide avec la dentition, ou lorsque l'on constate une tension notable de la muqueuse gingivale. Cette pratique produit quelquefois de bons résultats en atténuant l'état fluxionnaire, en donnant lieu à un écoulement de sang, ou peut-être en rendant la sortie de la dent moins difficile. Les excisions sanguines ont une efficacité réelle et l'application de quelques sangsues derrière les oreilles, parfois même aux cuisses, ou près des malléoles, fait souvent cesser le paroxysme assez promptement en faisant cesser l'état congestif encéphalique produit par la tension des muscles cervicaux qui, en devenant cause de spasme, prolonge et aggrave l'accès.

Chez quelques enfants vigoureux, une saignée du bras ou de la saphène amène la détente. On doit appliquer aussi des cataplasmes chauds de farine de graines de lin auxquels on ajoute de la farine de moutarde et qu'on promène sur les extrémités inférieures. Trousser

quelquefois obtenu la disparition des phénomènes éclamptiques par la compression des carotides. Lorsque l'état convulsif se prolonge, on doit lutter contre les perturbations nerveuses avec les antispasmodiques. A cet égard, Blache et Guersant accordent une importance spéciale à l'oxyde de zinc et au musc. Le premier de ces médicaments a été administré par Joerg avec succès et signalé par Brachet comme un des meilleurs calmants qu'on puisse opposer à l'éclampsie infantile; il faut en faire prendre de 5 à 40 centigrammes (gr. i à viii) et quelquefois on le mélange, à parties égales, avec l'extrait de jusquiame. Le musc peut lui être associé ou s'administrer seul; d'après Grisolle, il n'a d'action que si sa dose est considérable et portée à 40 ou 50 centigrammes, (gr. viii à x) et même à 1 gramme (1 gr. xviii) en 24 heures. Quelques succès ont été obtenus avec la valériane, l'asa foetida ou le camphre; mais il vaut mieux ordinairement faire pénétrer ces substances sous forme de lavement que les introduire par la bouche. L'opium jouit, en Angleterre, d'une grande faveur, lorsqu'il s'agit de remédier à cet état morbide; tout en reconnaissant l'utilité de ce médicament, il est nécessaire de l'employer avec circonspection et de le réserver pour les cas où le point de départ de la convulsion est une piqûre d'épingle ou la douleur occasionnée par un vésicatoire. En outre, c'est par la périphérie du corps qu'il faut l'introduire dans l'organisme.

Le bromure de potassium, que West a souvent administré, rend ici de très grands services. On le fait prendre à des doses de 50 centigrammes à 1 gramme (gr. ix à xviii) par jour pour les très petits malades, de 2 à 4 grammes (zss à i) pour ceux qui sont plus âgés, de 4 à 5 (ʒi à iss) pour ceux qui approchent de l'adolescence. En même temps que cet agent, on emploie également le chloral; chez quelques enfants on les prescrit tous deux à la fois. D'après d'Espine et Picot, l'hydrate de chloral est le médicament le plus utile dans le traitement de l'éclampsie, si l'on a soin, cependant, de ne pas en user chez les enfants atteints de cyanose, ou chez ceux qui sont faibles et anémiques. Mes propres observations me démontrent que cette opinion est fondée. Il faut faire ingérer l'hydrate de chloral par quantités très faibles qu'on répétera toutes les quinze ou trente minutes jusqu'à ce que le calme s'établisse, et qui ne devront pas dépasser 5 centigr. (gr. i) chez les nouveau-nés, 15 (gr. iii) chez les enfants qu'on allaite 20 à 30 (gr. iv à vi), chez ceux qui ont plus de 2 ans et moins de 6 ans, de 40 à 80 (gr. viii à xvi) entre la septième et la douzième année. Cette médication doit être assez promptement suspendue, mais il est avantageux d'y revenir, dès que les crises éclamptiques se renouvellent. Quelques médecins ont prescrit des doses très considérables de chloral, d'autres l'ont conseillé en lavement ou en suppositoires. Le chloroforme a été, dans de nombreuses circonstances, employé en inhalations. West signale les bons effets de cette méthode de traitement qui, d'après lui, ne donne jamais de revers. Mais l'apaisement produit par ce moyen est de courte durée, et quand on n'a pas supprimé la cause des convulsions, elles ne tardent pas à éclater de nouveau.

Les inhalations doivent également être renouvelées pour être efficaces, et il est impossible qu'il ne soit pas périlleux de se servir, à intervalles rapprochés, d'un agent de la nature du chloroforme; on peut le recommander cependant dans les cas qui semblent devoir

mettre très-promptement l'existence en question, mais il est inférieur au chloral pour obtenir un effet durable. On le donne aussi en potion, à la dose de 25 à 50 centigrammes (gr. v à x); mais son pouvoir calmant, sous cette forme, est peu considérable. On peut en dire autant de l'éther sulfurique, de l'eau ou du sirop de fleurs d'oranger et même de l'eau de laurier-cerise; l'acétate d'ammoniaque a encore moins de valeur. Je ne crois pas davantage à l'efficacité de la térébenthine, administrée à l'extérieur et qui, dans l'épilepsie infantile, avait donné d'assez nombreux succès.

