

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

<b>TRAVAUX ORIGINAUX.—CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE.—HOPITAL NOTRE-DAME, MONTRÉAL.—M. FOUCHER — Des keratites.....</b>	617
<b>REVUE DE PÉDIATRIE.—A travers mes livres; par Séverin LACHAPPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....</b>	622
<b>Hopitaux, Cours et Dispensaires.....</b>	625
<b>REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.—De la tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax (Jaccoud).....</b>	228
<i>Au pronostic de l'albuminurie (Pavy) .....</i>	630
<i>Traitement de l'insomnie (Lemoine).....</i>	630
<i>La diarrhée matinale (Chauvet).....</i>	633
<b>CHIRURGIE.—Les roideurs articulaires (Guyon) .....</b>	635
<i>Incomptabilité de quelques antiseptiques.....</i>	640
<i>Opération de Phelps (Kirmisson).....</i>	640
<i>Traitement de l'hydrocède sans injection iodée par ponction et application de collodion (Leroy).....</i>	643

( Voir la suite, page 5.)

## ASSORTIMENT COMPLET — DE —

# REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals,	Vin Chevrier,
Eau de Vichy,	“ Creosoté,
Eau Carlsbad,	“ Raphael,
Eau de Contrexéville,	Elixir Ducro,
Eau Bonne,	Goudron de Norwège
Eau Seidlitz,	&c., &c.,

**LAVIOLETTE & NELSON,**  
PHARMACIENS,

**1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT**

**Dr. J. LEDUC & CIE**  
**Pharmaciens - Chimistes**

**2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,**

*Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,*

**MONTREAL.**

---

**DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES**

**PARFAITEMENT PURS.**

---

*Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.*

---

**PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.**

---

*Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.*

---

**BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)**

---

**FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, Etc.**

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

**2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME**

**Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs**

**MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

<b>OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.</b> — <i>De la grossesse extra utérine</i> (Duncan).....	644
<i>Rétention des débris de membranes et de placenta après la fausse couche et l'accouchement</i> (Fraipont).....	645
<i>Avortement</i> (Fry) .....	646
<i>Le massage de l'utérus</i> (Norstrom).....	648
<i>Traitement de la métrorrhagie</i> (Lutaud) .....	649
<i>Des ulcérations du col de l'utérus.</i> —(Bouilly).....	650
<b>PÆDIATRIE</b> — <i>Traitement de la diphtérie</i> (Hutinel).....	655
<i>Mort subite chez les enfants à la mamelle</i> (Grawitz).....	655
<i>Des indications thérapeutiques dans la rougeole</i> (Montefresco)....	655
<i>De la stérilisation du lait pour la nourriture des enfants.</i> .....	657
<b>FORMULAIRE.</b> — <i>Préparations de créosote.</i> — <i>Diarrhée tuberculeuse.</i> .....	658
<b>BULLETIN.</b> — <b>Prophylaxie et traitement de la tuberculose.</b> ..	662
<b>BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.</b> .....	665
<b>CHRONIQUE ET NOUVELLES.</b> .....	665
<i>Nécrologie.</i> .....	665
<i>Universités allemandes.</i> .....	665
<i>Les étudiants et les juifs en Allemagne.</i> .....	666
<i>Université Laval, Montréal.</i> .....	666
<b>VARIÉTÉS.</b> — <i>Echo de l'Exposition Universelle.</i> .....	667
<i>Caractère cliniques de la peptone.</i> — <i>Poudre de peptone de Chapeoteaut.</i> — <i>Vin de peptone Chapeoteaut.</i> .....	667

# DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

**2193 RUE NOTRE DAME**

Près de la Rue de la Montagne

**MONTREAL.**

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.  
 Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.  
 Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.  
 Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Lir-mousin; Pains Azymes.  
*Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.*

*Médecines remplies d'après la mesure avoir-du-Poids ou le système métrique.*

**PHARMACIE G. DEMERS**

**No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal**

Près de la Rue de la Montagne.

# Proposition Spéciale aux Médecins

Ayant établi à Montréal une fabrique de nos célèbres seringues à jet continu "ALPHA" et autres articles en caoutchouc et désirant fournir aux médecins l'occasion de constater, par expérience personnelle, les avantages que ces marchandises possèdent sur toutes leurs analogues, nous avons résolu de leur offrir ce qui suit: Sur réception du montant spécifié ci-dessous, nous enverrons, franc de port, à tout médecin praticien de la Puissance du Canada.

Une seringue Alpha D pour.....	\$0 75
Prix de détail régulier .....	2 00
Une seringue à Syphon Alpha No 1 pour.....	0 75
Prix de détail régulier.....	2 00
Une bouteille à eau chaude Alpha de trois pintes pour.....	0 75
Prix de détail régulier.....	2 50

AVIS.—Attention toute spéciale donnée à la manufacture d'appareils et autres objets en caoutchouc, à l'usage des médecins et des pharmaciens. Adressez

## **ALPHA RUBBER Co.,**

MONTREAL, CANADA.

# J. H. CHAPMAN

2294, RUE STE-CATHERINE, 2294

AU COIN DE MCGILL COLLEGE AVENUE,

MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions: Comptant.

## **INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE**

De toutes espèces, des meilleurs modèles et de qualité supérieure à prix modérés au comptant.

*Pansements Antiseptiques; Thermo et Galvano Cautères, Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx; Chaise d'opération de Harvard, Clisses métalliques perforées de Lévis; Enema "Alpha" à courant continu; Batteries Gaiffe, (les véritables) Waite & Barillett, &c., &c.*

*Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intelligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.*

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de l'Université Laval.

**J. H. CHAPMAN**

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.)—M. FOUCHER.

### Des keratites.

*Messieurs,*

La vieille définition classique de l'inflammation, basée sur des caractères objectifs tels que la rougeur, la chaleur, la douleur et la tuméfaction, n'a jamais été applicable à la cornée qui, de même que les cartilages et d'autres tissus, est dépourvue de vaisseaux. Il était donc tout naturel que vu sa transparence parfaite et la facilité avec laquelle elle se prête à l'examen, même sous des grossissements puissants, la cornée servit de terrain pour la discussion et l'étude des différentes théories de l'inflammation.

L'histologie nous ayant révélé la texture intime de la cornée, l'ayant divisée par couches distinctes, avec ses éléments cellulaires, leur mode de distribution et de nutrition ; d'un autre côté la théorie cellulaire ayant rapporté aux éléments primitifs les phénomènes morbides qui se passent dans les tissus, il devenait évident que la kératite est caractérisée par la prolifération des corpuscules cornéens. Tel le proclama Virchow.

On sait en effet qu'une irritation quelconque des éléments cellulaires en détermine la prolifération. Si l'irritation est forte ou persistante, la segmentation donne lieu à un amas de cellules nouvelles. Si l'espace est restreint, il en résulte une pression de ces nouveaux éléments les uns contre les autres, pression qui irrite les jeunes cellules et gêne leur nutrition.

Deux ordres de phénomènes sont alors possibles, ou les nouveaux éléments vivent ou ils meurent. S'ils vivent, ils constituent l'hypertrophie ; s'ils meurent, ils donnent naissance au pus. Ces deux modes de terminaison séparent nettement l'inflammation de l'hypertrophie. Si les éléments continuent à vivre et à s'accroître, le tissu augmente en volume, les éléments qui le composent augmentent en nombre, c'est ce que l'on observe au cours du pannus où de nombreuses couches d'épithélium se superposent les unes aux autres. Si au contraire les éléments devenus en trop grand nombre se trouvent dans des conditions trophiques insuffisantes ils subiront la dégénérescence graisseuse et se transformeront en

pus. Ainsi comprise, la kératite serait due à une exagération de l'activité propre des cellules.

Cette théorie, qui explique bien les phénomènes inflammatoires cornéens, avait rallié la plupart des physiologistes et des médecins, lorsqu'en 1867, Conheim, élève de Virchow, fit paraître un mémoire important jetant un jour nouveau sur cette question importante. Reprenant les expériences de Virchow sur la cornée, il constata les mêmes phénomènes, mais les interpréta d'une manière diamétralement opposée. Si l'on passe un fil dans le globe oculaire d'un animal ou si l'on irrite la cornée avec un caustique quelconque, il se produit vers la périphérie cornéenne une opacité qui gagne peu à peu vers le centre de cette membrane. Pour produire une lésion cornéenne il a suffi dans le premier cas de déterminer une panophtalmie pour voir la cornée se troubler, dans le second cas, les troubles cornéens ont débuté vers la périphérie plutôt qu'au point irrité. C'est ce phénomène que Conheim n'a pas cru suffisamment expliqué par la théorie de Virchow.

Dans le cas où l'on se serait servi du nitrate d'argent pour irriter la cornée, le microscope nous démontre que les cellules cornéennes sont restées transparentes tandis que les espaces intercellulaires sont devenus noirs et cette opacité elle-même est due à des globules renfermant un ou plusieurs noyaux, c'est-à-d. à des globules de pus.

Il résulte donc que le pus n'est pas formé aux dépens des éléments cornéens, mais provient d'ailleurs, d'un point plus éloigné qui pour Conheim se trouve dans les vaisseaux qui entourent immédiatement la cornée. Ce sont des globules blancs du sang qui passent par diapédèse dans les couches cornéennes. C'est revenir à la théorie vasculaire de Robin, avec la différence que ce dernier n'admet la sortie des éléments inflammatoires que dans les régions pourvues de vaisseaux, tandis que Conheim admet la migration des éléments éliminés des vaisseaux par diapédèse jusque dans les membranes non vasculaires.

Nous passerons sous silence les expériences qui ont été faites à ce sujet, elles sont nombreuses et concluantes et elles ont l'avantage d'être confirmées par la clinique. Voici donc l'état actuel de la question et ces détails préliminaires nous étaient nécessaires pour comprendre la classification des kératites et nous rendre compte des différentes modifications qui surviennent dans la cornée au cours de l'inflammation de cette membrane. Ainsi la cornée était considérée autrefois comme jouant un rôle actif dans les kératites, tandis que d'après les nouvelles données elle n'aurait qu'un rôle passif. La kératite ne résulte pas d'une hypergénèse des éléments cornéens, elle est le résultat d'une invasion cellulaire provenant du dehors, et cette invasion, en gênant les éléments cornéens, conduit à leur désagrégation, désorganisation et destruction.

Les éléments cellulaires que l'on rencontre dans une cornée irritée proviennent directement de la diapédèse ou indirectement de cette source après avoir été déversés dans le produit de la sécrétion conjonctivale. On doit donc s'attendre à rencontrer dans les kératites des lésions de voisinage. Une infiltration centrale reconnaîtra pour cause une lésion périphérique ; ce qui le prouve c'est que la tache centrale se relie au bord cornéen par des traînées appréciables avec des grossissements convenables. Dans le cas contraire, la cornée aura été envahie d'une autre manière, les éléments cellulaires proviendront d'une conjonctive irritée et se seront frayé un chemin dans la cornée après érosion de l'épithélium.

Tout le trouble vient donc du dehors. Les éléments nouveaux une fois en face des éléments cornéens préexistants agissent d'une façon plus ou moins nuisibles, selon leur quantité, la durée de leur séjour et le degré de compression qu'ils exercent autour d'eux.

De là deux ordres de troubles cornéens : *transitoires* et *définitifs*.

*Transitoires* : Les éléments immigrés ne dissocient que les fibrilles ou faisceaux fibrillaires, alors les corpuscules cornéens ne sont pas trop malmenés, et la résolution de ces produits du dehors rend aux éléments cornéens leur aspect antérieur.

*Définitifs* : Les éléments immigrés sont en grand nombre, s'introduisent avec force entre les fibrilles et les éléments cellulaires et entraînent leur désagrégation ou destruction : il y a alors perte de substance. De plus, les éléments immigrés peuvent s'organiser et porter atteinte à la transparence de la cornée en donnant lieu à des taches indélébiles toutes les fois que les éléments cellulaires cornéens sont détruits ; la restitution de la cornée *ad integrum* sera impossible. C'est ce qui arrive surtout dans les cas d'ulcères et d'abcès profonds de la cornée.

Il y a trois portions cornéennes qui méritent une distinction toute spéciale dans l'histoire des kératites ; ce sont : 1° l'enveloppe cutanée ; 2° la portion sclérale ; 3° la partie choroïdienne du développement embryogénique, correspondant à l'épithélium, au parenchyme cornéen et à la membrane de Descemet. L'épithélium, par sa continuité avec l'épithélium conjonctival et cutané, nous rend compte de la co-existence d'affections cutanées et cornéennes ; d'un autre côté, certaines diathèses s'attaquent de préférence aux fibreuses et les maladies cornéennes qui se remarquent alors ont leur siège dans le parenchyme cornéen ; quant à la membrane de Descemet, ses maladies sont communes à celle du tractus uvéal.

Les maladies de la cornée, quelque soit leur siège, affectent trois formes différentes qui peuvent servir de base à une classification simple et rationnelle, ce sont : 1° l'*infiltration*, 2° l'*abcès*, 3° l'*ulcère*.

A ces trois types viennent se rattacher toutes les kératites, car toutes sont caractérisées soit par une infiltration, un abcès ou un ulcère. Au point de vue du diagnostic, le point le plus important

à établir consiste à ranger la kératite dans une des trois catégories que nous venons de mentionner. Il restera ensuite à établir s'il y a sténie ou asthénie, cause constitutionnelle traumatique ou autre, et enfin il faudra localiser le siège de la maladie.

L'infiltration est caractérisée par la présence de cellules lymphoïdes dans le tissu cornéen. Il en résulte un trouble dans la transparence de cette membrane, mal délimité comme forme, étendue et couleur. Ce sont des stries grisâtres; elles peuvent être masquées par le trouble de transparence du ciment cornéen. L'infiltration peut disparaître sans laisser de traces; elle peut causer un défaut de transparence permanent par pression exagérée et prolongée des éléments cornéens, et comme conséquence, d'une organisation des cellules infiltrées, d'une sclérose de la cornée. L'infiltration peut être diffuse ou circonscrite, profonde ou superficielle. Plus elle est superficielle, plus elle a de tendance à se circonscrire, plus elle est profonde, plus elle a de tendance à se diffuser. Le degré d'irritation qu'entraîne l'infiltration dépend de son siège et de son mode de répartition. Les superficielles siégeant dans une région riche en nerfs, causent plus de douleurs. Les profondes peuvent être très abondantes et rester indolentes. Le siège, l'étendue ou le degré d'irritation ne peuvent nous guider sur l'issue de l'affection. Des infiltrations larges et profondes peuvent disparaître complètement sans laisser de traces, et *vice versa*. Les infiltrations superficielles ont plus de tendance que les profondes à s'exulcérer. Pour conserver intacte la transparence de la cornée il faut éviter l'exulcération et l'organisation en sclérose des éléments infiltrés; donc il faut, en vue du traitement à leur opposer, éviter avec soin toute médication irritante capable d'augmenter la diapédèse.

L'abcès cornéen se produit lorsque l'infiltration s'opère rapidement et en grande quantité. Il en résulte alors un entassement circonscrit des cellules lymphoïdes qui désagrègent les fibrilles et les cellules cornéennes et les détruisent. Il y a, dans ce cas, infiltration d'abord puis infiltration et abcès. Il peut exister toutes les gradations entre les rapports de ces deux états: l'infiltration peut prédominer et l'abcès être très petit, et *vice versa*.

L'abcès a plus de tendance à se circonscrire et moins à se vasculariser, il a aussi plus de tendance à gagner en profondeur qu'en étendue, ce qui est le contraire pour l'infiltration. On doit donc distinguer ces deux états par leurs caractères différentiels. Outre que l'infiltration est plus mal délimitée que l'abcès, elle offre aussi une teinte d'un blanc bleuâtre, tandis que l'abcès se mêle plutôt d'une teinte jaunâtre.

L'abcès a aussi plus de tendance à se former par foyers. L'infiltration peut disparaître sans laisser de traces, le plus petit abcès laisse une tache indélébile. En même temps que s'entassent les cellules lymphoïdes dans la cornée pour causer l'abcès, il peut

s'en déverser aussi dans la chambre antérieure, et on aura alors l'hypopion; on ne l'observe pas en cas de simple infiltration, cependant un petit abcès cornéen peut se compliquer d'hypopion.