Lorsque l'éclampsie a éclaté chez les enfants anémiques ou qui ont souffert d'hémorrhagies abondantes, on doit proscrire d'une façon absolue les émissions sanguines, et l'on emploie avantageusement les préparations martiales, principalement les carbonates ou la limaille de fer, en y joignant, dans quelques circonstances, l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux, si le malade présente les traits du rachitisme. Un certain nombre d'enfants sont atteints de dyspepsie, et les convulsions sont quelquefois engendrées par la persistance de cet état. Les faits de cette nature doivent être traités par les purgatifs doux qu'on administre à de fréquents intervalles. On a préconisé les bains froids en Allemagne et en Suisse pour lutter contre l'éclampsie que les pyrexies tiennent sous leur dépendance. Il est incontestable que l'état convulsif disparaît parfois sous l'influence de l'eau froide; mais rien n'est plus inconstant que cet heureux résultat, et les inconvénients, on peut dire les dangers de la réfrigération, sont trop nombreux pour qu'il soit possible de la recommander sans restriction. Elle n'est applicable, à mon sens, que dans des conditions qui se réalisent rarement, en présence d'une chaleur exceptionnelle de la peau, en se servant d'eau tiède et non d'eau réellement froide; on doit la rejeter absolument toutes les fois que l'éclampsie a son point de départ dans une phlegmasie aiguë des poumons. Les affusions et les aspersions fraîches sur la tête sont moins périlleuses pour les petits malades que les bains frais dans lesquels on les plonge en entier. On a même obtenu quelquefois de très-bons effets d'irrigations prolongées, faites à l'aide du robinet d'une fontaine, dont on fait tomber le jet directement sur le sommet de la tête.

Il ne suffit pas de combattre les attaques; il faut s'attacher à prévenir leur retour, en éloignant les causes qui sont susceptibles de les reproduire. Pour arriver à ce résultat, on prescrira un régime adoucissant, une alimentation bien réglée, l'usage de petites doses de calomel données de temps à autre, en y joignant parfois la valériane ou l'oxyde de zinc. On fera fréquemment baigner les enfants dans l'eau tiède, on les habituera à recevoir des aspersions fraîches sur la tête. On conseillait autrefois, dans un but prophylactique, l'application d'un exutoire au bras ou à la nuque; cette pratique est aujourd'hui abandonnée. Quant aux autres précautions que je viens de passer en revue, elles ne sont pas inutiles, et on a vu quelquefois, chez de jeunes sujets qui y ont été soumis, des phénomènes éclamptiques d'existence invétérée, s'atténuer, puis disparaître.

—Revue mensuelle des maladies de l'enfance.

**De l'emploi de la camomille dans le traitement de la diarrhée des enfants.**—Le Dr. Christopher Elliott corrobore le témoignage de

Ringer au sujet des bons effets obtenus dans le traitement de la diarrhée de dentition par l'infusion de camomille. Ce médicament s'appliquerait surtout aux cas caractérisés par des selles fréquentes, de couleur verte, ou bien argileuses et striées de sang, et accompagnées de coliques. Elliott donne de une demi-drachme à une drachme de l'infusion de camomille si l'enfant est au-dessous d'un an, et deux fois cette dose s'il est plus âgé, et cela, trois fois par jour ou plus souvent encore suivant la violence de l'attaque.—*Practitioner.—Can. Med. Record.*

**Accidents produits par les lombrics**, par M. le Dr ARCHAMBAULT, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Note lue à la *Société de Thérapeutique*.—M. Archambault place sous les yeux de ses collègues un dessin représentant le foie d'un enfant qui a succombé dans son service; on y voit un grand nombre de lombrics engagés dans les voies biliaires, et en divers points, des kystes qui tous renferment un lombric. Il s'agit d'une petite fille de cinq ans, douée d'une excellente santé habituelle et qui fut apportée à l'hôpital dans un état alarmant avec des symptômes analogues à ceux du choléra. M. Archambault apprit à ce moment que l'enfant avait rendu trois lombrics, mais ce fait n'attira pas autrement son attention. L'enfant étant morte trois jours après, on constata à l'autopsie une perforation de l'estomac et des lésions de péritonite généralisée, en outre la présence des vers déjà signalée dans le foie.

On n'attache en général aucune importance aux ascarides, surtout à Paris, où ils sont très rares, l'eau filtrée consommée par la population ne renfermant pas d'œufs de ces parasites. Cependant M. Archambault se rappelle avoir observé au début de sa carrière des accidents extrêmement graves chez trois enfants arrivés à Paris le matin même, et ayant été soumis à une alimentation épicée à laquelle ils n'étaient pas habitués. L'un d'eux présentait des convulsions violentes, un autre des coliques très douloureuses, et le troisième des selles diarrhéiques et des vomissements; les parents d'ailleurs n'étaient nullement incommodés. Ayant constaté dans les matières vomies par l'un des enfants un certain nombre de lombrics, M. Archambault, mis sur la voie du diagnostic, prescrivit 20 centigrammes de santonine à quelques heures d'intervalle: les enfants expulsèrent de véritables pelotes de lombrics et se trouvaient guéris le lendemain. Il est évident que ces vers, irrités par les épices ingérées, avaient réagi violemment et déterminé les accidents effrayants présentés par les petits malades; les parents, comme la plupart des adultes, n'avaient pas d'ascarides et, par suite, n'avaient éprouvé aucun malaise. Chez l'adulte, le régime, les boissons alcooliques et surtout l'absinthe amènent la mort et la disparition de ces vers intestinaux. A Veules, M. Archambault a observé maintes fois des accidents, et en particulier des arthralgies, chez les enfants porteurs de lombrics; tous les phénomènes disparaissent par l'administration de la santonine. Dans ce petit pays les enfants sont infectés par l'eau de la rivière dans laquelle on jette régulièrement les matières excrémentielles.—*Gaz. hebdomad.—Revue mens. des maladies de l'enfance.*



## FORMULAIRE.

**Gerçures aux mains.**—*Dr. M. A. Wilson.*

R—Acid. carbolicæ.....	gr xv
Vitellus ovi.....	No. 1
Glycerini.....	ʒ iii
M—Usage local.	

**Gonorrhée.**—*Dr. M. A. Wilson.*

R—Zinci iodidi.....	gr v
Bismuthi subnitri.....	ʒii
Mucilag. gum. acaciæ.....	ʒiss
Aq. destill.....	ad ʒiii
M—En injections après chaque miction.	

**Prurit de la vulve.**—*Marius Key.*

R—Huile de cade.....	1 partie
Glycérolé d'amidon.....	8 parties
M—Usage local.	

**Ménorrhagie.**—*Dr. J. Brown.*

R—Tincturæ cannabis indicæ.....	mxxx
Pulveris tragacanthæ comp.....	ʒi
Spiritus chloroformi Br.....	fʒi
Aquæ.....	q. s. ad fʒij

Dose : Une once toutes les trois heures.—*Philad. Med. Times.*

**Incontinence nocturne d'urine.**—*Grisolle.*

R—Extr. nucis vom.....	gr iv
Ferri phosphat.....	gr xlv
Extr. quassiæ.....	gr xxx
Rad. gentian.....	q. s.
M—Faites 25 pilules. Dose : Une pilule trois fois par jour.	

**Catarrhe naso-pharyngien.**—*Dr. W. F. Duncan.*

R—Acid. carbolicæ.....	ʒiss
Sod. biborat.....	} aa ʒii
Sod. bicarb.....	
Glycerini.....	fl ʒii
Aquæ.....	ad fl Oii

M—Usage local au moyen d'un vaporisateur ou de la seringue à injections nasales.

**Rhumatisme articulaire aigu.**—*Stillé.*

R—Sodæ bicarb.....	ʒiss
Potassæ acetat.....	ʒss
Acid. citrici.....	fl. ʒss
Aquæ.....	fl. ʒii

M—À prendre en une seule dose, toutes les trois ou quatre heures, jusqu'à ce que la réaction de l'urine soit devenue alcaline.

**Goitre exophtalmique.**—*Dr. J. A. Lidell.*

R.—Extract ergotæ fld (Squibb)..... }  
 Tinct. digitalis..... } ââ ʒiii

M.—Dose : 10 gouttes, trois fois par jour.

**Phthisie laryngée.**—*Solis Cohen.*

R.—Acid. carbonic. concentr..... fl. ʒi  
 Tr. iod. comp..... fl. ʒii  
 Aquæ..... ad ʒiii

Dose : ʒi en inhalations, trois ou quatre fois par jour.

**Néuralgie trifaciale.**—*Séguin.*

R.—Aconitiæ (Duquesnel) ..... gr ½  
 Spirit. vini..... }  
 Glycerini ..... } ââ ʒi  
 Aq. menth. pip..... ad ʒii

Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour, entre les repas.

**Traitement de la diarrhée (entérite catarrhale) chez les enfants.**

—(JULES SIMON).—Pour un enfant de deux, trois ou quatre ans, eau de riz, ou eau albumineuse, ou décoction blanche de Sydenham et au besoin potion ainsi composée :

Bismuth..... 4 gram. (ʒi)  
 Diascordium ..... 2 — (ʒss)  
 Laudanum de Sydenham :  
 Pour un enfant de 2 ans..... 1 à 2 gouttes.  
 A partir de 3 ans ..... 2 à 3 gouttes.  
 Eau gommeuse..... 100 gr. (ʒiii ʒi)

Pour un enfant à la mamelle, on emploiera la même potion, mais avec les modifications suivantes :

Bismuth..... 2 gram. (ʒss)  
 Diascordium ..... 50 cent. (gr viii)  
 Laudanum de Sydenham..... 1 goutte.

Si la diarrhée se compose de vomissements, on prescrira, en même temps, la potion de Rivière qu'on donnera de quatre en quatre heures, et au besoin on fera appliquer un vésicatoire sur le creux épigastrique et on fera faire des fomentations sur le ventre avec de l'huile de camomille camphrée.

Dans certains cas, on peut prescrire des lavements d'amidon cuit avec une goutte de laudanum.

Ce traitement doit être continué pendant dix jours au moins.

Dans l'entérite pseudo-membraneuse, grands lavements d'eau tiède, suivis d'un petit quart de lavement laudanisé.