Le degré d'irritation dépend du siège de l'abcès tout d'ailleurs comme l'infiltration. Les petits abcès sont souvent plus douloureux que les gros. La marche de l'abcès est généralement lente. Le pus peut fuser entre les lames de la cornée, mais à la condition que le pus soit en quantité et que la destruction cornéenne soit accusée; la pesanteur le porte alors en bas. La terminaison de l'abcès est ordinairement l'ulcère. Lorsque l'abcès est petit, la résorption peut avoir lieu. La transformation de l'abcès en ulcère est quelquefois très rapide pour les petits abcès, plus lente au contraire pour les larges collections purulentes.

L'ulcère est caractérisé par une perte de substance de la cornée. On lui considère une zone contournante, un bord et un fond.

Il faut aussi étudier: 1<sup>o</sup> *Son développement*; 2<sup>o</sup> *Son état stationnaire*; 3<sup>o</sup> *Sa réparation*.

L'évolution de l'ulcère est caractérisée par une perte irrégulière de substance, les contours sont irréguliers, dentelés, le fond de l'ulcère est opaque, recouvert de débris cornéens. La zone contournante est opaque, striée, l'ulcère progresse par ses parties contigues. Cette première période est généralement accompagnée d'irritation, excepté sur des cornées plus ou moins anesthésiées. Les parties détruites sont l'épithélium, le ciment antérieur et la couche cornéenne proprement dite.

La *seconde phase* est caractérisée par le nettoyage des bords et du fond de l'ulcère. Les bords de l'ulcère perdent leur forme déchiquetée; à ce niveau, l'épithélium s'épaissit. On voit quelquefois à ce moment apparaître des vaisseaux. Dans la *troisième phase* dite de *réparation*, l'ulcère s'aplanit, les bords s'arrondissent, les nerfs se recouvrent et la douleur s'apaise. L'ulcère est remplacé par un tissu de nouvelle formation, indélébile, et porte suivant son intensité les noms de *nebula*, *albugo* ou *leucome*. L'ulcère ne se comble pas toujours d'une façon régulière, la cornée prend alors une apparence plus ou moins raboteuse, réfléchissant la lumière d'une manière défectueuse; un examen attentif fait découvrir des facettes. Les éléments qui viennent remplacer dans l'ulcère ceux qui ont été détruits offrent une très grande ressemblance avec ceux qui existaient auparavant, mais ils n'offrent pas le même degré de transparence, probablement par leur entassement plus considérable.

La marche des trois périodes n'est pas toujours aussi classique, elle peut varier considérablement; ainsi, un ulcère peut gagner rapidement en profondeur et perforer la cornée de part en part, et hâter ou ralentir ainsi la période de réparation. Si l'ulcération s'étend à la membrane de Descemet, celle-ci peut venir s'interposer dans l'ulcère et simuler une régénération de l'épithélium.

Cependant, on remarque alors une petite saillie transparente décrite sous le nom de kératocèle. Si le kératocèle se brise, on a alors une fistule cornéenne qui peut retarder indéfiniment la guérison.

Si la perforation est brusque et plus étendue, il peut en résulter des désordres profonds : rupture de la cristalloïde, hernie des masses corticales, etc.

Après les ruptures cornéennes il se produit souvent des synéchies antérieures, c'est-à-dire des adhérences de l'iris à la face postérieure de la cornée, et cette dernière membrane, distendue alors outre mesure, peut présenter toutes les variétés de staphylômes depuis le simple kératocèle jusqu'à l'ectasie complète de la cornée.

---

## REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

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

---

### De la belladone.

---

La rédaction de l'UNION MÉDICALE, dans son dernier numéro, livraison de novembre, nous parle de l'importance du mode d'administration des médicaments : le mode comprend la forme, le véhicule, la dose, etc.

La thérapeutique infantile consacre tous les jours la vérité de cette affirmation, et Jules Simon, dans sa troisième conférence intitulée *de la Belladone*, va nous faire voir combien l'action des médicaments est à la merci du dosage.

Disons de suite qu'avant tout il faut être bien familier avec l'action physiologique du médicament ; pas de médication rationnelle, pas de médication efficace sans une connaissance intime des différents effets médicamenteux sur la circulation, la respiration, les sécrétions, le système nerveux, etc., parce que dans cette terrible lutte de l'art contre le mal, de l'art si souvent impuissant contre le mal si ironiquement triomphant, le triomphe est à ce prix.

Si vous ne donnez pas le mercure jusqu'à un commencement d'agacement des gencives et de salivation, la syphilis des adultes désespère patient et médecin, et va son chemin.

---

(1) Voir la livraison de septembre.

La même chose pour la belladone.

Si vous n'obtenoz pas ses effets physiologiques, c'est-à-dire si la peau du visage n'est pas animée, si les yeux ne sont pas brillants, si les pupilles ne sont pas dilatées, si le caractère n'est pas devenu irritable, vos symptômes respiratoires contre lesquels elle est généralement toute puissante ne s'amenderont pas.

Et nous devons être d'autant plus décidés que nous avons moins à craindre: " la belladone est, toutes choses égales d'ailleurs, plus facilement supportée par l'enfant que par l'adulte," nous dit notre thérapeute Desrosiers. Et pourquoi? ajoutons-nous, parce que la belladone ne s'accumule pas comme la digitale, parce qu'au contraire elle s'élimine très rapidement par les urines, et que ses phénomènes d'intoxication sont essentiellement passagers.

*Extraits.*—Nous avons l'extrait alcoolique, l'extrait de semences, l'extrait de suc non dépuré et l'extrait obtenu avec le suc dépuré de la plante; ce dernier et l'extrait alcoolique sont les plus employés; ils sont un peu moins énergiques que la poudre de feuilles ou de racines fraîches.

*Teintures.*—Les teintures éthérées et alcooliques sont préférables à l'alcoolature qui est trop active pour être employée sans danger; l'alcoolature de belladone, on le sait, diffère absolument de l'alcoolature d'aconit qui est beaucoup plus inerte.

La teinture alcoolique est la plus usitée.

Voici les doses que Jules Simon a expérimentées:

Enfants de	3 ans :	jusqu'à	40	gouttes.
"	4	"	60	"
Une petite fille	13	"	120	"

Les doses suivantes seront administrées ordinairement:

Enfants de	2 ans :	3, 4, 5	gouttes.
"	3	" 5 à 10	"
"	jusqu'à 10	" 20 à 30	"

*Sirop.*—Il contient 0 gr. 10 d'extrait pour 30 grammes de sirop simple.

Dose: 1 à 2 cuillerées à café à partir de 2 ans.

*Atropine.*—Le sulfate est plus soluble. Dose: un milligramme, comme l'arséniate de soude, la vératrine, la digitaline, la strychnine, (atropine, un centigramme; eau distillée, 10 grammes, dont 20 gouttes, pesant 1 gramme, contiennent un milligramme d'aloïde).

Un enfant peut prendre deux milligrammes de sulfate d'atropine par jour, c'est-à-dire deux fois la dose ordinaire d'un adulte.

Les contre-poisons sont le tannin, le thé, le café et l'iodure de potassium.

*Indications et contre-indications.*—Par son action vaso-motrice la belladone tue le spasme: de là son indication spéciale

dans les affections des voies respiratoires qui, chez les enfants, revêtent si volontiers un caractère spasmodique; donc contre la laryngite spasmodique, striduleuse, elle atténuera la convulsion ou l'élément convulsif, elle diminuera la sécrétion catarrhale qui cause et entretient par action réflexe, la toux spasmodique; l'asthme nerveux, le spasme de la glotte se trouveront bien également de son influence.

Chez les enfants nerveux rappelons-nous que l'opium pourra être associé à la belladone qui pourrait alors nous donner une excitation cérébrale exagérée. Ainsi, on prescrira :

Sirup de belladone.....	10 grammes
“ codéïne.....	10 —
“ tolu.....	10 —

Une cuillerée à café matin et soir.

Mais hâtons-nous de dire que de toutes les maladies des voies respiratoires, la coqueluche surtout, ce désespoir de tout le monde, ne connaît pas de médicament plus puissant que la belladone aidée des vomitifs et de l'aconit.

La coqueluche dure deux ou trois mois; le praticien doit en prendre son parti, et comme dans la chorée et autres états morbides particuliers à l'enfant, il ne doit pas hésiter dans le pronostic à faire: ce n'est qu'à ce prix qu'il pourra instituer la médication classique de la coqueluche, médication qui aura pour résultat de rendre moins fréquents, moins intenses et par cela même prévenir certains accidents, résultats des efforts de toux (hémorrhagie, hernies, chutes du rectum. etc.)

Dans la coqueluche, nous avons trois périodes bien différentes: une période aiguë, bronchite spasmodique, puis des accès de toux expiratoire, convulsive avec vomissements de mucosités et d'aliments; enfin emphysème pulmonaire, adénopathie qui excite les nerfs avoisinant les ganglions et devient à son tour le point de départ d'actions réflexes qui déterminent et entretiennent les quintes coqueluchoïdes.

*Traitement de la première période de la coqueluche.*—C'est le traitement de la bronchite. L'enfant est tenu au lit, applications chaudes, vésicatoires, puis administration par cuillerées à café de la potion suivante :

Teinture de belladone.....	X gouttes.
Alcoolature de racines d'aconit.....	X “
Eau de laurier-cerise.....	10 grammes.
Eau de tilleul.....	60 “
Eau de fleurs d'oranger.....	10 “
Sirup de lactucarium.....	30 “

*Deuxième période.*—Les voies aériennes sont chargées de mucosités; vomitifs tous les matins à l'ipéca, qu'on ne doit pas craindre

de donner à large dose en sirop et en poudre combinés, puis 10 à 30 gouttes d'une mixture égale d'aconit et de belladone; le café noir sera en même temps administré pour combattre l'action toxique du médicament.

Si les quintes de toux provoquent le vomissement trop souvent, de manière à gêner l'alimentation de l'enfant, on devra le faire manger aussitôt après le vomissement.

*Troisième période.*— On associera la belladone aux toniques. quina, huile de foie de morue, vin de Chevrier.

Je tiens suspendue au-dessus du lit de l'enfant une éponge chargée d'une solution d'acide carbolique.

Disons enfin que c'est dans cette dernière période que le changement d'air rend les plus grands services. Je répète qu'il faut auprès de la mère porter le pronostic dès le début et lui dire que la guérison ne saurait être espérée avant l'époque fixée pour cette maladie qui offre presque autant de résistance que la chorée: cette déclaration a pour résultat de permettre un traitement continu, rationnel, et prévient ces inquiétudes alarmantes qui exposent à un changement nuisible du médecin et de la médication.

J'ajouterai en terminant cette troisième conférence de Jules Simon, que les hygiénistes, se basant sur certaines déclarations d'Hahnemann, Hufeland, répétées par plusieurs autres, recommandent la belladone comme prophylactique de la scarlatine. C'est la constatation des éruptions scarlatiniformes déterminées quelquefois par la belladone qui a inspiré au grand Hahnemann cette singulière idée: il est pourtant naturel de supposer qu'il y a peu de relation entre l'affection locale médicamenteuse de la belladone et l'entité morbide qui constitue la scarlatine: la distinction doit être faite et Bouchut, dans son *Traité des maladies des nouveau-nés*, me paraît avoir tort d'insister sur son emploi dans ce cas, et je confesse avoir commis le même péché en répétant ce conseil du grand maître, comme je l'ai fait déjà devant de crédules élèves que je prie bien de vouloir me pardonner.

## HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

Il y a des iritis syphilitiques sans douleurs. (Prof. FOUCHER.)

L'iritis doit toujours donner l'éveil sur l'existence d'une syphilis datant de six à douze mois. (Prof. FOUCHER.)

Pour bien réussir avec la position de Sims il faut que la vulve soit sur le même niveau que la partie externe du genou supérieur. (Prof. BRENNAN.)

---

Aucun des nouveaux toniques : adonidine, spartéine, strophanthus, convallaria, n'égale la digitale comme tonique cardiaque et vasomoteur. (Prof. DESROSIERS.)

---

Avant de tenter l'extraction de corps étrangers de l'oreille, il faut d'abord s'assurer s'il en existe réellement et quelle en est la nature. (Prof. FOUCHER.)

---

Il faut des lésions graves pour que l'on se permette d'enlever un ovaire.—On ne voit l'inutilité de l'opération quelquefois que lorsque l'ovaire est "sauté." (Prof. BRENNAN.)

---

Pour obtenir des effets stimulants sensibles de l'emploi de la caféine, il est souvent nécessaire de la prescrire, à l'exemple de Huchard, à doses élevées : 36 à 54 grains par jour. (Prof. DESROSIERS.)

---

L'examen attentif des deux formes d'injection conjonctivale et pislérale permettra toujours de différencier deux ordres de lésions oculaires parfaitement distinctes comme gravité et traitement. (Prof. FOUCHER.)

---

Dans un cas de vaginisme, enlevez les caroncules myrtiformes, faites la dilatation brusque du sphincter vulvaire et du sphincter anal. N'oubliez pas la possibilité de fissures uréthrales comme cause; dilatez au besoin, le méat. (Prof. BRENNAN.)

---

Les stimulants alcooliques donnés au cours d'une maladie adynamique comme la fièvre typhoïde, doivent être administrés à doses fractionnées et soutenues : 1 gr. toutes les  $\frac{1}{2}$  h. ou toutes les heures, au besoin. (Prof. DESROSIERS.)

---

N'enlevez jamais des ovaires congestionnés ou enflammés à répétition avant d'avoir tenté au préalable tout autre traitement et surtout jamais avant d'avoir pratiqué la dilatation du col utérin, avec courage s'il y a la moindre indication. (Prof. BRENNAN.)

---

Les préparations aqueuses (décoction et infusion) de digitale

doivent être préférées aux préparations alcooliques, les principes actifs de la digitale se dissolvant mieux dans l'eau que dans l'alcool. (Prof. DESROSIERS.)

---

Dans les cas de *salpingite purulente* caractérisée par des "poussées" de pus vers la cavité utérine, ne serait-il pas possible, avant d'en venir à l'extirpation, de tenter, après une dilatation utérine antiseptique, le cathétérisme aspirateur de la trompe et d'établir ainsi le drainage par la cavité de l'utérus? (Prof. BRENNAN.)

---

Le meilleur moyen d'éviter l'accumulation de la digitale dans le système est d'administrer le médicament à doses décroissantes. Les trois symptômes indiquant que la digitale est mal supportée, sont la nausée, le vomissement et la diminution de la sécrétion urinaire. (Prof. DESROSIERS.)

---

Celui qui néglige les lavages antiseptiques intra utérins, et à la moindre indication la dilatation rapide et le curage—dans la septicémie puerpérale, est coupable à un haut degré; et cependant combien ne meurt-il pas de femmes d'acide phénique et applications de teinture d'iode. (Prof. BRENNAN.)

---

Dans un cas de pollutions nocturnes, chez un sujet pléthorique, avec surexcitabilité du centre génital et hyperesthésie de la muqueuse uréthrale, M. le professeur DESROSIERS ordonne 80 grains de bromure de potassium combinés à  $\frac{1}{2}$  grain d'extrait de belladone, le soir au coucher.

---

Soyez d'une grande prudence dans l'usage des pessaires; n'en mettez un que dans les cas d'absolue nécessité—non par routine—et que celui que vous appliquez convienne en tout au cas. Soyez "chiche" des pessaires à anneau, à ballon et à tige intra utérine.—Pendant que la patiente porte un pessaire exigez une propreté absolue et des examens fréquents. (Prof. BRENNAN.)

---

Les rhinites fétides sont susceptibles d'être améliorées et même guéries par un traitement méthodique et persévérant. La muqueuse nasale doit être débarrassée des croûtes et des sécrétions fétides qui y adhèrent et différents traitements appliqués sur la muqueuse. La difficulté du traitement consiste dans le nettoyage parfait des fosses nasales et quelquefois plus de douleur qu'une otite purulente aigue. (Prof. FOUCHER.)

---

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE

**De la tuberculose pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax.**—Clinique de M. JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.— Dans un mémoire paru en 1885, Mendelsohn cite dix cas de tuberculose pulmonaire consécutive à des traumatismes du thorax, sans solution de continuité des téguments.