Dans l'entérite cholériforme ou choléra infantile, appliquer le même traitement que dans l'entérite catarrhale. En plus, donner à l'enfant du vin de Malaga : au-dessous de six mois, une cuillerée à dessert dans de l'eau sucrée ; à un an, une cuillerée à soupe, au-dessus de cet âge 2 ou 3 cuillerées, frictions stimulantes sur le corps avec de l'eau de mélisse. Recouvrir l'enfant de ouate.

Dans les cas graves, bain sinapisé ou de vin chaud, bouillon de poulet, lait additionné d'eau de chaux.

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUILLET 1883.

---



---

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tirail 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **\$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHENIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

---

## L'assemblée triennale du collège des M. et C. de la P. de Q.

Dans quelques jours, (le 11 juillet), aura lieu à Québec l'assemblée triennale des membres du collège des médecins de la Province.

Dès leur début ces réunions ont pris, non sans raison, les proportions d'un évènement important et plus les avantages que nous retirons de la nouvelle loi et du nouveau régime deviennent évidents et nombreux, plus la profession manifeste d'intérêt pour les affaires du Collège. Quoique fasse le Bureau des gouverneurs il y aura toujours des mécontents qui se croiront lésés dans leurs droits, des pessimistes qui crient que tout est mal fait qui n'est pas fait par eux, et des impatientes qui croiront qu'on peut atteindre le comble de la perfection du premier jet. Mais ceux qui sont de bon compte se plaisent à reconnaître que notre position sociale comme médecins s'est grandement améliorée grâce aux travaux du Bureau, et cela non pas sur des points de détail mais sur des questions d'une importance capitale, tel que l'enseignement dans nos écoles de médecine, l'admission à l'étude, l'enregistrement qui permet de contrôler l'exercice de la médecine, l'abolition du charlatanisme, etc. Il reste encore bien des choses à faire et conséquemment la profession doit avoir à cœur de trier dans ses rangs un Bureau actif et intelligent, et de mettre ses affaires entre bonnes mains.

Les différentes facultés de médecine déploient en pareille circonstance un zèle et une énergie qui pour être basés sur un sentiment d'antagonisme n'en ont pas moins leur bon côté; elles réchauffent le zèle et augmentent le nombre des voteurs, et, nous nous plaisons à le croire, s'étudient à élire les plus dignes, mais d'autre part il ne faut pas oublier que le Collège n'a pas été institué uniquement pour s'occuper des écoles et que l'intérêt général de la profession doit être sa principale préoccupation. Il est regrettable de voir les membres de la profession qui n'appartiennent pas aux corps enseignants se préoccuper si peu du résultat et s'en remettre entièrement à tel parti ou à tel autre. Nous ignorons le travail qui peut se faire dans les campagnes et dans les autres villes, mais nous savons parfaitement que la profession est bien pauvrement représentée à la Société Médicale de Montréal quand celle-ci s'occupe des élections triennales; il en résulte, surtout avec notre système défectueux d'élections, que le choix des candidats est laissé au groupe des écoles qui est privé des suggestions utiles que pourraient fournir les membres désintéressés de la profession.

Malgré toute l'activité que déploient les différents partis, que de médecins négligent de conserver ou d'utiliser leur droit de vote, les uns parcequ'ils n'ont pas payé leur contribution annuelle, le plus grand nombre par pure indifférence. Quelle réponse méritent pareilles gens quand ils se plaignent de leur sort? Le Bureau sortant de charge a bien mérité par ses travaux, comme on a pu en juger par les rapports semi-annuels que nous avons publiés régulièrement, mais, comme dans tous les corps aussi nombreux, la masse du travail a été accomplie par un petit nombre de gens et toujours les mêmes. Comme en politique, il y a, dans notre Bureau, des gouverneurs à sinécure dont le rôle se résume à ne rien faire pendant leurs rares apparitions au Bureau. Il ne manque pourtant pas de médecins qui pourraient se rendre utiles; à nous de les trouver.

---

### Mesures Sanitaires.

---

Le Bureau de Santé de la ville de Montréal travaille activement de ce temps-ci à promouvoir les intérêts sanitaires des citoyens en s'occupant de l'établissement de bains publics, des moyens à prendre pour recueillir les statistiques vitales, etc. N'y aurait-il pas moyen que, par la même occasion et sans se trop déranger, nos édiles et leurs adjoints s'occupassent un peu de la question éternellement *actuelle*, et éternellement négligée du nettoyage de nos rues, ruelles, cours, etc.

Nous sommes précisément à la saison de l'année où les dangers résultant du mauvais état des cours et des rues sont les plus grands, et c'est peut-être aussi celle où nous ayons le plus de sujets de nous plaindre de la négligence apportée par le Bureau à remplir ses obligations sur ce point.

L'enlèvement des déchets a, de tout temps, été fait avec la plus grande irrégularité. Actuellement, ces déchets sont enlevés le plus rarement possible et, la plupart du temps ne le sont qu'à demi, s'ils le sont du tout. Nous avons eu occasion de passer trois fois consécutives et à deux jours d'intervalle, dans certaines rues, et d'y constater

la présence des mêmes monceaux d'immondices. Est-ce donc être trop exigeant que de désirer voir nos rues tonues dans un état de propreté tel qu'il convient à une ville civilisée ?

Enfin, dans certaines parties du Quartier Est, les cours sont d'une malpropreté effrayante. Les débris végétaux et animaux de toute espèce y croupissent aux rayons du soleil de juillet, en compagnie d'animaux morts et autres immondices. Quelles odeurs et quelle pestilence s'en échappent ! Et les effluves qui se dégagent ainsi sont respirées par dix, vingt, trente individus à qui vous causeriez une grande surprise en leur disant que ces débris renferment les germes de la fièvre typhoïde, de la diphthérie ou de la diarrhée infantile.

Nous invitons les membres du Bureau de Santé à faire faire l'analyse d'un pouce cube d'air recueilli au beau milieu de la première cour venue de la rue Jacques-Cartier ou de la rue Beaudry. On y trouvera une infinité de microbes de toute espèce.

Allons ! Un peu de propreté s. v. p ! Quelques bras de plus s'il le faut pour enlever tout cela et nous préserver des germes-contages. Quand nous aurons réduit à leur minimum les dangers d'infection de contagion, et réussi à diminuer le chiffre de la mortalité, il sera toujours temps de chercher les moyens de recueillir les statistiques vitales.

---

**Lactopeptine.**—On obtient d'excellents résultats dans le traitement du choléra des enfants, par l'emploi de la lactopeptine. C'est une préparation facile à administrer, dépourvue de tout danger et qui, par la pepsine, la pancréatine et la diastase qu'elle contient, convient admirablement au traitement des maladies des voies digestives chez les enfants.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

Le *Canada Medical Record* n'est pas du tout, mais là, pas du tout satisfait du résultat de l'élection qui a eu lieu dernièrement au *Montreal General Hospital* pour remplir la vacance créée par la résignation du Dr. Wright. Cela s'explique assez par le fait que le Dr. F. J. Shepherd l'a emporté par douze voix de majorité sur son concurrent, M. le Dr. F. W. Campbell, rédacteur en chef du *Record*, et a été en conséquence élu chirurgien de service (*attending surgeon*).

Un condamné à toujours vingt-quatre heures pour maudire ses juges, et le rédacteur du *Record* profite amplement de cette latitude. Dans un article plein de fiel, il exhale ses doléances sur un ton des plus lamentables et très propre à exciter la pitié des cœurs sensibles. Il se plaint amèrement entre autre choses, de ce que l'Université McGill semble vouloir garder le contrôle exclusif du service interne de l'hôpital au détriment de ce pauvre collège Bishop qui n'en peut, mais, et qui demande à tous les vents du ciel une institution où ses professeurs puissent donner leur enseignement clinique.

Tout cela est fort amusant, et il est à espérer qu'à McGill on saura prêter une oreille attentive aux gémissements de ceux qui posent en incompris et en inconsolés !

Qui aurait jamais cru que le vélocipédomanie tenterait de s'attaquer à nous !... Un certain Dr. Corbin de St-Johns, Michigan, adresse au *Medical Age* une correspondance dans laquelle il cherche à établir l'utilité pratique du bicycle pour les médecins qui ont quelque distance à parcourir dans la visite de leurs malades. Au point de vue hygiénique, ce genre de locomotion laisserait peu à désirer; il joindrait même l'agréable à l'utile et constituerait un mode aussi élégant que *chic* de prendre un exercice corporel dont ont grand besoin ceux qui se livrent avec ardeur aux travaux de l'esprit. Quel drôle d'effet produiraient certains de nos Esculapes d'ici, s'ils adoptaient les idées et le véhicule du Dr. Corbin !

Le correspondant ajoute qu'en se servant du vélocipède le médecin ne déroge en aucune façon à la dignité professionnelle. Corbin de mon cœur, ton article a dû être payé tant la ligne par quelque fabricant de bicycles en peine d'écouler sa marchandise.

\* \* \*

N'est-ce pas l'an dernier que l'on nous annonçait la mort de Ricord le fameux syphiliographe ? Plusieurs journaux d'outre mer en avaient publié la nouvelle, et, si j'ai bonne mémoire, l'*Union Médicale du Canada* l'avait reproduite pour l'information de ses lecteurs. Il y a quelque temps, deux de mes amis se prennent de querelle au sujet de cet événement. L'un prétend que Ricord n'est pas mort, *car il vit encore*, comme dit la chanson. L'autre nie absolument le fait et assure que le père de la syphilis a, depuis nombre de jours, atteint les sombres bords. On convient finalement d'aller aux informations et l'on établit un pari, le perdant devant payer au gagnant et à ses amis quelque chose comme un diner fin.

On prend donc patience. Une lettre reçue peu de temps après informait les intéressés que Ricord n'était pas plus mort que vous et moi, qu'il habitait Paris, mais y vivait assez retiré. Je dirai en passant que la joie de celui qui gagna le pari se borna à la satisfaction d'avoir eu raison. Le diner fin est encore à l'état de promesse et..... j'en devais être hélas !