De ces dix observations de Mendelsohn, sept sont des plus probantes, attendu que l'examen microscopique a décélé dans les crachats de ces malades la présence du bacille de Koch. Dans les trois autres, quoique la bacille ait échappé à l'examen microscopique, il n'en est pas moins vrai que l'inoculation des crachats provenant de ces malades a produit la tuberculose.

De mon côté, j'ai observé trois cas de tuberculose succédant aux traumatismes du thorax, et dans ces trois cas le bacille infectieux a été constaté soit dans le sang, soit dans les crachats.

Vous voyez que je ne comprends pas dans mes trois observations celle du malade qui se trouve actuellement dans notre salle .... C'est que, quoique par l'historique que nous fait ce malade, il y ait bien eu traumatisme violent du thorax—compression de cette région entre les tampons de deux wagons—quoiqu'il soit atteint de tuberculose pulmonaire, je ne puis affirmer que cette tuberculose soit consécutive au traumatisme, parce que je n'ai pas suivi le malade dès le principe, dès l'accident traumatique qui s'est produit il y a plus d'un an.

Outre les observations de Mendelsohn et les miennes, dans lesquelles la recherche du bacille de Koch a été affirmative, la littérature médicale ne possède pas d'autres exemples probants de tuberculose pulmonaire succédant aux traumatismes du thorax.

Il y a bien quatre observations de Brehmer, quatre autres de Lebert et Scholz, mais elles peuvent être contestées, attendu que dans les premières les crachats des malades ne contenaient que les fibres élastiques, caractéristiques il est vrai, mais pas de bacilles, et que dans les secondes, les lésions tuberculeuses n'ont été confirmées que par l'autopsie.

Porroud, de Lyon, cite des cas de tuberculose chez les marins du Rhône et de la Saône qui poussent les bateaux au moyen d'une

perche appuyée contre la région thoracique sous-claviculaire, manœuvre produisant ainsi un traumatisme chronique.

Mais, je le répète, les observations les plus précises, les plus concluantes, sont celles précitées, où le bacille de Koch a été constaté ; elles sont assez nombreuses pour nous convaincre que la tuberculose peut succéder aux traumatismes du thorax.

La tuberculose traumatique est surtout caractérisée par sa marche le plus ordinairement rapide, galopante. Il se produit d'abord, à la suite du traumatisme, une hémoptysie plus ou moins abondante, ou de la pneumonie, ou bien les deux à la fois. Cependant, exceptionnellement, hémoptysie et pneumonie peuvent faire défaut, auquel cas une déchéance vitale graduelle peut être l'intermédiaire entre le traumatisme et la phthisie.

En somme, le terme d'un violent traumatisme du thorax peut être la tuberculose pulmonaire immédiatement précédée d'hémoptysie, de pneumonie ou de déchéance graduelle. Sa marche est très rapide, surtout quand l'intermédiaire entre elle et le traumatisme est la pneumonie.

Dans certains cas, cependant, et ce fait s'est produit dans une de nos observations précitées, la pneumonie intermédiaire peut s'amender à tel point que le malade se sente guéri, reprenne des forces, engraisse même ; mais il reste toujours un reliquat pneumonique limité qui suffit pour dégénérer en tuberculose plus ou moins rapidement.

À l'époque de Laennec, à une époque même tout à fait récente encore, avant la découverte du bacille de Koch on attribuait la tuberculose qui nous occupe, comme toutes les tuberculoses acquises, à l'inflammation. L'inflammation jouait le plus grand rôle dans la genèse des maladies ; à vrai dire elle servait à masquer notre ignorance des processus intimes qui engendrent les maladies.

Mais aujourd'hui que nous connaissons la nature infectieuse de la tuberculose, que nous avons sous les yeux le bacille infectieux de Koch, nous ne saurions plus être satisfaits du mot d'inflammation pour interpréter la production de la tuberculose à la suite d'un traumatisme thoracique ; il faut que nous cherchions à concilier le traumatisme avec le bacille inévitable, nécessaire, sans lequel il n'y a pas de tuberculose.

Il est aujourd'hui nettement démontré et indisputable qu'il existe dans notre organisme des microbes à l'état latent, inoffensifs tant que notre organisme s'oppose par sa vitalité, par son activité nutritive à l'action nocive de ces microbes. Du moins en ce qui concerne les pneumocoques, cette démonstration est péremptoire et généralement admise. Mais, qu'un refroidissement, qu'un traumatisme, qu'une autre cause quelconque amène dans nos tissus un trouble de nutrition, une hypotrophie, qu'il compromette plus ou moins leur vitalité, leur résistance, les microbes pathogènes,

jusque là inoffensifs, à l'état latent, trouvent dans les tissus déchus un terrain favorable à leur développement, à leur existence et se créent un milieu nécessaire à leur prospérité, la maladie.

Cependant l'existence des bacilles de Koch à l'état latent dans notre organisme n'a pas encore été prouvée d'une façon évidente; il est possible, très probable même que ce qui est vraie pour les pneumocoques le soit aussi pour les autres agents infectieux.

Quoi qu'il en soit, que les bacilles de Koch existent à l'état latent dans notre organisme ou qu'ils s'y introduisent avec l'air que nous inspirons ou les aliments et boissons que nous prenons, si notre organisme est préparé par un traumatisme—dans le cas particulier qui nous occupe—ou par toute autre cause de perturbation vitale à leur faire bon accueil, ils s'y installeront et engendreront la tuberculose.

Voilà l'interprétation la plus logique que nos connaissances actuelles nous permettent de donner de la production de la tuberculose pulmonaire à la suite d'une violente contusion du thorax.

Il est évident que le séjour des traumatisés dans les salles d'hôpital est d'autant plus favorable à la production de la maladie que les micro-organismes pathogènes y abondent.—*Praticien.*

**Du pronostic de l'albuminurie au point de vue des assurances sur la vie.**—M. PAVY a fait une communication sur le pronostic de l'albuminurie au point de vue spécial de l'assurance sur la vie. Les compagnies d'assurances n'acceptent pas les personnes qui présentent de l'albumine dans les urines. Il importe donc au médecin d'examiner avec soin la question et de voir s'il n'y a pas une exagération dans cette manière d'agir.

M. Pavy pense que les albuminuries survenant après des exercices exagérés, après des coups de froid, après l'ingestion de certains aliments, sont des albuminuries passagères et qui, par conséquent ne doivent pas faire exclure les personnes qui les présentent.

À côté de ces albuminuries passagères, il faut placer les albuminuries intermittentes qui ont également un pronostic favorable. Enfin, dans le groupe des albuminuries chroniques il faut encore distinguer les cas qui sont caractérisés par une albuminurie à peine marquée, ne coïncidant avec aucun autre signe du mal de Bright, et les cas de mal de Bright confirmés (albuminurie intense, œdème des jambes, etc.)

Les personnes atteintes de mal de Bright confirmé doivent être seules exclues des compagnies d'assurances pour la vie.

C'est donc à tort que les compagnies ne veulent pas accepter les individus qui présentent de l'albumine dans les urines.—*Revue médicale de l'Est.*

**Traitement de l'insomnie,** par le Dr LEMOINÉ.—Il y a une

trentaine d'années, alors que les médicaments capables de provoquer le sommeil étaient peu nombreux, la tâche du médecin était bien facile. Quand il voulait calmer l'insomnie des malades, n'ayant pas l'embarras du choix, il prescrivait l'un des trois ou quatre hypnotiques connus alors. Aujourd'hui les choses ont bien changées et le nombre de ces médicaments s'est tellement accru, que si l'on veut employer chacun d'eux dans les cas où il est particulièrement indiqué, on est gêné par leur abondance même. Le récent congrès de thérapeutique, où l'on a beaucoup parlé de toxicologie, de matière médicale et de pharmacie, ne nous a pas appris grand chose en fait de clinique médicale. Chacun a eu à cœur de faire l'éloge de son médicament sans se soucier de ceux prônés par les voisins, de sorte qu'il est bien difficile de faire un choix parmi tous ces produits aux vertus merveilleuses.

Et pourtant il est indispensable de bien choisir l'hypnotique dont on veut faire usage, car il n'est pas indifférent d'employer l'un plutôt que l'autre et très souvent des accidents graves sont conséquence d'un choix mal raisonné. Le meilleur hypnotique n'est pas celui qui amène le sommeil le plus profond, c'est celui qui convient le mieux au malade qui s'en sert, et très souvent ce n'est pas un produit pharmaceutique. Ainsi, chez des personnes sujettes à de l'anémie cérébrale, celles par exemple qui sont atteintes d'insuffisance aortique, le décubitus dorsal sans oreiller sous la tête suffira souvent pour ramener le sommeil, parce qu'il produit l'appel du sang dans les centres nerveux. L'opium, qui amène aussi leur congestion, est indiqué dans ce cas, tandis que le bromure de potassium, qui les anémie, augmente l'insomnie. Inversement, le bromure est le médicament par excellence de l'insomnie liée à l'asystolie, où il y a de la stase veineuse encéphalique, tandis que l'opium augmente alors les rêvasseries et l'agitation nocturne, parce qu'il exagère cette congestion. Ce seul exemple montre bien qu'un médicament hypnotique n'amène le sommeil que lorsqu'il lutte contre les causes de l'insomnie. L'opium ne fait pas dormir parce qu'il a une vertu dormitive, il fait dormir parce qu'il agit sur la circulation cérébrale d'une telle façon qu'il favorise le repos du système nerveux. Son action sur les vaisseaux est donc un des principaux facteurs de ses effets hypnotiques. On voit ainsi que le même médicament peut agir, suivant les cas, d'une façon absolument opposée.

Chez les enfants, on a rarement besoin de se servir de médicaments hypnotiques, car l'insomnie est exceptionnelle chez eux, même dans les états pathologiques; c'est plutôt de l'excitation et une réaction nerveuse trop vive que l'on a à combattre. L'enfant dort alors en rêvassant, il s'agite dans son lit, parle, se réveille à chaque instant; son sommeil est troublé mais il ne fait pas défaut. Les hypnotiques sont inutiles en pareil cas, et quelquefois dangereux. Je n'ai pas à rappeler les graves inconvénients de

l'opium, à cet âge de la vie, et je dirai que le chloral est également fort nuisible, par suite de l'action stupéfiante et congestive qu'il exerce sur les centres nerveux. C'est aux anti-spasmodiques qu'il faut avoir recours pour ramener le calme; le bromure de potassium, la belladone, la valériane sont les médicaments qui répondent aux indications cliniques. Dans ces derniers temps on a beaucoup vanté le sirop de narcéine comme calmant chez les enfants; ses effets sont extrêmement irréguliers, à tel point qu'on ne peut jamais compter sur eux, c'est en tout cas un médicament inoffensif. Les mêmes remarques s'appliquent à l'uréthane, autre spécifique aussitôt oublié que né.

Le vieillard présente vis-à-vis les médicaments la même susceptibilité que l'enfant; il faut donc le traiter avec la même prudence. Chez lui, le sommeil est normalement court et l'insomnie presque physiologique. Un vieillard qui est porté au sommeil est malade. Si, cependant, cette insomnie s'exagère, il faut la traiter; là encore, l'opium est formellement contre-indiqué, car il augmente la pression sanguine dans les vaisseaux cérébraux, fragiles à cet âge, à cause de l'artério-sclérose et de l'athérome, et pourrait provoquer leur rupture. J'en dirais autant du chloral, un des plus mauvais médicaments hypnotiques, qu'il serait utile de proscrire complètement et que malheureusement l'usage a fait rentrer dans la pratique courante. Une hygiène bien réglée est le plus sûr moyen pour le vieillard d'avoir un sommeil suffisant, il doit éviter les repas trop copieux le soir, l'usage des vins excitants, les fatigues, le travail prolongé et surtout la constipation. L'homme constipé dort mal, et cela à tout âge; il semble qu'il s'intoxique par les ptomaines qu'il résorbe et que l'empoisonnement lent dont il est l'objet amène une excitation malade de son système nerveux. En pareil cas, ce n'est pas à des médicaments hypnotiques qu'il faut avoir recours; les purgatifs et les lavements ramènent plus sûrement le sommeil qu'eux. L'hyosciamine, à la dose d'un milligramme par jour, réussit admirablement pour produire un sommeil de quelques heures chez les gens âgés dont l'insomnie est liée à de l'éréthisme nerveux. Après avoir beaucoup employé cette substance, je reste convaincu que c'est une des plus inoffensives que nous possédions, car le sommeil qu'elle produit est calme, presque léger et n'est jamais suivi de lourdeur de tête ni de symptômes congestifs. De plus, on peut en faire usage pendant longtemps sans qu'il se produise de l'accoutumance.

Elle donne les mêmes résultats chez les adultes, où le sommeil devient irrégulier à la suite de surmenage intellectuel. La même dose d'un milligramme suffit pour amener le sommeil à condition de la continuer pendant plusieurs jours; mais ce n'est qu'un palliatif et la suppression de la cause de l'insomnie est le seul traitement vraiment efficace.

Une des fautes que l'on commet le plus souvent consiste à don-

nor aux névropathes (neurasthéniques, hystériques, etc.) du bromure de potassium pour ramener chez eux le calme et le sommeil. Ces malades ont des manifestations pathologiques d'ordre nerveux, parce que leur système nerveux se trouve dans un état de faiblesse, native ou acquise, qui rend très pénible l'accomplissement des fonctions qui lui sont dévolues. L'énergie des centres psycho-moteurs n'est plus suffisante pour faire la somme de travail qui leur incombe et le malade tombe peu à peu dans cet état qu'on a si justement appelé faiblesse irritable. Or, donner du bromure, dont le rôle déprimant est bien connu, à ces gens qui souffrent précisément d'une forte dépression psychique, c'est augmenter leur malaise, et l'on risque ainsi de rendre leur état incurable. C'est comme si on traitait par des marches répétées quelqu'un déjà exténué de fatigue. L'amélioration que l'on constate parfois est toute passagère, et n'est bien souvent qu'une apparence trompeuse due à ce qu'on a mis le sujet dans un tel état d'abattement qu'il ne réagit plus.

Les toniques, le massage, quelques douches, et surtout les phosphates, sont les agents réparateurs dont il faut se servir chez les névropathes. Leur effet est lent à se produire mais il persiste et par eux la guérison peut parfois être obtenue.

La même remarque s'applique à l'insomnie des anémiques que le bromure exagère et que le fer ou les phosphates diminuent. En somme, c'est à la médication générale qu'il faut avoir recours toutes les fois que la chose est possible.

En revanche, le bromure est indiqué chez les gens qui ont ou qui redoutent des accidents cérébraux : les athéromateux, les alcooliques, les rhumatisants, dans la paralysie générale au début, chez les congestifs, les obèses, etc. L'insomnie des affections mitrales relève de son action thérapeutique, ainsi que celle du mal de Bright.

En résumé, car il serait trop long de multiplier les exemples, il faut varier suivant les cas la médication hypnotique et ne se servir qu'avec prudence des hypnotiques stupéfiants. Le mieux sera toujours de chercher la cause de l'insomnie et de lui appliquer le traitement qu'elle exige ; bien souvent alors ce ne sera pas aux médicaments qui font dormir que l'on s'adressera.—*Bulletin médical du Nord.*

**La diarrhée matinale.**—On est de temps en temps consulté par des malades qui se plaignent d'avoir chaque matin une ou deux selles diarrhéiques, sans qu'aucun autre besoin de défécation se manifeste pendant le reste du jour. Ces selles diarrhéiques se produisent aussitôt après la sortie du lit ; quelquefois cependant le besoin peut se faire sentir, le malade étant encore au lit ; mais il importe de remarquer alors que c'est toujours à la suite d'un mouvement que le besoin se fait sentir. Ce besoin est impérieux,

mais il n'est pas douloureux. Les évacuations peuvent être complètement liquides; elles sont abondantes et souvent fétides. Leur nombre est variable; en général les malades n'ont qu'une ou deux selles; parfois ils en ont jusqu'à quatre, rarement plus, et toujours à peu près dans le même laps de temps.

L'abdomen n'est pas douloureux à la pression; l'appétit est presque toujours conservé, quelquefois même exagéré; la soif est habituellement intense et on trouve le clapotement stomacal caractéristique de la dilatation de l'estomac. Malgré tous ces phénomènes, qui peuvent présenter une certaine gravité apparente, ordinairement la santé générale se maintient dans un état très satisfaisant. Aussi le pronostic est-il relativement bénin, d'autant mieux que le traitement a ici beaucoup d'influence sur l'évoition de la maladie.

L'observation montre, en effet, que le régime, en particulier la nature des aliments et surtout la quantité des boissons ont ici beaucoup d'importance. Ces malades digèrent fort mal les légumes, les fruits, les viandes accommodées avec des sauces, les ragoûts; de plus, presque tous absorbent de grandes quantités de liquides. C'est donc dans ce sens que doit être dirigé le traitement. Il faut surtout conseiller aux malades de ne jamais boire en dehors des repas et de faire en sorte que la totalité du liquide absorbé dans les vingt-quatre heures n'excède pas 7 à 800 grammes. La nourriture se composera exclusivement de viandes rôties ou grillées très cuites, de purées de légumes, de compotes, mais en petite quantité. Le repas du soir sera très léger et la boisson à ce repas, si cela est possible, sera supprimée complètement pendant quelques jours.

Dans presque tous le cas ce régime suffit pour faire disparaître la diarrhée matinale. Au bout de sept ou huit jours les malades sont revenus à leur état normal, mais on peut encore, si cela est nécessaire, aider le régime par différents moyens tels que les frictions sèches de la peau, l'hydrothérapie, les cataplasmes sinapisés mis le soir alternativement sur le ventre et les lombes. Si la diarrhée est fétide, il faut administrer le naphthol associé au salicylate de bismuth ou à l'iodoforme.

Cette étude a été faite par M. le Dr. Chauvet dans sa thèse inaugurale inspirée par le professeur Olive (de Nantes) et résumée dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que ces troubles intestinaux sont presque toujours la conséquence d'une dilatation de l'estomac. Pour notre part nous avons toujours constaté dans ces cas le clapotage gastrique dans les limites extra-physiologiques, et la thérapeutique qui a réussi à M. Chauvet est en grande partie la diététique de M. Bouchard.—*Concours médical*.

## CHIRURGIE.

**Les raideurs articulaires**—Les raideurs articulaires sont parmi les lésions que le chirurgien observe le plus souvent et contre lesquelles il est le mieux armé. Mais, si le traitement n'est pas dirigé avec précision et sagacité, l'infirmité, d'abord légère et curable, s'aggravera peu à peu et deviendra définitive. Il est donc du plus haut intérêt d'étudier avec soin tout ce qui est allié à cette question.

Ces études sont déjà anciennes, populaires même ; n'est-ce point sur les raideurs que les empiriques et les rabouleurs ont eu leurs plus beaux succès ? Mais les données à la fois scientifiques et pratiques sur ce point ne remontent qu'à Malgaigne. Depuis les leçons d'orthopédie que MM. Guyon et Panas ont publiées d'après l'enseignement de ce maître éminent, le sujet a fixé l'attention de tous les chirurgiens. On n'a d'ailleurs pas ajouté grand'chose à la description initiale, mais on s'est peu à peu familiarisé avec les principes thérapeutiques formulés par Malgaigne.

La vulgarisation n'est peut-être pas encore suffisante, et, dans le chapitre consacré à l'ankylose, nos livres classiques principaux se bornent à une courte mention sur les raideurs. D'autre part, les leçons de Malgaigne ne présentent pas un tableau d'ensemble ; c'est à propos de chaque articulation en particulier que les faits relatifs aux raideurs de cette articulation sont passés en revue. Il ne sera donc peut-être pas inutile de tracer une description générale. C'est ce que nous allons tâcher de faire, d'après une leçon récente du professeur GUYON.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, il faut en préciser les termes, c'est-à-dire définir l'ankylose, et établir en quel rang on doit y placer les raideurs.

L'ankylose est une terminaison à laquelle peuvent aboutir à peu près toutes les maladies articulaires. Elle en est même, souvent, un mode de guérison et l'on peut la comparer à une cicatrice ; mais il y a des ankyloses vicieuses, tout comme il y a des cicatrices vicieuses ; et c'est une des conditions dans lesquelles le chirurgien est appelé à intervenir. Il est encore un point sur lequel il convient d'insister : l'ankylose est une terminaison, elle n'est établie que du jour où l'arthrite est guérie.

On définira donc l'ankylose : un état pathologique permanent des articulations mobiles, qui est consécutif à une maladie articulaire guérie et qui diminue mécaniquement l'étendue des mouvements naturels, ou les empêche complètement.

On le voit, les degrés sont nombreux, de la simple restriction à l'abolition complète des mouvements. Il est indispensable d'en tenir compte dans une classification pratique.

Depuis longtemps déjà on a voulu diviser les ankyloses en fausses et vraies, suivant que les mouvements sont, ou non, en partie conservés. Ces termes sont défectueux, car il n'y a pas de fausses ankyloses : il y a des limitations plus ou moins importantes des mouvements, et une limitation légère, mal traitée, peut aboutir à ce que l'on appelait ankylose vraie. Mais, si ces termes doivent être abandonnés, il faut reconnaître qu'ils cherchaient à exprimer une idée parfaitement juste ; les ankyloses ne peuvent être classifiées que par la clinique. Sans doute, on a cherché à se fonder sur l'état anatomique des parties, suivant que l'ankylose est osseuse ou fibreuse : on n'a pas tardé à se convaincre qu'au triple point de vue symptomatologique, pronostique et thérapeutique, on s'expose à des déboires, si l'on se fie à cette distinction.

En réalité, et le professeur Richet y a insisté dans une thèse ancienne déjà, la seule division valable est la division clinique grossière des ankyloses en complètes et incomplètes. Aux complètes peuvent correspondre des états de services variables. La soudure pourra être fibreuse aussi bien qu'osseuse. Aux incomplètes, cela va sans dire, n'appartiennent que des néoformations fibreuses. Parmi elles cependant, la clinique exige qu'on distingue deux cas, suivant que l'ankylose est lâche ou serré.

Ces divisions seraient cependant insuffisantes si elles ne tenaient compte que de la clinique, au mépris des constatations anatomo-pathologiques. Non point qu'il faille insister sur le diagnostic des soudures fibreuses ou osseuses, mais il est indispensable de se demander en quel état se trouve la cavité séreuse de la jointure atteinte. Il y a en effet deux grandes variétés d'ankyloses : les unes sont causées par des lésions péri-articulaires ; les autres, au contraire, ont leur origine dans des soudures intra-articulaires. Aux yeux du praticien, cette notion doit tout primer, car on conçoit que le pronostic et le traitement seront tout à fait différents, suivant que la cavité articulaire sera à peu près libre ou au contraire oblitérée.

Or la classification clinique en ankyloses complètes et incomplètes, ces dernières étant serrées ou lâches, répond en même temps aux notions anatomo-pathologiques qui précèdent. Faisons abstraction de quelques exceptions, des soudures osseuses périphériques de l'arthrite sèche, des ankyloses incomplètes très anciennes et abandonnées à elles-mêmes : les ankyloses complètes sont dues à des lésions intra-articulaires. Les incomplètes lâches sont au contraire d'origine intra-articulaire. Les incomplètes serrées peuvent appartenir à l'une ou à l'autre classe, mais nous verrons qu'au point de vue thérapeutique également elles sont intermédiaires aux deux.

Nous arrivons ainsi à distinguer les ankyloses en péri-articulaires et intra-articulaires. Les premières, lorsqu'elles sont incomplètes, ce qui est à peu près constant, constituent les raideurs articulaires.

Les raideurs articulaires, nous l'avons déjà dit, ont été étudiées avec grand soin par Malgaigne, dont le seul tort a été de les qualifier de fausses ankyloses.

Leurs causes sont au nombre de deux. L'une est l'arthrite, lorsque son intensité n'est pas trop grande. L'autre est l'immobilisation prolongée. L'une et l'autre, d'ailleurs s'associent souvent. Mais l'immobilisation à elle seule suffit, à condition toutefois d'être faite en mauvaise position.

Cette distinction n'a pas toujours été nette. En 1841, Teissier père (de Lyon) a publié une étude remarquable sur les lésions engendrées dans les jointures par l'excès de repos. Épanchements de sang et de sérosité, injection de la synoviale et formation de fausses membranes, lésions des cartilages, ankyloses même, voilà tout ce que peut produire l'immobilisation prolongée. De là est venue l'ankylophobie de certains chirurgiens, pour emprunter une expression à M. Verneuil.

Mais en 1841 on en était à peine aux premières recherches de Bonnet sur l'influence de la position dans les maladies articulaires, sur l'attitude physiologique de repos. Nos connaissances se sont peu à peu perfectionnées et nous savons aujourd'hui que les articulations supportent bien le repos prolongé, pourvu qu'on les immobilise en bonne position.

A tout instant le praticien trouve l'application de ces préceptes théoriques. N'a-t-il pas tous les jours à immobiliser une jointure saine? Un appareil ne fixe-t-il pas souvent la main entière alors que le mal, un panaris par exemple, n'atteint qu'un seul doigt? Le repos du membre entier n'est-il pas de règle pour la plupart des fractures? Et les fractures péri-articulaires sont encore plus dangereuses au point de vue qui nous occupe: elles se compliquent en effet volontiers d'un léger degré d'arthrite. Il en est de même pour les luxations réduites.

La nature de l'articulation immobilisée est également à prendre en considération; on n'oubliera pas que les jointures les plus serrées sont celles qui sont le plus sujettes aux raideurs, que les ginglymes surtout y sont prédisposés.

Cette simple mention des deux causes ordinaires des raideurs suffit pour faire comprendre que les lésions péri-articulaires vont être les plus importantes. On constate, en effet, que les altérations portent avant tout sur les ligaments, les tendons, les bourses séreuses, la peau même. La synoviale, sans doute, est souvent atteinte, toujours même, mais elle l'est peu, surtout dans les formes qui relèvent de la seule immobilisation en position vicieuse, et qui sont, en somme, des petites raideurs.

Tous ces tissus subissent une évolution morbide analogue : dans tous il y a raccourcissement, rigidité plus ou moins grande, dus à une transformation fibreuse cicatricielle, à une sorte de sclérose.

Les ligaments surtout sont épaissis, feutrés, principalement près de leurs insertions, les plus tendus sont ceux qui sont le plus altérés, et parmi les plus tendus, il faut citer les ligaments latéraux des ginglymes. Aussi ne s'étonnera-t-on pas que les ginglymes soient le type des articulations à raideurs. Ces ligaments sont raccourcis, et les études histologiques d'Henocque y ont révélé une infiltration plastique, qui peu à peu évolue, de façon que, abandonnée à elle-même, elle tend à remplacer le tissu fibreux du ligament normal par du tissu fibreux inodulaire; aussi bien la clinique enseigne-t-elle qu'il y a des raideurs que rien ne guérit, et dans ces conditions on n'arrive plus, le scalpel à la main, à délimiter les ligaments, fusionnés qu'ils sont dans une gangue scléreuse, qui englobe en même temps les tendons, les muscles.

Il y a en effet, état cicatriciel de tout le tissu conjonctif péri-articulaire, et de là des indurations, des brides que parfois il faudra sectionner pour obtenir le redressement. Tout comme il est quelquefois indiqué de sectionner les tendons, dont les corps musculaires ont subi, du côté où l'articulation est fléchie, un raccourcissement qui s'est souvent transformé en rétraction fibreuse. De même, il y a rétraction des plans aponévrotiques, et même de la peau. On se rend compte, en clinique, de ce raccourcissement de la peau dans les raideurs articulaires des doigts : on voit alors un segment lisse, tendu, où les plis anormaux ont disparu.

Au milieu de toutes ces altérations l'appareil de glissement est le plus souvent modifié. C'est à cet appareil qu'appartiennent, d'abord, les bourses séreuses péri-articulaires; or ces bourses sont fréquemment oblitérées. Ces lésions s'observent surtout à l'épaule, où l'on sait qu'entre le deltoïde et la capsule articulaire il y a un système de bourses séreuses fort important, dont l'utilité physiologique a été bien mise en relief par les études de M. Duplay sur la péri-arthritis scapulo-humérale. Par transformation fibreuse de ce système séreux, on peut arriver à une ankylose très serrée, mais bien plus justiciable de la chirurgie que l'ankylose intra-articulaire.

Dans ce cas, il est vrai, il y a des lésions intra-articulaires, mais M. Duplay a bien fait voir qu'elles doivent être mises en second rang. Elles sont la règle, d'ailleurs dans toutes les raideurs, où la synoviale est épaissie, scléreuse comme les tissus voisins, où les surfaces articulaires n'échappent pas tout à fait au processus morbide et cela en raison non seulement de l'immobilisation, mais aussi en raison des modifications de la synoviale qui

on le sait, tient sous sa dépendance les phénomènes de la vie intra-articulaire.

Les lignes précédentes démontrent donc qu'il ne faut pas prendre au pied de la lettre l'expression d'ankylose péri-articulaire, et en conclure que l'intérieure de la jointure est normale. Cette intégrité heureuse de la synoviale n'est jamais absolue. Mais elle est suffisante, dans bien des cas, pour qu'on soit en droit d'espérer le retour à l'état normal, physiologiquement au moins. Ailleurs, au contraire, l'articulation est plus compromise, et l'on est sur le chemin de l'ankylose complète. La première catégorie de faits constitue les *petites raideurs* de Malgaigne; les *grandes raideurs* répondent à la deuxième.

C'est donc du degré des lésions propres de la jointure que dépend le degré de la raideur. Or le traitement ne sera efficace que si l'on fait un diagnostic précis entre les grandes et les petites raideurs. Comment donc arriver à ce diagnostic?

Si l'on se bornait à l'examen actuel du malade, on arriverait difficilement à poser ce diagnostic, les symptômes sont en effet identiques dans les deux variétés. Il ne faut même pas croire que la limitation des mouvements soit toujours plus étroite dans les grandes raideurs que dans les petites. Dans les deux, les mouvements spontanés sont à peu près impossibles et l'articulation malade est suppléée par ses voisines; pour l'épaule, par exemple les mouvements du bras provoquent le bouslement immédiat de l'omoplate. Les mouvements communiqués sont possibles dans une certaine étendue, et la mobilisation indolente jusque-là, s'accompagne, à partir de ce point, d'une douleur extrêmement vive, arrachant des cris au malade, pouvant provoquer le syncope. Mais cette douleur si intense s'évanouit rapidement; au bout de quelques instants, il n'en est plus question. Cette douleur, elle aussi, est identique pour les grandes et les petites raideurs.

Le diagnostic entre les deux variétés est cependant utile pour mener à bien le traitement. Comment donc l'établir, puisque le degré des mouvements et l'intensité de la souffrance y sont impuissants? C'est affaire à une enquête exacte sur les commémoratifs, sur la cause surtout. Et d'ailleurs les raideurs articulaires sont en cela semblables aux ankyloses intra-articulaires pour lesquelles, tous les auteurs y insistent, la notion étiologique est d'une importance capitale. On se rappellera que le degré de la raideur est en raison directe de l'intensité de l'arthrite initiale; qu'à la simple immobilisation en mauvaise position répond la petite raideur. Mais il faut tenir compte, aussi, de la durée du mal: avec le temps, une lésion légère, une petite raideur, peut aboutir à un état incurable. Ces conséquences sont d'autant plus rapides que l'articulation est plus serrée normalement; aux doigts, par exemple, on doit s'en méfier, et dès lors s'occuper avec attention de leur mobilisation précoce lorsque pour une cause

quelconque on est conduit à les fixer dans un appareil. Si l'on oublie ces préceptes, on verra aisément les cinq doigts rester raides, infirmes, à la suite d'un panaris, qui n'a porté que sur un d'eux; d'une fracture de l'avant-bras, qui n'en avait lésé aucun.

Le diagnostic ne sera complet que si le chirurgien détermine avec précision où en est l'arthrite. Est-elle ou non éteinte? Sans une réponse à cette question, il est impossible d'entreprendre un traitement rationnel et efficace. Pour obtenir cette réponse, il suffit de soumettre la synoviale à un interrogatoire direct par des pressions localisées, et le résultat de l'enquête sera probant si les pressions sont faites aux lieux d'élection sur lesquels Malgaigne a insisté, dans les points où la séreuse est séparée du doigt par l'épaisseur minima des parties molles. Ainsi à l'épaule on appuiera dans l'interstice deltoïdien; au coude, soit en arrière sur les côtés de l'olécrâne, soit, encore mieux, sur l'interligne huméro-radial; à la branche, c'est contre la face antérieure du col fémoral, juste en dehors de l'artère, qu'on arrive le mieux à comprimer la synoviale. Si la pression ainsi faite avec précision est indolente, on peut affirmer que l'arthrite est éteinte, et l'on peut agir en conséquence.