Mais il paraît qu'il n'y a pas qu'au Canada que la mort de Ricord ait été annoncée. *Simplissime*, le spirituel chroniqueur de l'*Union Médicale*, de Paris, a eu la même mésaventure et nous la raconte le plus finement du monde sous le titre: "Les morts vivants." Je lui passe la plume :

"Je viens d'éprouver une des plus grandes surprises de mon existence. J'avais lu, il y a quelques mois, dans le *Journal de médecine de Bruxelles*, que "M. le professeur Ricord, le célèbre et spirituel syphiliographe," était mort. Absent de Paris depuis plusieurs semaines, je n'étais pas au courant de ce qui s'était passé dans notre monde médical, et d'autres occupations firent que je n'eus pas l'occasion de vérifier si le fait était exact. Or, mardi dernier, qui rencontrai-je dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie ? Ricord lui-même, toujours souriant, de ce demi-sourire spirituel et narquois que vous connaissez bien, toujours ingambe, et n'ayant nullement l'air de quelqu'un qui revient de l'autre monde.

"Ma stupéfaction fut si profonde et si visible qu'un de mes amis crut devoir m'en demander la raison. "Mais, Ricord!... Ricord!... puis-je

seulement balbutier.— Quoi, Ricord?— Mais, il est mort!— Comment, mort?— Mais oui, il y a trois mois, et je viens de voir un monsieur qui lui ressemblait tellement que j'ai cru que c'était lui." Il faisait très chaud mardi dernier, surtout à l'Académie, et mon ami me regardait d'un air inquiet, trouvant évidemment dans mes paroles les signes précurseurs d'une congestion cérébrale. " Voyons, me dit-il, Ricord n'est pas mort, le monsieur qui lui ressemble tant est bien lui-même.—Mais quel Ricord? insistai-je.—Ricord, le seul Ricord, le grand prêtre de la syphilis, celui qui nous l'a apprise à tous, celui qui a sauvé tant de glands que le roi de Hollande a cru faire acte de simple justice en lui envoyant l'*Ordre du Chêne!*"

À mon tour je regardai mon ami d'un air inquiet, tellement il avait d'ardeur à vouloir me convaincre de l'existence réelle d'un personnage que dans mon for intérieur je croyais bien et dûment entercé depuis plusieurs mois. Je l'entraînai sur le boulevard, au grand air, et l'emmenai doucement vers la Faculté, en ayant soin de le faire passer sous l'ombre des jeunes arbres pour rendre à son cerveau un peu de fraîcheur, attention que d'ailleurs il s'efforçait de me rendre de son mieux. A la bibliothèque de ladite Faculté, je demandai le numéro de mars de *Journal de médecine de Bruxelles*, et en haut de la seconde colonne de la dernière page, je lui fit lire, parmi les morts annoncées par M. le docteur Van den Corput, rédacteur en chef, le nom de notre vénéré confrère.

Le journal s'était trompé, mais il n'était pas le seul. Un des jeunes bibliothécaires présents nous apprit, en effet, qu'il avait lu dans plusieurs journaux allemands la nouvelle de la mort de M. Ricord, et qu'à l'heure actuelle, il le croyait disparu de la surface de notre globe depuis le commencement de l'année. Nous rectifiâmes, mon ami et moi, ses idées à ce sujet. Nous sommes heureux d'ajouter, pour l'édification du rédacteur en chef du *Journal de médecine de Bruxelles* et des *Blätter Wochenschrift* ou *Zeitung* quelconques qui ont mis le nom de M. Ricord dans leur article nécrologique, qu'il a dîné en aimable compagnie jeudi dernier, et qu'au dessert il a chanté sa chanson avec autant de succès que le plus jeune de ses convives."

\*\*\*

Après une discussion aussi longue qu'animée, à l'Académie de Médecine de Paris, au sujet de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dernièrement dans la capitale du monde civilisé, on en est arrivé à la conclusion, dit la *Gazette des hôpitaux*, que " la plus capitale des causes qui multiplient les cas de fièvre typhoïde et qui rendent les épidémies plus meurtrières chaque année, est le déversement des matières fécales dans les égouts."

A Montréal, les matières fécales de cent cinquante mille individus se déversent toutes dans les égouts, lesquels égouts communiquent tous avec nos rues par des regards et " déversent ainsi sur les passants leurs émanations de tout genre," pour me servir des expressions même de notre confrère. Celui-ci jette le cri d'alarme à la suite de l'Académie et de M. Le Fort. Ce cri, je le répète comme un écho, en disant à nos édiles: "*L'égout, voilà l'ennemi!*"

\*\*\*

Un homme qui en palpe de l'argent, de ce temps-ci, c'est M. de Lamirande. l'agent-collecteur du Collège des Médecins et Chirurgiens. Cela lui arrive de tous côtés. Presque tous les médecins de la province veulent s'assurer leur droit de voter aux prochaines élections, et pour cela, il leur faut payer toutes leurs redevances au Collège. Je dis presque tous, car il en est malheureusement un certain nombre qui sont fort arriérés sur ce point-là. Quelques-uns n'ont pas payé de contributions depuis quatre ans. Et il y en a parmi ces derniers qui ont eu le toupet de donner leur procuration!