C'est dans ces conditions qu'un traitement bien dirigé donnera souvent des succès remarquables. Si en effet une raideur abandonnée à elle-même est d'un pronostic sérieux, une raideur traitée avec attention et à temps est d'un pronostic bénin: on est en droit d'affirmer que le pronostic dépend absolument du chirurgien. Mais il faut reconnaître que le praticien a trop souvent tendance à négliger cette gêne fonctionnelle, d'abord médiocre dans bien des cas. Au sortir d'un appareil pour une fracture du radius, par exemple, il est vulgaire que la main entière soit quelque peu rouillée; mais, quand le malade s'en plaint à son médecin, la réponse est trop souvent: Cela ne sera rien. Et avec le temps, qui devait, disait-on, arranger les choses, l'ankylose s'aggrave trop souvent, au lieu de rétrocéder; la gêne se transforme en infirmité sérieuse.—(A suivre).

**Incompatibilité de quelques antiseptiques.**—Les antiseptiques ci-dessous se décomposant dès qu'on les mélange ensemble, il est préférable de n'employer jamais simultanément des antiseptiques mis côte à côte, à savoir:

Sublimé et iode;—sublimé et savon;—acide phénique et iode;—acide phénique et permanganate de potasse;—iode et savon;—acide salicylique et permanganate de potasse;—permanganate de potasse et huile;—savon et glycérine.—*Lyon médical.*

**Opération de Phelps.**—Clinique de M. le Dr. KIRMISSON à l'Hôtel Dieu.—Le traitement du pied bot congénital a de tout temps attiré l'attention des chirurgiens, qui, par toutes les méthodes de

traitement, se sont efforcés de remédier à cette terrible difformité. Aussi les procédés se sont-ils multipliés en suivant en quelque sorte l'évolution pathogénique de cette affection. Comme l'a fait remarquer, dans deux récentes leçons, M. Kirrnisson, chargé du cours de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, les orthopédistes anciens mettaient tout sur le compte des tendons et la ténotomie était alors la seule opération en faveur. Plus récemment, ce sont les os qui ont été incriminés et les tarsectomies, les tarsotomies antérieures ou postérieures se sont répandues dans la pratique chirurgicale, peut-être au détriment des procédés orthopédiques, et sans donner toujours le résultat qu'on en attendait. Il est bien certain qu'il existe des déformations osseuses, et notamment une inclinaison du col de l'astragale avec saillie de la tête de cet os qui nécessitent une résection osseuse; mais dans bien des cas, et particulièrement chez les enfants, cette déformation n'est pas assez caractérisée pour empêcher le redressement, et ce sont les parties molles de la partie interne du pied qui opposent le plus grand obstacle à la réduction. Si on examine la face plantaire d'un tout jeune sujet atteint de pied bot varus équin, on voit au niveau de l'articulation de l'astragale avec le scaphoïde un sillon angulaire et profond qui dénote des adhérences entre les parties profondes et les parties superficielles; si on fait alors des mouvements pour mettre le pied dans la rectitude, on voit tous les tissus du bord plantaire se tendre et pâlir sous les tractions comme s'ils étaient prêts à se rompre. Peau, tissu cellulaire, aponévrose plantaire, ligaments sont soudés, adhérents entre eux et formant un faisceau de parties rétractées qui maintient le pied dans son attitude vicieuse.

M. Kirrnisson s'est attaché à faire ressortir ce point particulier et l'a démontré sur trois petits malades traités dans son service. Il a même insisté sur l'efficacité du massage et des manipulations qui permettent de ne pas avoir recours à une opération sanglante quand il s'agit d'un enfant qui vous est amené immédiatement après sa naissance. Les manœuvres de redressement commencées dès la fin du premier mois, combinées avec le port de petites gouttières en gutta-percha, suffisent pour amener en dix ou douze semaines une amélioration considérable ainsi que cela est arrivé pour le premier enfant, qui, atteint d'un varus équin double très prononcé, avait au bout de deux mois de traitement le pied presque dans l'axe de la jambe. Mais chez un enfant plus âgé, qui a fait des tentatives de marche, chez lequel le poids du corps de l'enfant a augmenté la difformité, et dont les tissus sont beaucoup moins souples, les manipulations ne peuvent suffire. Force est alors de recourir à une opération sanglante, qui devra être proportionnée à l'étendue de la déformation. Il faudra, dans certains cas, pratiquer une ou plusieurs ténomies; dans d'autres, faire suivre ces sections tendineuses d'une résection osseuse, ou mieux d'une opération ayant pour but, tout en coupant les parties molles,

d'ouvrir par la même incision une articulation qui permettra par l'écartement des surfaces articulaires de remettre le pied dans une bonne attitude. C'est ce qu'a réalisé un élève de Sayre, le docteur Phelps, dans une opération que nous décrirons tout à l'heure et qui a déjà été pratiquée quatre fois par M. Kirrison avec les meilleurs résultats.

Il s'agissait dans ces différentes observations de pieds bots congénitaux (difformité dont nous voulons seulement nous occuper pour le moment) qui avaient subi, à l'exception d'un seul, l'extirpation de l'astragale. Cette ablation osseuse avait, il faut le dire, donné chez ces jeunes enfants des résultats très médiocres, ce qui tient à deux causes principales qui ont été mises en relief par M. Kirrison dans plusieurs leçons, et qui sont les suivantes: la non-efficacité d'une opération quelconque dans la cure d'une difformité, si l'intervention n'est pas suivie d'un traitement méthodique par les appareils et la non-utilité de l'extirpation complète de l'astragale dans les pieds bots varus équins congénitaux.

L'opération de Phelps est surtout connue depuis le congrès de Copenhague (1884) dans lequel son auteur en a présenté dix-huit observations. Elle a fait fortune en Amérique, en Allemagne, et à Copenhague où Lévy a obtenu neuf succès; mais elle n'avait pas été pratiquée en France ou du moins il n'y en a pas encore eu avant celle du docteur Kirrison une seule observation de publiée. Elle a pour but de sectionner à ciel ouvert les parties molles et d'ouvrir l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Pour arriver à ce résultat, on pratique au niveau de l'interligne articulaire cité plus haut et correspondant à la coudure angulaire du pied et à un sillon très prononcé chez les jeunes sujets, une incision verticale de trois à quatre centimètres qui a l'étendue de toute l'épaisseur au bord interne du pied. Le bistouri coupe successivement la peau, l'aponévrose plantaire, les tendons des jambiers et les ligaments de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. Cette section se pratique facilement, sans déterminer d'hémorragie, si ce n'est un écoulement sanguin insignifiant par une très petite collatérale de la plantaire interne. Cela fait, on redresse le pied qui se laisse aisément replacer dans une bonne attitude.

Phelps n'est du reste pas exclusif et dans les cas extrêmes où cette incision ne pourrait suffire, il recommande, comme l'a fait une fois M. Kirrison, de pratiquer une tarsectomie externe, d'enlever un coin du massif osseux du côté opposé; ce qui permet alors aux surfaces articulaires de l'astragale et du scaphoïde de se séparer par leurs bords internes en baillant et au pied de se remettre dans son axe antéro-postérieur. Cette pratique est tout à fait exceptionnelle et le simple écartement en forme de coin que permettent l'incision verticale et l'ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne doit suffire dans presque tous les cas.

On tamponne alors la plaie avec de la gaze iodoformée et on

applique un appareil plâtré bien fait, maintenant le pied dans la rectitude pour redresser définitivement l'attitude vicieuse. Il est bien entendu que l'équinisme, s'il existe, devra être corrigé par la section sous-cutanée du tendon d'Achille.

Les suites de cette opération sont absolument simples, tellement simples même que l'enfant peut quitter l'hôpital dans les bras de sa mère pour retourner chez lui et même partir pour la province comme il nous a été possible de le constater.

Au bout de vingt jours ou un mois, on enlève la gouttière plâtrée avec le premier pansement, et l'on trouve la plaie complètement ou à peu près cicatrisée, le pied étant dans une attitude parfaite. L'espace libre laissé par l'écartement des surfaces articulaires s'est comblé et il sera intéressant de voir la transformation que subiront plus tard ces tissus de nouvelle formation, et de constater s'il y a de ce côté une production soit cartilagineuse, soit osseuse.

Dans les quatre opérations pratiquées par M. Kirmission les suites ont toujours été extrêmement simples. L'enfant n'a pas souffert un seul moment. Ajoutons que nous avons suivi les petits malades, dont l'un est encore dans le service en observation, et qui a été opéré le 19 février 1889, il y a par conséquent plus de trois mois. Nous avons vu il y a quelques jours un autre petit garçon opéré le 7 mars. Ces deux enfants ont aujourd'hui le pied dans une attitude parfaite.—*Gazette hebdomadaire.*

**Traitement de l'hydrocèle sans injection iodée par ponction et application de collodion.**—M. le Dr LEROY, à l'hôpital civil de Constantine, voulant avant de tenter la cure radicale d'une hydrocèle, s'assurer de la nature du liquide, fit une ponction exploratrice au moyen d'une seringue Pravaz et retira ainsi trois grammes de liquide. A son grand étonnement, il constata deux jours après une diminution notable de l'hydrocèle. De nouveaux essais lui donnèrent d'assez bons résultats.

Voici la technique de ce nouveau mode de traitement : après avoir retiré, au moyen d'une seringue de Pravaz, ou de l'appareil Dieulafoy, le  $\frac{1}{4}$  ou le  $\frac{1}{3}$  du liquide contenu dans l'hydrocèle, on enduit tout le scrotum d'une couche assez épaisse de collodion non riciné que l'on renouvelle toutes les 24 ou 48 heures. Par ce procédé on aurait constaté que la moyenne du traitement nécessaire à la guérison était de 12 à 15 jours. M. Broquet, interne du service, rapporte trois observations à l'appui du nouveau procédé.—*Paris médical.*

## OBSTÉTRIQUE GYNÉCOLOGIE.

**De la grossesse extra-utérine**, par MATTHEWS DUNCAN.—Dans cette instructive leçon, l'auteur fait ressortir les points encore inconnus et encore discutés aussi bien dans l'anatomie pathologique que dans le traitement de la grossesse extra-utérine.

A côté de la grossesse extra-utérine proprement dit : interstitielle, tubaire, ovarienne, abdominale, il place la grossesse qui évolue dans une corne rudimentaire de l'utérus ; au point de vue de la marche, cette grossesse ne diffère guère des autres variétés de grossesses ectopiques. Ordinairement la variété de grossesse extra-utérine se modifie avec les progrès du développement ; une grossesse interstitielle devient tubaire, une grossesse tubaire devient abdominale... et le fœtus peut continuer à vivre, mais à une condition c'est que le placenta ne se décolle pas.

Le placenta ne peut pas se tranquillement planter, si on le trouve à l'examen adhérent en un point différent du lieu où il s'insérerait pendant son développement, c'est qu'il y a eu adhérence secondaire, comme pour un tissu quelconque, mais il n'y a pas eu rétablissement de la circulation dans ce placenta.

Les symptômes et les difficultés du diagnostic sont parfaitement exposés. L'auteur montre que souvent des phénomènes d'hémorragie interne sont les premiers signes qui font soupçonner l'existence d'une grossesse extra-utérine. Au moment de l'épanchement de sang dans le péritoine, les signes physiques restent muets, il faut attendre trente-six heures ou deux jours pour constater dans le cul-de-sac de Douglas la tumeur caractéristique de l'hématocèle rétro-utérine. L'hémorragie intra-péritonéale est un accident terrible, mais qui est loin d'être toujours mortel. Duncan cite plusieurs cas à l'appui de sa thèse.

Un grand nombre de grossesses extra-utérines ne réclament aucun traitement. Ainsi, bien souvent la grossesse est inconnue, le fœtus meurt dans les premières semaines de la gestation, l'œuf s'atrophie et ce n'est que plus tard, à un examen clinique ou à l'autopsie, qu'on le trouve. D'autres fois, le kyste s'ouvre spontanément à la paroi abdominale ou dans le rectum : presque rien à faire. La mort du fœtus arrête ordinairement l'accroissement du kyste fœtal : il y a cependant des exceptions et on voit quelquefois le placenta beaucoup grossir quand le fœtus a succombé.

Les trois méthodes destinées à provoquer la mort du fœtus : ponction, injection de morphine, électricité, sont rejetées par Dun-

can qui y a attaché peu de valeur ; aucun de ces moyens n'est infaillible, dit-il.

L'extirpation du sac par la laparotomie est le procédé le plus employé. Quand le fœtus est encore vivant, on peut la pratiquer pour conserver l'enfant, mais il faut so garder de décoller le placenta par crainte de l'hémorrhagie contre laquelle on serait presque impuissant. Quand l'enfant est mort, l'hémorrhagie, encore possible, est moins à redouter, et d'autant moins que la mort du fœtus remonte à plus de semaines.

Quand, dans le cours de la grossesse, se produisent des accidents d'hémorrhagie interne, de collapsus, faut-il opérer ? La laparotomie est recommandée, mais rarement faite. C'est qu'on est peu hardi quand on n'est pas certain du diagnostic.

L'opération pratiquée pendant le collapsus n'est ordinairement pas suivie de succès, mieux vaudrait attendre que le collapsus ait disparu.

D'ailleurs, on ne sait pas toujours s'il y a grossesse extra-utérine. Duncan rapporte qu'il refusa d'opérer une femme qui présentait des signes de grossesse au début et chez laquelle apparurent subitement les signes d'une hématoécèle avec profond collapsus. Un œuf de six semaines fut expulsé peu après de l'utérus, la femme mourut et on trouva à l'autopsie une péritonite purulente et une perforation de l'estomac.

Il y a encore beaucoup à faire avant le pouvoir fixer des règles absolues de traitement.—*Archives de toxicologie.*

**Rétention des débris de membranes et de placenta après la fausse couche et l'accouchement**, par M. FRAPONT.—Cette rétention est plus fréquente après l'avortement qu'après l'accouchement à terme. Elle donne lieu à deux ordres de complications : les unes immédiates, les autres tardives. L'hémorrhagie et la septicémie sont les premières en date et nécessitent une intervention active.

Les injections vaginales préventives empêchent la septicémie de se produire, d'autant plus facilement que dans l'utérus sain, même contenant des débris d'œuf, il n'y a pas de micro-organisme, si on n'en a pas introduit pendant une intervention ; on trouve bien quelques microbes au-dessous de l'orifice interne, mais ils sont atténués et non pathogènes.

L'hémorrhagie s'évite moins aisément ; elle est fatale si le placenta en tout ou partie se décolie et s'il n'est pas immédiatement expulsé l'hémorrhagie est alors très abondante ; d'autrefois l'hémorrhagie est de moyenne intensité, mais persiste pendant des semaines entières, s'il n'y a dans l'utérus que quelques fragments de cotylédons ou de membranes. Il faut donc intervenir, les injections chaudes, le repos au lit ne suffisent pas ordinairement à guérir le mal. Et en admettant même que l'hémorrhagie finisse.

par s'arrêter, on ne pourrait empêcher la production des complications suivantes, qu'on observe d'ailleurs même dans les cas où aucun symptôme alarmant ne s'était produit après l'avortement. On voit, en effet, les débris retenus dans l'utérus s'organiser, faire corps avec la muqueuse et se transformer en polypes dits fibrineux, ou placentaires; ou bien encore l'utérus reste gros, mou, gorgé de sang, la muqueuse se boursouffle et il se produit une endométrite hyperplasique, sans compter les déplacements utérins... Accompagnement presque forcé de cette métrite.

L'intervention que Fraipont recommande est radicale: elle consiste dans l'ablation avec le doigt ou la curette des morceaux de placenta et des membranes retenus dans l'utérus. La dilatation utérine avec la lumière est presque toujours nécessaire comme temps préparatoire du curettage. Si la dilatation est suffisante on extrait avec le doigt les morceaux de placenta et on termine le nettoyage de la muqueuse avec la curette; on se sert seulement de cette dernière, si les masses retenues sont peu volumineuses. Une injection intra-utérine, un tamponnement intra-utérin à la gaze iodoformée terminent l'opération. On éviterait, en agissant ainsi, certaines complications redoutables de la fausse couche, et on s'opposerait à l'instauration d'un grand nombre de métrites presque toutes étant d'origine puerpérale.—*Archives de toxicologie.*

**Avortement, emploi de l'électricité, au lieu de la curette, pour éliminer les fragments de germe.**—C'est le Dr H FRY qui recommande ce moyen. Il a recours au courant faradique; quant aux anciens, il les attaque par le courant continu.

Dans cette dernière opération, le pôle positif est introduit dans l'utérus au moyen d'une sonde utérine, et le pôle négatif est appliqué sur le bas-ventre, par un réseau métallique recouvert d'ouate dégraissée (ouate à pansement).

La séance dure six à huit minutes et a lieu tous les deux jours. On commence par un courant de 60 milliampères d'intensité, que l'on augmente à chaque séance de 10 milliampères, si la femme peut le supporter. Le courant continu agit dans ce cas en détruisant la vitalité des fragments de l'œuf, en y coagulant le sang (comme hémostatique, par conséquent); enfin comme désinfectant, car tout le monde sait qu'il se fait au pôle positif un dégagement d'oxygène qui est un puissant agent de désinfection.

Le courant induit ou faradique, que l'on utilise lorsque les restes sont encore frais, agit comme excitant de contractions utérines et prévient ainsi la subinvolution.—*Gazette de gynécologie.*

**Le massage de l'utérus, par NORSTROM.**—Il est depuis quelque temps beaucoup question du massage dans les affections articulaires de toutes sortes, dans les fractures, etc. Pour être moins connu, le massage gynécologique n'en est pas moins pratiqué par

quelques médecins et, assurent-ils, avec succès. C'est le résultat de son expérience que publie Norström dans un ouvrage de vulgarisation. Il a appris le massage de l'utérus à Stockholm chez Thure Brandt, empirique qui en obtenait de brillants résultats. Puis de retour à Paris il y a eu recours dans un grand nombre d'affections des organes génitaux de la femme. Dans ce premier livre il ne décrit que le massage de l'utérus, réservant pour des publications ultérieures le massage des annexes de l'utérus.

Le massage ne doit s'appliquer qu'aux formes subaiguës ou chroniques des affections de l'utérus. Jamais on n'y a recours pendant les périodes aiguës. En dehors des néoplasies, les affections chroniques de l'utérus se réduisent à la métrite parenchymateuse et à la métrite fongueuse hémorrhagique, accompagnées ou non de déviations de l'utérus, de sténose des orifices... Comme on le voit, Norström simplifie les classifications et adopte une division commode au point de vue thérapeutique.

La métrite parenchymateuse, quels que soient les symptômes observés, s'accompagne d'une stase sanguine veineuse avec sudation d'abord, organisation de l'exsudat ensuite, et terminaison par sclérose quand la maladie est de date éloignée. Qu'après cela il y ait rétroversion, rétroflexion...ces déviations, qui sont simplement l'effet de la maladie, n'en aggravent pas l'intensité et ne méritent guère, au point de vue fonctionnel, d'attirer l'attention. Corrigez une déviation, dit Norström, sans soigner la métrite, vous n'aurez aucun amendement des symptômes ; guérissez la métrite sans toucher à la déviation et tous les accidents ressentis par la malade disparaîtront bien que l'utérus n'ait pas repris une position plus physiologique. L'essentiel dans la métrite parenchymateuse c'est la stase veineuse : le massage chasse le sang des vaisseaux, active la circulation, fait contracter la musculature utérine, lui donne un tonus qui persiste. Le massage est donc théoriquement indiqué, les résultats publiés par Norström lui semblent tout en faveur de son procédé. Après vingt, trente, quarante séances de massage les écoulements et les douleurs disparaissent, les malades peuvent vaquer à leurs occupations..... Souvent la stérilité disparaît. S'il y a des flexions utérines elles peuvent persister sans inconvénient ; ordinairement le massage les corrige totalement ou en partie ; les pessaires et les ceintures deviennent inutiles : Norström les repousse.

La dysménorrhée sous toutes ses formes, causée par la métrite fait le sujet d'un long chapitre ; le massage a toujours réussi, dans les cas cités par l'auteur, à faire disparaître les phénomènes douloureux. Même résultat satisfaisant dans l'endométrite fongueuse hémorrhagique ; le massage ne fait évidemment pas disparaître les fongosités, mais il en modifie la circulation de telle sorte que les hémorrhagies ne reparassent plus. Les résultats sont peut-être moins évidents ici que dans la métrite parenchymateuse. Pour

mieux faire accepter son traitement Norström ne craint pas de faire le procès de la curette en rééditant les griefs accumulés contre l'instrument de Récamier depuis cinquante ans ; je remarquerai simplement que la curette bien maniée, habilement maniée, par un gynécologue connaissant bien son métier, et opérant aseptiquement, ne cause à l'heure qu'il est aucun désastre. On lit sans cesse, par exemple, que la curette perfore l'utérus. Or combien de cas en cite-t-on ? deux ou trois devenus classiques et fabriqués tout exprès. En vérité c'est chose insignifiante en regard des milliers de curetages de l'utérus pratiqués tous les ans sans le moindre inconvénient et avec le plus grand succès.

L'auteur passe rapidement sur le massage dans l'évolution utérine incomplète, dans les fibromes, les polypes et le prolapsus de l'utérus. Puis le manuel opératoire qui est fort simple. On fait une séance tous les jours pendant la période intermenstruelle, vingt-cinq à trente séances suffisent ordinairement dans les métrites d'intensité moyenne. Si la maladie n'est pas encore guérie on recommencera pendant la période intermenstruelle suivante. Le repos n'est pas nécessaire pendant le traitement ; les femmes peuvent, sans se fatiguer toutefois, vaquer à leurs occupations.

Une grande persévérance est nécessaire de la part du médecin et de la part de la patiente : c'est l'écueil auquel le massage gynécologique se heurtera peut-être surtout, quand il se vulgarisera, Norstrom le prévoit déjà.

En tous cas c'est une méthode à essayer ; point dangereuse, elle ne paraît pas répugnante aux esprits non prévenus. Le massage est appelé sans doute à rendre des services, surtout dans les affections chroniques invétérées de l'utérus, contre lesquelles, les méthodes actuelles de traitement restent peu efficaces.—*Archives de toxicologie.*

**Traitement de la métrorrhagie,** par le Dr. LUTAUD.—Les diverses formes de métrorrhagies sont combattues d'une façon très efficace par le chlorhydrate d'ergotinine cristallisé qui remplace avantageusement les préparations d'ergotine et d'ergotinine proposées jusqu'à ce jour :

Voici la formule proposée par le Dr. Lutaud :

Chlorhydrate d'ergotinine.....	1 cent.
Eau distillée.....	10 gr.

Pour injections hypodermiques, une demi-seringue toutes les deux heures jusqu'à cessation de l'hémorrhagie.

La solution doit être renfermée dans un flacon jaune et ne se conserve guère que pendant quinze jours.

Le chlorhydrate d'ergotinine sera employé dans les hémorrhagies post partum où son action est immédiate.—*Praticien.*

**Des ulcérations du col de l'utérus.**—M. BOUILLY, dans une leçon très intéressante sur ce sujet, cherche à établir la pathogénie de ces lésions, et insiste sur les conditions particulières qui les ont produites et qui les entretiennent. Limitant son étude aux ulcérations simples, c'est-à-dire sans complication d'un néoplasme sous-jacent ou d'une infection tuberculeuse, il montre que toutes les variétés d'aspect soit du col, soit de son ulcération relèvent toutes de deux conditions pathogéniques indispensables à leur production, à savoir : la *déchirure de l'orifice utérin et la métrite*.

L'ulcération *vraie* doit être soigneusement distinguée de l'ulcération superficielle, de l'*exulcération* qui occupe les bords de l'orifice du museau de tanche *non déchiré* et peut même empiéter sur la portion vaginale du col. Cette exulcération simple, desquamation de l'épithélium *pavimenteux* de la muqueuse *vaginale* du col, semble due au contact irritant des liquides sécrétés par l'utérus et surtout par le vagin ; sa présence n'entraîne ni les mêmes accidents, ni les mêmes indications que l'*ulcération vraie du col*.

Celle-ci au contraire part de la muqueuse *utérine*, empiète à l'extérieur, s'y étale et semble y être née, alors qu'en réalité elle n'existe que sur la *muqueuse intracervicale*. Cette ulcération, c'est la muqueuse du col *extérieure*, gonflée, proliférante et ulcérée ; c'est l'endomérite du col devenue extérieure ; c'est l'*ectropion* de la muqueuse enflammée à travers le col déchiré ou c'est la muqueuse vue par l'écartement des lèvres du col, s'il n'y a pas d'ectropion. Inflammation chronique de la muqueuse, hypertrophie de cette muqueuse et des tissus sous-jacents glandes et tissu cellulaire, renversement à l'extérieur de tous ces tissus trop à l'étroit, tel est, d'après M. BOUILLY, l'enchaînement des phénomènes.

Cet aspect particulier du col ulcéré (fente transversale circonscrite par des surfaces muqueuses ulcérées et plus ou moins renversées) n'existe *jamais* chez les femmes enceintes n'ayant pas eu un accouchement ou une fausse couche ; la déchirure plus ou moins grande de la parturition est un des éléments indispensables à la production de cet état.

Pour que l'ulcération se produise sur un col déchiré, il est nécessaire qu'il y ait de l'endomérite qui s'accompagne des symptômes ordinaires ; l'ulcération par elle-même ne cause pas de troubles particuliers ; dans quelques cas seulement, elle est le siège d'une sensibilité spéciale sur laquelle Emmet a beaucoup insisté, sensibilité siégeant à l'un des angles ou aux deux angles de la déchirure et capable de donner lieu à des phénomènes réflexes variés. De plus, l'ulcération, une fois créée, peut devenir par elle-même la source d'accidents locaux et généraux variés, entretenir et aggraver les phénomènes inflammatoires.

Aussi, dans le traitement de l'ulcération, faut-il tenir un large compte de cette double condition pathogénique de l'endomérite, il faut pratiquer (opération d'Emmet) la suture des lèvres de la

déchirure aussi bien sur les côtés que sur leur bord antérieur. Les résultats de cette opération sont généralement excellents : le col reprend sa forme ; à la muqueuse cervicale ulcérée se substitue la muqueuse vaginale saine ; le col conique à base inférieure est remplacé par un cône à base supérieure. Si l'opération a été faite en temps opportun, si elle s'accompagne d'un traitement antérieur ou contemporain de l'endométrite concomitante, au bout de peu de temps, le col subit une telle transformation dans sa forme et son volume, qu'il est impossible de reconnaître l'ancien état pathologique et de méconnaître l'évident bénéfice de l'intervention.—*Concours médical.*

## PÆDIATRIE.

**Traitement de la diphthérie.**—Clinique de M. HUTINET, à l'hôpital des Enfants-Malades.—La diphthérie présente des accidents locaux caractérisés par les fausses membranes qui deviennent bientôt fétides, gênent par leur propagation la déglutition, le passage de l'air et peuvent amener une suffocation mécanique ; elle présente en outre des accidents généraux constitués par l'affaiblissement, un aspect plombé caractéristique, la tuméfaction des ganglions du cou entourés d'un œdème donnant à la surface l'aspect *proconsulaire*. La diphthérie n'est pas une maladie analogue à la variole, à la syphilis, où la pustule et la roséole ne sont que la manifestation d'une infection générale ; la diphthérie est une maladie primitivement locale ; plus les fausses membranes seront étendues et nombreuses, plus les produits septiques engendrés par le bacille de Klebs augmenteront et plus les accidents toxiques seront à craindre. Le but des médecins est donc d'arrêter le développement des fausses membranes, d'empêcher l'envahissement du pharynx, du nez, du larynx et de s'opposer ainsi à la pullulation du micro-organisme.

Peut-on faire la prophylaxie de la diphthérie ? Le bacille diphthérique ne naît pas spontanément, il y a cependant quelquefois des cas de diphthérie dont on ne peut s'expliquer l'origine et dans lesquels on ne trouve aucune trace de contagion, mais c'est que les origines de cette maladie semblent être multiples et on voit par exemple plusieurs cas d'angine diphthérique coïncidant avec des épidémies de diphthérie chez les gallinacés (Jacobi). De plus Roux a trouvé le bacille dans quelques cas de ces simples angines folliculaires de l'adulte et de l'enfant appelées herpétiques, et qui sont véritablement herpétiques ; il y a aussi des formes frustes dans lesquelles on aperçoit au fond de la gorge des petits points blancs sur lesquels on n'est pas toujours fixé ; enfin on a trouvé

dans la bouche saine le bacille de Klebs. D'après ces considérations vous voyez que le germe de la maladie est très répandu et que par suite la prophylaxie devient très difficile. Il ne faut pas pour cela vous croire entièrement désarmés et vous abstenir de toute mesure prophylactique. Lorsqu'un cas de diphthérie se produit isolez votre malade, éloignez-en tous les enfants et rappelez-vous que la diphthérie peut se réintoxiquer pendant et à la fin de sa maladie (Jacobi). Le bacille pathogène a une vitalité très tenace, je pourrai vous citer plusieurs cas où un enfant a été atteint de la maladie dans une chambre occupée 2 et 3 ans auparavant par un diphthérique : aussi vous aurez bien soin de faire désinfecter d'une façon minutieuse la chambre et tous les objets de literie et de vêtements. L'hypertrophie des amygdales, les végétations adénoïdes du pharynx, le coryza chronique, prédisposent les enfants à la maladie ; en temps d'épidémie vous devrez surveiller ces causes prédisposantes et si les chances de contagion vous paraissent trop grandes pour un enfant appelé à vivre dans un milieu épidémique, vous essayerez d'atrophier ses amygdales et vous serez même autorisés quelquefois à pratiquer l'amygdalotomie.

J'arrive au traitement : je ne vous parlerai pas de la trachéotomie, je vous exposerai le traitement de la diphthérie en général, c'est-à-dire le traitement des fausses membranes et de l'intoxication qu'elles causent. À côté des diphthéries graves tuant en quelques jours, se placent les diphthéries extrêmement bénignes avec quelques pellicules, les diphthéries de moyenne intensité et les diphthéries abortives (diphthéroïdes de Lasègue). Faisons-nous à part le traitement de ces diverses formes de diphthérie ? Evidemment non. Il faut se méfier des cas où apparaissent de toutes petites fausses membranes qui rendent le diagnostic incertain ; ces angines légères prennent souvent au bout de quelques jours un caractère de gravité et tuent rapidement quelquefois : aussi, toutes les fois qu'un enfant a une angine d'apparence bénigne avec du blanc dans la gorge, traitez-la énergiquement comme si vous étiez en présence d'une angine grave.