On m'assure que dans le fin fond de certaines paroisses du nord ou du sud se trouvent des praticiens qui refusent absolument de solder le prix de leur contribution au Collège des M. C. disant qu' "*ils ne veulent pas faire partie de ce collège-là.*" En effet, il y aurait de la cruauté à les y forcer, et je les recommande tout spécialement à la clémentie pitié du Bureau des Gouverneurs.

MAX.

---

ON ANNONCE, comme devant être publiée bientôt, une nouvelle édition de la Pharmacopée Britannique.

INTERNAT.—Ont été nommés internes au *Montreal General Hospital*: MM. les Drs. John Gardner, James Gray et W. Henry.

SANS LICENCE.—On nous apprend que dans le comté de Pontiac il y a plusieurs médecins qui pratiquent sans licence. Avis à M. de Lamirande.

L'ASSOCIATION FRANÇAISE pour l'avancement des sciences tiendra sa douzième session, cette année, dans la ville de Rouen. La date d'ouverture du Congrès est fixée au jeudi, 16 août.

---

Va et vient.—M. le Dr J. F. LANDRY, ci-devant de St-Boniface, vient de se fixer à St-Léon, Manitoba.

Le Dr N. COULOMBE, a laissé l'Acadie pour venir s'établir à Montréal.

M le Dr. J. LEROUX, gradué de l'Université Laval a, de son côté, laissé Ste. Thérèse pour venir aussi s'établir à Montréal.

M. le Dr GIRARD a quitté Montréal, pour aller occuper, dit-on, une position officielle à Manitoba.

---

**Montreal General Hospital.**—Ainsi que nous l'annoncions dans notre livraison de mai, M. le Dr. Wright a donné sa démission comme chirurgien du *Montreal General Hospital*. M. le Dr. F. J. Shepherd a été élu pour le remplacer. M. le Dr. Rd. MacDonell, ci-devant médecin du *Montreal Dispensary*, est nommé médecin du département externe du *General Hospital*, pour remplir la p'ace laissée vacante par la promotion du Dr. Shepherd.



**Montreal Dispensary.**—La place de médecin du *Montreal Dispensary* laissée vacante par la résignation du Dr. R. MacDonell a été remplie par M. le Dr. Wm. Stephen.

**Université McGill.**—M. le Dr. F. J. Shepherd a été nommé professeur d'Anatomie aux lieu et place du Dr. Scott, décédé. Le Dr. R. McDonnell remplace le Dr. Shepherd comme Démonstrateur d'Anatomie et est à son tour remplacé, comme Assistant Démonstrateur d'Anatomie, par le Dr. R. J. B. Howard.

**Hopital Notre-Dame.**—CLINIQUE MÉDICALE.—Durant le mois de juillet M. le Dr. C. M. Filiatrault continuera à donner des conférences cliniques les lundis, mercredis et vendredis à 11 hs. a.m.

CLINIQUE CHIRURGICALE.—A dater du 12 juillet, M. le Dr. A. Lamarche remplacera M. le Dr. Brosseau dans le service chirurgical. Les leçons cliniques seront données tous les mardis, jeudis et samedis à 11 hs. a.m.

MM. les médecins et étudiants sont priés de se rappeler que durant la vacance l'admission aux cliniques est gratuite.

**Don généreux.**—Madame veuve Fraser vient de faire don à la Faculté de Médecine McGill, de la bibliothèque et de tous les instruments de chirurgie ayant appartenu au regretté professeur Fraser.—*Can. Med. and Surg. Journ.*

**Université Laval, Montréal.**—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la licence en médecine ont eu lieu le 18 juin dernier. Voici les noms des gradués :

LICENCIÉS.—MM. Michel Filiatrault, Edmond Grenier et Albert Thibodeau.

BACHELIERS.—MM. Chs. Lambert, Elie Barnaud et L. C. A. Rochon.

**Hopital flottant.**—L'amirauté allemande vient de faire construire une corvette-hôpital garnie de lits pour les malades et les blessés, d'instruments et de tables d'opération.

Il est entendu que dorénavant, en temps de guerre, cette corvette accompagnera la flotte sur le théâtre de l'action, sous la protection du pavillon de Genève; et pour la distinguer d'avantage, elle sera peinte en blanc avec une barre rouge.

**Nécrologie.**—A Paris, M. le Dr MARTIN DAMOURETTE, bien connu par ses travaux sur la thérapeutique; M. le Dr BOUQUILLON, professeur agrégé à la faculté de médecine de Paris; à Londres, ROBERT DRUITT M. D., F. R. C. P., F. R. C. S., auteur du *Surgeon's Vade-Mecum*, et cidevant éditeur du *Medical Times and Gazette*.

---

#### NAISSANCE.

BERTHELOT.—A Montréal, le 14 juin, la dame du Dr. J. E. Berthelot, une fille.

---

#### DÉCÈS.

ROUSSEAU.—A Québec, le 20 juin, le Dr Rousseau âgé de 76 ans et 2 mois.