Par quels moyens traiterez-vous les fausses membranes ? Et d'abord avons-nous un médicament spécifique qui empêche leur développement et la pullulation du bacille ? Eh bien ! non, nous ne le possédons pas, malgré les nombreuses recherches qui ont été faites dans cette voie. À l'époque où l'on croyait que la diphthérie était une maladie inflammatoire avec catarrhe, on employait le sulfure de potasse, le bronze, l'iode, puis les balsamiques (Trideau), le copahu et surtout le cubèbe (Bergeron). D'autres médecins ont essayé de détacher les fausses membranes au moyen de vomitifs : émétique, ipeca, kermès ; médication détestable, parce qu'elle débilite profondément le malade. Lorsque les théories microbiennes ont vu le jour, on a essayé les divers antiseptiques

connus : phénol, acide salicylique, salicylates, acide benzoïque, benzoates, acide borique, etc., et chacun d'eux a fait merveille entre les mains de l'auteur qui l'a préconisé et expérimenté. Aujourd'hui nous ne croyons plus à l'efficacité de ces médicaments soi-disant spécifiques. MM. Chantemesse et Vidal se sont livrés à des recherches expérimentales sur l'action des antiseptiques, sur la vitalité du bacille de Klebs; voici quelle a été leur manuel opératoire : des fils de soie stérilisés ont été immergés dans une culture de bacilles diphthériques, puis séchés à l'étuve, ils étaient alors plongés dans divers liquides antiseptiques pendant une, deux, trois minutes, et enfin inoculés dans des tubes de bouillon pur et mis à l'étuve. L'eau de chaux, le tannin en solution aqueuse 2 p. 100, l'acide phénique à 1 p. 100, l'acide borique à 4 p. 100, le sulfate de cuivre et le sulfate de zinc à  $\frac{1}{2}$  p. 100, l'eau naphtolée, l'eau salolée, l'acide salicylique en solution alcoolique à 5 p. 100, le perchlorure de fer en solution aqueuse à 1 p. 100, le biiodure de mercure à  $\frac{1}{2}$  p. 1000 n'ont donné aucun résultat après avoir agi pendant trois minutes; le liquide du docteur Soulez :

Acide phénique.....	5 grammes.
Camphre.....	20 —
Huile d'olive.....	30 —

a une action efficace, il retarde la culture, mais il ne l'empêche pas, même après trois minutes de contact; le naphtol camphré a donné les résultats un peu meilleurs, mais encore insuffisants; voici le mélange auquel Chantemesse et Vidal donnent la préférence :

Acide phénique.....	5 grammes.
Camphre.....	20 —
Glycérine .....	25 —

Comme vous le voyez, ces expériences n'ont donné aucun résultat satisfaisant, et le bacille a toujours résisté plus ou moins aux divers antiseptiques dont je viens de vous parler.

Que nous apprend la clinique? On vient à bout très facilement des fausses membranes qui se développent sur le tégument externe, sur des plaques d'impetigo, sur les plaies, mais il n'en est pas de même des fausses membranes cachées dans le pharynx, dans le larynx et dans le nez, et ce sont celles-ci qui sont dangereuses car elles donnent naissance à des produits toxiques. Bretonneau, Trouseau, les catérisaient avec de l'acide chlorhydrique, puis avec de l'acide sulfurique, de l'acide nitrique, c'était un procédé barbare et inefficace. On a employé les alcalins: la soude caustique (Roger) pour dissoudre les fausses membranes: le perchlorure de fer et la glycérine parties égales; le jus de citron qu'il ne faut pas trop dédaigner parce qu'il peut rendre des services, il est en effet

acide et caustique; l'acide tartrique; le nitrate d'argent; le sublimé en solution faible et forte, ou à l'état naissant, en badigeonnant le fond de la gorge avec une solution de chlorure de sodium puis en y insufflant du calomel; le cyanure de mercure; l'iodol qui a donné quelques bons résultats; l'iodoforme qui est tout à fait inactif; l'acide salicylique; l'huile de pétrole (Archambault) avec quelques résultats; l'eau oxygénée; l'acide borique. Puis on a essayé de dissoudre les fausses membranes par l'eau de chaux qui irrite la gorge, par la papaine. Il y a eu des succès et des échecs avec tous ces médicaments.

On est à peu près d'accord maintenant pour traiter la diphthérie de la façon suivante: d'après les données de bactériologie il faut empêcher les fausses membranes de se développer; en effet c'est là que sont accumulés les bacilles, le traitement doit donc viser directement les fausses membranes, et ce traitement c'est le sublimé dans l'alcool à 1 p. 100, ou la solution recommandée par J. Simon:

Acide salicylique.....	1 gramme.
Alcool .....	Q.S, pour dissoudre.
Glycérine.....	40 grammes.
Infusion d'eucalyptus....	60 —

ou le liquide de Soulez que j'emploie de préférence. Voici comment on procède à ce traitement local: la bouche de l'enfant maintenue ouverte avec l'instrument de Saint-Germain, avec une pince armée de ouate hydrophile on nettoie la gorge, puis avec une seconde pince dont l'ouate est imbibée du collutoire on frotte les fausses membranes de façon à les détacher, sans excorier toutefois la muqueuse sous-jacente. Le liquide de Gaucher est un peu fort, il occasionne quelquefois des eschares superficielles et des brûlures; le naphтол camphré peut être employé, mais il est très douloureux.

On doit renouveler ces atouchements six fois dans le jour et trois fois dans le courant de la nuit. Si les fausses membranes sont trop épaisses, il faut en outre les toucher deux à quatre fois par jour avec perchlorure de fer et glycérine parties égales. Après le badigeonnage, il faut nettoyer la gorge soit par des gargarismes si l'enfant est grand, soit par des irrigations si l'enfant est trop jeune; ces gargarismes et ces lavages doivent être faits avec des solutions antiseptiques faibles, on a employé l'eau de chaux, la solution phéniquée 1/100 qui peut être dangereuse et donner lieu à des phénomènes d'intoxication, l'acide salicylique en solution faible qui à le grand inconvénient d'irriter la gorge et de causer même une aphonie d'assez longue durée comme je l'ai observé. J'ai essayé le biiodure de mercure et il a toujours irrité la gorge, l'eau naphтолée ne m'a donné aucun résultat, je choisis et je vous recommande la solution boriquée 4/100: elle n'est pas caustique et elle est inno-

cente pour l'enfant qui en avale toujours un peu pendant les lavages. On a fait des inhalations antiseptiques et Renoux croit avoir eu de bons résultats en faisant évaporer par ébullition, dans la chambre du malade, de l'eau contenue dans deux casseroles dans lesquelles on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide phénique. ....	280	grammes.
Acide salicylique.. ....	56	—
Acide benzoïque.....	112	—
Alcool rectifiée .....	460	—

Je fais volontiers avec une solution saturée d'acide borique des pulvérisations dans la gorge, mais il faut rapprocher assez du malade le pulvérisateur à vapeur de façon que le jet arrive chaud dans la gorge; ces pulvérisations répétées quatre à six fois par jour, sont très utiles surtout lorsque les fausses membranes ont dépassé le pharynx et sont inaccessibles.

Pour la diphthérie nasale, faites des irrigations avec eau boriquée, et appliquez la pommade suivante de J. Simon :

Soufre sublimé et lavé	4	grammes.
Axonge.....	30	—

Si l'engorgement ganglionnaire est très prononcé, servez-vous d'une pommade ainsi formulée :

Extrait de belladone....	3	grammes.
Iodure de potassium....	1	—
Vaseline.....	30	—

Comme traitement général on a conseillé et je vous conseille le perchlorure de fer, une goutte toutes les deux heures, une demi-heure avant la prise du lait, parce qu'il le coagulerait; on a beaucoup donné le chlorate de potasse et souvent on a irrité les reins et augmenté l'albumine dans les urines, il faut donc l'abandonner: le cubèbe ne doit être prescrit que lorsque l'enfant est déjà grand. Le vrai traitement général c'est l'alimentation, et l'alimentation dans toutes ses forces: donnez surtout le lait, c'est un aliment parfait, non irritant et diurétique, donnez des crèmes au chocolat, à la vanille. etc., essayez par tous les moyens de vaincre la répulsion du petit malade. Donnez les vins d'Espagne, le vin de Champagne, l'eau-de-vie, le café, le thé.

En résumé le traitement de la diphthérie; c'est le traitement des fausses membranes: il faut les empêcher de s'étendre, de sécréter leurs produits toxiques. Les lavages fréquents, la propreté constante, l'antisepsie continue de la gorge, constituent des éléments e succès auxquels on ne saurait donner une trop grande part.

**Mort subite chez les enfants à la mamelle,** par GRAWITZ.—L'auteur appelle l'attention des médecins sur quelques cas de mort subite survenue chez des enfants qui ne présentaient auparavant aucune maladie et qui succombent avec tous les signes de l'asphyxie. Dans le cas d'une petite fille de huit mois trouvée morte dans son berceau, une servante fut poursuivie comme ayant causé la mort par négligence. L'autopsie montra que l'enfant avait succombé à l'asphyxie et Grawitz rapporta celle-ci à la présence d'un thymus énorme qui aurait comprimé les grosses bronches et les vaisseaux. La prévenue fut acquittée en raison " du manque de preuves évidentes."

Dans un autre cas un bébé de six mois, parfaitement sain, resta tout à coup sans respiration, devint violacé, serra les poings et succomba en quelques minutes. A l'autopsie l'auteur trouva un énorme thymus avec deux grands prolongements réunis sur la ligne médiane et recouvrant la plus grande partie du sac péricardique. Il porta comme diagnostic : asphyxie par hyperplasie du thymus.—*Paris médical.*

**Des indications thérapeutiques dans la rougeole.**—Dans une communication sur la récente épidémie rubéolique de Naples, M. A. MONTEFRESCO fait les remarques suivantes, intéressantes au point de vue thérapeutique.

Il s'élève d'abord contre l'emploi des médications antipyrétiques, parce qu'elles sont inutiles dans la majorité des cas. On doit, écrit-il, les réserver seulement pour ceux où l'élévation thermique menace de conduire à la dégénérescence des tissus, à la myocardite et à des troubles encéphaliques.

L'importance du régime est considérable. Il recommande surtout la glycérine, préférable à l'alcool et susceptible de maintenir les forces du malade en diminuant l'excrétion de l'urée et la température. Il la prescrit sous forme de limonade et à la dose quotidienne de 20 à 30 grammes.

La plus vulgaire et la plus grave des complications, la broncho-pneumonie, est justiciable de l'ipéacuanha en infusion. C'est un expectorant puissant dont on complète l'action en diminuant la toux par la teinture d'aconit. Dans la bronchite capillaire des rubéoliques, il conseille l'iode de sodium à la dose d'un demi-gramme à titre d'expectorant. Associé au bromure de même base, ce médicament régularise le rythme respiratoire, atténue l'engorgement bronchique et diminue la fréquence de la toux. Un remède ainsi préparé constitue donc à la fois un médicament respiratoire et un médicament sédatif.—*Archives de pathologie infantile.*

**De la stérilisation du lait pour la nourriture des enfants.**—Le lait de vache contient trois fois plus de caséine et moitié moins

de sucre que le lait de femme. Cette différence de composition est facile à corriger en étendant le lait de vache avec de l'eau sucrée.

Ce qui constitue le plus grave inconvénient du nourrissage au biberon, c'est que, dans ces circonstances, le lait est toujours infecté par du ferment lactique et divers autres microbes, tandis que l'enfant nourri au sein avale un lait aseptique.

Soxhlet a le premier montré les avantages qu'il y a à stériliser le lait partagé d'avance en autant de portions que l'enfant fera de repas; mais son appareil est assez dispendieux.

James Eisenberg propose une modification qui rend le procédé pratique pour les ménages modestes. Aussitôt reçu, le lait est étendu d'eau sucrée dans la proportion convenable, puis partagé en autant de flacons que l'enfant fera de repas, soit une douzaine. Chaque flacon est bouché avec un simple tampon de ouate. Tous les flacons, supportés par un plateau en fil de fer, sont placés dans une marmite en fer battu à moitié pleine d'eau. On ferme bien exactement et l'on fait bouillir l'eau pendant trente ou quarante minutes, de façon que les flacons, enveloppés par la vapeur d'eau à 100°, soient parfaitement stérilisés. On peut alors les retirer de la marmite et, après ce traitement, leur contenu peut se conserver plusieurs jours sans altération. Il est cependant bon, en été, de les placer dans un endroit frais.

Au moment de s'en servir, il suffit de remplacer le bouchon d'ouate par un ajustage de biberon; mais il est essentiel de ne déboucher le flacon qu'au moment de s'en servir et de prendre un nouveau flacon pour chaque repas. Les flacons vides doivent naturellement être lavés à la lessive avant de servir de nouveau.—  
*Paris médical.*

---

## FORMULAIRE.

Préparations de créosote.—*Keferstein.*

P.—Créosote.....	20	gouttes
Alcool.....	6	drachmes
Eau de cannelle.....	3	onces
Sirop de cannelle.....	6	drachmes

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé trois fois par jour.

P.—Créosote.....	60	grains
Guimauve.....		
Réglisse.....	1½	drachme
Mucilage.....	q. s.	

M.—Diviser en 120 pilules et recouvrir de gélatine.—*Dose* : Une pilule trois fois par jour.

P.—Créosote.....	45	grains
Teinture de cannelle.....	1	once

M.—*Dose* : 50 gouttes trois fois par jour dans une demi-tasse de lait tiède, d'eau tiède sacrée ou du vin de Malaga.

P.—Créosote.....	20	grains
Disoudre dans huile d'amanje.....	1	once
Mucilage.....	5	drachmes
Eau.....	3	onces

Faire une émulsion et ajouter :

Teinture composée d'écorce d'orange.....	15	gouttes
Huile sucrée de menthe poivrée.....	1	drachme

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé de deux à cinq fois par jour. Est la meilleure préparation qui convienne aux enfants.

P.—Créosote.....	30	grains
Acétate de plomb.....		
Opium.....	5	grains
Extrait de réglisse.....	1½	drachme
Mucilage.....	q. s.	

M.—Faire 50 pilules.—*Dose* : Une pilule trois fois par jour.—  
Convient dans les cas de diarrhée et de touz irritants.—

*Medical Age.*

## Diarrhée tuberculeuse.

P.—Acétate de morphine.....	2	grains
Acétate de plomb.....	48	"
Acide acétique dilué.....	2	drachmes
Sirop.....	½	"
Eau.....	q. s. pour	3 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé.—*Medical Age.*

---

---

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, DECEMBRE 1889.

---

## BULLETIN.

---

### Prophylaxie et traitement de la tuberculose.

---

“ La tuberculose est, de toutes les maladies, celle qui fait le plus de victimes dans les villes et même dans certaines campagnes,” telle est la déclaration qu’a mise en tête de ses *Instructions au public* la Commission permanente du récent Congrès pour l’étude de la tuberculose. Même pour ceux qui se refusent à admettre l’entière exactitude de cet avancé, il est avéré que la tuberculose est une des maladies contre lesquelles il importe le plus de se prémunir par tous les moyens possibles, et l’on peut dire que, de nos jours, c’est à la recherche de ces moyens ainsi qu’à celle de la nature intime de l’affection tuberculeuse qu’ont été consacrés la plupart des travaux des principales sociétés savantes du monde entier.

La prophylaxie de la tuberculose découle nécessairement de son mode de propagation et constitue le premier pas à faire en fait de traitement. Aussi les promoteurs de l’Œuvre de la tuberculose ont-ils dû, tout d’abord, établir les règles sur lesquelles elle doit être basée. Ces règles, les voici telles que nous les a transmises M. Chauveau, président de la Commission permanente du Congrès de la tuberculose :

“ La tuberculose est une maladie parasitaire, virulente, contagieuse, transmissible, causée par un microbe—*le bacille de Koch*. Ce microbe pénètre dans l’organisme par le canal digestif avec les aliments, par les voies aériennes avec l’air inspiré, par la peau et les muqueuses à la suite d’écorchures, de piqûres, de blessures et d’ulcérations diverses.

“ Certaines maladies : rougeole, variole, bronchite chronique, pneumonie ; certains états constitutionnels provenant du diabète,

de l'alcoolisme, de la syphilis, etc., prédisposent considérablement à contracter la tuberculose.

“ La cause de la tuberculose étant connue, les précautions prises pour se défendre contre ses germes sont capables d'empêcher sa propagation.

“ Le parasite de la tuberculose peut se rencontrer dans le lait, les muscles, le sang des animaux qui servent à l'alimentation de l'homme (bœuf, vache surtout, lapin, volailles).

“ La viande crue, la viande peu cuite, le sang, pouvant contenir le germe vivant de la tuberculose, doivent être prohibés. Le lait, pour les mêmes raisons, ne doit être consommé que bouilli.

“ Par suite des dangers provenant du lait, la protection des jeunes enfants, frappés si facilement par la tuberculose sous toutes ses formes, doit attirer spécialement l'attention des mères et des nourrices.

“ L'allaitement par la femme saine est l'idéal.

“ La mère tuberculeuse ne doit pas nourrir son enfant; elle doit le confier à une nourrice saine, vivant à la campagne où, avec les meilleures conditions hygiéniques, les risques de contagion tuberculeuse sont beaucoup moindres que dans les villes.

“ Si l'allaitement au sein est impossible, et qu'on le remplace par l'alimentation au lait de vache, ce lait, donné au biberon, au petit-pot ou à la cuiller, doit toujours être bouilli.