# SOMMAIRE.

**TRAVAUX ORIGINAUX.**—CLINIQUE MEDICALE.—Hôpital Notre-Dame.—M. C. M. Filiatrault.—Méningite cérébrale..... 289  
**CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.**—Hôpital Notre-Dame.—M. Foucher.—De la cataracte, 292.—Action physiologique et usages des acides minéraux, par H. E. Desrosiers, M.D., professeur à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôpital Notre-Dame, 296.—Du traitement de la diphthérie par le chlorate de potasse et le benzoate de soude, par J. Lippé, M.D., St. Ambroise de Kildare, Québec..... 298  
**REVUE DES JOURNAUX.**—PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.—De la Péritéphyllite primitive, 300.—Rapports de la dyspepsie et de l'ulcère simple de l'estomac, 302.—Emploi du salicylate de soude dans la diarrhée, 303.—Céphalalgies de croissance, 304.—Traitement de la fièvre typhoïde par le Veratrum Viride..... 308  
**PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.**—Du pincement hémostatique définitif et préventif, 308.—Traitement du pied-bot.—Expériences sur l'anesthésie caustique et observation d'un cas de squirrhé ulcéré du sein, opéré avec l'aide de cette méthode, par M. Jules Guérin, 311.—Traitement des trois premiers degrés de la brûlure par l'alcool à 96 degrés..... 314  
**OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.**—Des anesthésiques pendant le travail.—Traitement de l'éclampsie puerpérale par le chloral et le chloroforme, par le Dr. E. Menager, de Nantes, 314.—Du traitement de la galactor-

rhée et de la mastite.—Traitement du cancer du sein, 316.—I. Insertion vicieuse du placenta, hémorragies, lenteur du travail, mort de l'enfant; II. De la brièveté du cordon ombilical, clinique de M. Depaul, 317.—Traitement de l'eczéma des parties génitales, du prurit et de la leucorrhée.—Traitement de la vaginite et de l'urétrite blennorrhagiques..... 319  
**PÉDIATRIE.**—La diarrhée chez les enfants, 320.—Traitement du croup par l'émetique, 322.—Traitement de l'éclampsie infantile, 324.—De l'emploi de la camomille dans le traitement de la diarrhée des enfants, 326.—Accidents produits par les lombrices..... 327  
**FORMULAIRE.**—Gercures aux mains.—Gonorrhée.—Prurit de la vulve.—Ménorrhagie.—Incontinence nocturne d'urine.—Catarrhe naso-pharyngien.—Rhumatisme articulaire aigu, 328.—Goitre exophtalmique.—Phthisie laryngée.—Névralgie trifaciale.—Traitement de la diarrhée (entérite catarrhale) chez les enfants..... 329  
**BULLETIN.**—L'assemblée triennale du collège des M. et C. de la P. de Q., 330.—Mesures Sanitaires, 331.—Lactopeptine..... 332  
**CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.**—Le *Canada Medical Record*, 332.—On annonce.—Internat.—Sans licence.—L'association française.—Va et vient.—Montreal General Hospital, 335.—Montreal Dispensary.—Université McGill.—Hôpital Notre-Dame.—Don généreux.—Université Laval, Montréal.—Hôpital flottant.—Nécrologie..... 336  
Naissance.—Décès..... 336

## Avis aux Médecins!

# LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE - PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

## Pharmacie Saint-Denis

803, RUE SAINTE-CATHERINE, 803

(Entre les rues Saint-Denis et Sanguinet)

**MONTREAL.**

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MÉDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,**

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hyphosphite de Chaux, et**

**L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,**

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

## SPÉCIALITÉS.

JOHN WYETH & BRO., PHILADELPHIE.

# P A P O M A

Le Papoma est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié ou rôti d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Les phosphates et tous les constituents du grain y sont conservés, le gluten est cuit et l'amidon transformé en dextrine, il en résulte un composé renfermant, sous une forme facile à digérer et propre à l'assimilation les éléments nécessaires à la nutrition et au soutien de l'organisme de l'enfant.

### EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non-seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidés d'appareils de fabrication à nuls autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une constance d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigneux, convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament nature jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

### PILULES PEPTOGENES (Peptonic Pills).

**Pepsine, Pancréatine associée au Lacto-Phosphate de Chaux et Acide Lactique.**

*(Tous droits réservés.)*

Cette Pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En suppléant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants que nous avons la conviction que l'essai qui en feront les membres de la Profession Médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

### Trochisques Comprimées au Chlorate de Potasse

**Contre l'Enrouement, l'Irritation Bronchique, les Inflammations de l'Arrière-Gorge, la Diphthérie, le Croup, Etc., Etc.**

Le Chlorate de Potasse est un remède d'une efficacité reconnue dans les cas d'Inflammation Diphthérique de l'Arrière-Gorge, de Stomatite et de Maux de Gorge dus à l'épaissement de la constitution. Dans ces cas, comme dans les formes atténuées du Croup, il possède, à part ses effets détersifs et dépuratifs, une action dissolvante sur les dépôts caractéristiques de ces ennuyeuses et graves affections. Il soulage l'Enrouement et agit efficacement comme correctif dans beaucoup de cas de Fétilité de l'Haleine liée à un désordre des sécrétions. Ses bons effets dans l'angine simple sont reconnus par la plupart des médecins les plus éminents.

Echantillons expédiés gratuitement aux Médecins Praticiens qui en feront la demande aux Agents Généraux,

**PERRY DAVIS & SON & LAWRENCE,**  
MONTREAL, P.Q.