“ Le lait d'ânesse et du chèvrie offre infiniment moins de danger à être donné non bouilli.

“ Par suite des dangers provenant de la viande des animaux de boucherie, qui peuvent conserver toutes les apparences de la santé alors qu'ils sont tuberculeux, le public a tout intérêt à s'assurer que l'inspection des viandes, exigée par la loi, est convenablement et partout exercée.

“ Le seul moyen absolument sûr d'éviter les dangers de la viande qui provient d'animaux tuberculeux, est de la soumettre à une cuisson suffisante pour atteindre sa profondeur aussi bien que sa surface: les viandes complètement rôties, ou bouillies et braisées sont seules sans danger.

“ D'autre part, le germe de la tuberculose pouvant se transmettre de l'homme tuberculeux à l'homme sain, par les crachats, le pus, les mucosités desséchées et tous les objets chargés de poussières tuberculeuses, il faut, pour se garantir contre la transmission de la tuberculose:

“ 1o Savoir que, les crachats des phtisiques étant les agents les plus redoutables de transmission de la tuberculose, il y a danger public à les répandre sur le sol, les tapis, les tentures, les rideaux, les serviettes, les mouchoirs, les draps et les couvertures;

“ 2o Être bien convaincu, en conséquence, que l'usage des crachoirs doit s'imposer partout et pour tous.

“ Les crachoirs doivent toujours être vidés dans le feu et net-

toyés à l'eau bouillante ; jamais ils ne doivent être vidés ni sur les fumiers, ni dans les jardins, où ils peuvent tuberculiser les volailles, ni dans les latrines ;

" 3o Ne pas coucher dans le lit d'un tuberculeux ; habiter le moins possible sa chambre, mais surtout ne pas y coucher les jeunes enfants ;

" 4o Eloigner des locaux habités par les phtisiques les individus considérés comme prédisposés à contracter la tuberculose : sujets nés de parents tuberculeux, ou ayant eu la rougeole, la variole, la pneumonie, des bronchites répétées, ou atteints de diabète, etc ;

" 5o Ne se servir des objets qu'a pu contaminer le phtisique (linges, literie, vêtements, objets de toilette, tentures, meubles, jouets) qu'après désinfection préalable (étuve sous pression, ébullition, vapeurs soufrées, peinture à la chaux) ;

" 6o Obtenir que les chambres d'hôtels, maisons garnies, chalets ou villas occupées par les phtisiques dans les villes d'eaux ou les stations hivernales, soient meublées et tapissées de telle manière que la désinfection y soit facilement et complètement réalisée après le départ de chaque malade ; le mieux serait que ces chambres n'eussent ni rideaux, ni tapis, ni tentures, qu'elles fussent peintes à la chaux et que le parquet fût recouvert de linoléum."

Mais s'il est relativement facile d'établir les conditions dans lesquelles on doit se placer pour se prémunir contre la tuberculose, il ne l'est pas autant de combattre la maladie une fois qu'elle s'est manifestée. Ce que l'on peut dire de plus vrai à ce sujet, c'est que la thérapeutique est encore impuissante en face des ravages de cette affection.

Ce n'est pas que la science n'ait rien découvert de nouveau depuis vingt ans, au contraire ; très nombreuses ont été les méthodes préconisées, plus nombreux encore les médicaments vantés et réputés efficaces contre le bacille tuberculeux, mais l'on s'est toujours et fatalement heurté à l'impuissance du médicament à amoindrir, dans l'organisme, dans le sang ou les organes, la vitalité du microbe. Là est peut-être l'explication des nombreux échecs éprouvés par les expérimentateurs.

Au cours d'une étude à ce sujet, publiée récemment dans l'*Union médicale* de Paris, sous la signature de Paul Chéron, nous trouvons résumées les diverses médications nouvelles de la tuberculose, lesquelles peuvent être classifiées comme suit :

1o Inhalations médicamenteuses ; 2o pulvérisations ; 3o lavements gazeux ; 4o injections ; 5o médication interne antiseptique ; 6o modificateurs du terrain ; 7o méthodes externes non médicamenteuses ; 8o médication symptomatique.

Les inhalations d'acide carbonique, d'hydrogène sulfuré, d'acide sulfureux, d'essence de térébenthine, de benzoate de soude, de subs-

stances balsamiques sous pression, d'oxygène ozoné, n'ont donné en somme que de très minces résultats. Celles à l'acide fluorhydrique n'ont guère fait mieux. Avec la plupart, on a eu des améliorations passagères, mais les améliorations persistantes n'ont pas été plus nombreuses qu'avec le simple traitement hygiénique. Le seul résultat qui a semblé propre à l'acide fluorhydrique a été l'augmentation rapide de l'appétit.

Les lavements gazeux du Dr Bergeon sont de moins en moins employés. Résultat définitif à peu près nul.

Les pulvérisations bi-iodurées de Miquel et Rueff ont produit de légères améliorations et c'est tout. Il semble nécessaire, et ce sera le point difficile, de donner aux vapeurs une pression suffisante pour qu'elles puissent aller jus-qu'aux dernières ramifications bronchiques.

On a recommandé des injections hypodermiques d'eucalyptol, de phénate de camphre, et des injections intra-parenchymateuses de sublimé et de naphthol camphré. Toutes ces injections sont aujourd'hui à peu près abandonnées, même par leurs auteurs, et, conclut M. Chéron, il n'est pas probable qu'on y revienne au moins d'ici à quelque temps. Pour notre part, nous avouons n'avoir jamais bien compris comment des injections médicamenteuses dans le tissu pulmonaire pouvaient même améliorer les lésions tuberculeuses de celui-ci.

Plus rationnelle, à coup sûr, est la médication interne, laquelle peut s'adresser à la fois à l'état général et à l'élément pathogène, le microbe. Parmi les médicaments nombreux recommandés en ces derniers temps contre la tuberculose, nous pouvons mentionner le calomel, l'iodure de potassium, l'homeriana, le borate d'ammoniaque, les eaux minérales naturelles.

A-t-on constaté une seule guérison, une seule amélioration permanente par ces divers moyens? Non. A notre sens, la médication interne n'a chance de réussir que si elle peut, sinon détruire la nocivité du bacille de Koch, du moins modifier le terrain sur lequel s'est implanté ce bacille. Or, de tous les modificateurs du terrain : l'arsenic, la digitale, le koumyss, le kéfir, la suralimentation, les climats chauds et l'altitude, il n'en est aucun qui puisse mettre à son crédit autre chose que de simples améliorations passagères. L'arsenic n'est qu'un tonique général, le gavage fatigue bientôt les malades, et, à l'heure qu'il est, il y a une forte réaction contre les climats chauds.

Les médications externes non médicamenteuses réussissent-elles mieux? Les pointes de feu, comme les vésicatoires volants, n'agissent guère que sur la toux et les pleurésies circonscrites, sources fécondes de douleurs thoraciques. L'aérophérapie, surtout par les inhalations forcées d'air chaud tant recommandées par Weigert, constitue un traitement purement théorique que l'expérience n'a pas confirmé. On peut en dire autant des inhalations d'air froid.

Reste la médication symptomatique, celle à laquelle on est toujours forcé d'avoir recours, le cas échéant, et sans laquelle le praticien resterait souvent dans un véritable et réel embarras. Notons, comme nouveautés l'antipyrine et l'antifébrine recommandées contre la fièvre tuberculeuse, le sulfonal, efficace contre les sueurs nocturnes et considéré, par Böttlich, comme l'égal de l'atropine, l'iodoforme contre l'hémoptisie, l'oxalate de cérium contre la toux.

Les complications laryngées ont aussi eu leur part de nouveautés. Contre la congestion de la muqueuse, scarifier celle-ci; s'il y a sténose du larynx, faire la trachéotomie; enfin, il y a le gratage. Localement en applique le menthol et l'acide lactique qui détruisent sur place le bacille tuberculeux.

M. Chéron termine par une conclusion qu'il déclare être un peu pessimiste: "Il est évident, dit-il, que l'année qui vient de s'écouler n'a guère amené de progrès dans la thérapeutique de la tuberculose pulmonaire. Les médications nouvelles les plus pronées se sont montrées à peu près aussi impuissantes que leurs devancières."

Nous désirons nous tromper, mais il nous semble que l'avenir ne tient pas en réserve le traitement curatif de la tuberculose. Détruire le microbe une fois introduit dans l'organisme nous semble, entre autres choses, parfaitement impossible et ridicule, attendu que sa vitalité résiste à tous les agents microbicides donnés dans l'état de dilution convenable. Administrés à l'état concentré, ils auraient chance d'atteindre, non-seulement le bacille, mais aussi les éléments mêmes du sang. Avec M. Chéron, nous croyons plus utile et plus pratique de nous tourner vers la médication préventive, vers la prophylaxie, vers l'hygiène.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cyclopædia of the Diseases of Children. Medical and Surgical, edited by John M. KEATING, M. D. Vol. II, 1 vol. in-80 Illustrated. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1889.

Ce second volume de l'intéressante encyclopédie publié par M. Lippincott traite de sujets aussi nombreux que variés. La première partie est consacrée aux maladies de la peau; la seconde aux maladies constitutionnelles et de la nutrition; la troisième à celles des voies respiratoires: nez, pharynx, larynx et poumons; la quatrième traite des affections des systèmes circulatoire, hémato-poïétique et glandulaire, la cinquième enfin comprend les maladies des premières voies digestives: bouche, langue et mâchoires. Une fois de plus la réputation incontestable des auteurs qui ont collaboré à cet ouvrage établirait, à défaut d'autre preuve, l'excel-

lence de l'entreprise, mais nous avons mieux que cela. Chaque partie, chaque maladie y est traitée d'une manière spéciale, tant au point de vue du diagnostic qu'à celui du traitement, et cela sous la signature de savants dont la supériorité et la compétence sont reconnues de tous.

Nous signalerons en particulier les articles suivants qui nous semblent mériter une mention spéciale : *Eczéma*, par Arthur Van Harlingen, de Philadelphie ; *maladies parasitaires de la peau*, par Henry Ashby, de Manchester ; *tuberculose*, par A. Jacobi, de New-York ; *rachitisme*, par H. Barlow, de Londres ; *maladies des amygdales*, par Beverley Robinson, de New-York ; *tumeurs du larynx*, par Sir Morell Mackenzie ; *laryngite spasmodique et laryngite pseudo-membraneuse*, par W. P. Northrup, de New-York ; *pneumonie croupale*, par Frs. Minot, de Boston ; *bronchite et broncho-pneumonie*, par F. G. Marriell, de Boston ; *phthisie*, par A. Jacobi ; *désordres fonctionnels du cœur*, par J. M. Da Costa, de Philadelphie ; *maladies congénitales du cœur*, par Wm. Osler, de Baltimore. L'ouvrage est illustré de plus de 125 gravures sur bois, et de 34 planches, la plupart en couleur.

La faveur signalée avec laquelle le premier tome de l'Encyclopédie a été reçu, tant par la presse médicale que par les praticiens, nous porte à croire que ce second volume aura un accueil également favorable, et ce sera absolument mérité. Nous sommes d'avis que ceux de nos confrères qui tiennent à être *renseignés* en fait de pédiatrie ne sauraient trouver ailleurs une somme plus considérable de renseignements. Tout y est pratique : symptomatologie, diagnostic et surtout traitement. Nous avons remarqué spécialement le traitement de la bronchite, de la broncho-pneumonie, de la pneumonie croupale, et le chapitre entier du rachitisme. Mais il faudrait tout citer, car tout en vaut la peine.

Les souscripteurs de l'Encyclopédie savent, au reste, que cette appréciation reste encore au-dessous de la vérité stricte, et tous, nous en somme certains, s'applaudiront d'avoir eu la bonne fortune de pouvoir utiliser un ouvrage aussi précieux.

II. E. D.

**Buck.**—*A Reference Handbook of the Medical Sciences*, embracing the entire range of Scientific and Practical Medicine, and Allied Sciences, by various writers ; illustrated by chromolithographs and fine wood engravings. Edited by ALBERT H. BUCK, M.D., New-York City ; Vol. VIII. New-York. William Wood & Co., 56 & 58 Lafayette Place, 1889.

Octavo royal de VI-801 pages, avec 1 chromolithographie, 2 planches reproduites de Sappey, et 528 gravures sur bois. Cinquante-cinq auteurs différents, la plupart des spécialistes, ont contribué à écrire ce volume. Ce 8<sup>me</sup> volume est le dernier de la série, et, sauf les articles sur les Blessures,

la Fièvre Jaune et les Maladies Zymotiques qui y occupent leur rang alphabétique, il peut être considéré comme un supplément au grand ouvrage. La table alphabétique des matières, chef-d'œuvre de patience, de clarté et de précision du Dr. Stedman, occupe le quart du volume, soit 200 pages. Ce volume contient, entre autres, une étude morphologique très détaillée (avec 105 gravures) du cerveau, par le Dr. Browning; plusieurs travaux sur les Lymphatiques; des travaux sur l'Inflammation catarrhale chronique, l'Intussusception, l'Oreille, l'Endocardite, la Hernie, les Articulations, le Larynx, la Reproduction, la Peau, le Spina bifida, la Moelle épinière, la Cystotomie sus-pubienne, le Système sympathique, la Terminologie, l'Uterus, la Fistule vésico-vaginale, la Vision, etc., etc. Le Dr. Buck peut être fier, à bon droit, d'avoir mené à bonne fin une entreprise aussi difficile, et d'avoir accumulé une aussi grande masse de faits scientifiques, originaux et actuels. Plus de trois cents écrivains, hommes ou femmes, ont apporté leur pierre à l'édifice, tous gens d'une compétence indiscutable sur le sujet traité. Aussi convient-il de bien distinguer le *Reference Handbook* de certaines compilations tout aussi volumineuses du reste. La maison Wood a produit là un chef-d'œuvre, mais elle n'en est pas à son premier. L'ouvrage contient 34 chromolithographies, et 5,151 gravures sur bois. La partie typographique est irréprochable. Le tout ensemble est digne d'admiration.

Publications du *Progrès Médical*. Paris, 14 rue des Carmes.

DUMORET.—**Laparo-hysteropexie** contre le prolapsus utérin. (Nouveau traitement chirurgical de la chute de l'utérus) par Paul DUMORET. Volume in-8° de 168 pages, avec 8 figures dans le texte. Prix : 3 frs 50.

Librairie Félix Alcan, 108 Boulevard St. Germain, Paris.

**Des Polynévrites en general et des paralysies et atrophies saturnines en particulier**, étude clinique et anatomo-pathologique par Mme Déjerine-Klumpke, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1 vol. in-8° 6 fr.

L'ouvrage est divisé en trois parties; dans la première, l'auteur fait un rapide exposé des causes étiologiques des polynévrites, il étudie le diagnostic et les modalités cliniques qui peuvent affecter les névrites périphériques, ainsi que leurs formes localisées.

La deuxième partie comprend les paralysies et les atrophies saturnines, l'étude clinique des formes localisées et généralisées de la paralysie saturnine, séméiologie et valeur diagnostique des localisations musculaires saturnines.

La troisième partie est consacrée à l'étude anatomo-pathologique des polynévrites, à leur pathogénie, à leur pronostic et à leur traitement.

OHMANN-DUMESNIL.—A **Handbook of Dermatology**, for the use of students, by A. H. OHMANN-DUMESNIL, A.M., M.D., Illustrated, St. Louis. St. Louis Medical and Surgical Journal Publishing Co. In-16, de 167 pages, orné de 34 gravures. Bon petit manuel concis et peu dispendieux.

BEAUDOIN.—**Guide médical à l'Exposition Internationale de 1889**, par Marcel Beaudoin, Paris—Bureaux du *Progrès Médical*, 14 rue des Carmes—et E. Lecrosnier et Babé, éditeurs. Place de l'École de Médecine.

ROBERTS.—**The Cure of Crooked and otherwise deformed Noses**, by JOHN B. ROBERTS, A.M., M.D., Philadelphia.

BLAKISTON.—**The Physician's visiting list for 1890**, 39th year of its publication.—P. Blakiston, Son & Co., Philadelphia.

Bulletin de la Société des Sciences Médicales de Lille, 11ème année, 1888.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

**Nécrologie.**—A Montréal, M. le docteur A. J. B. ROLLAND, professeur d'otologie et de laryngologie, à l'École de médecine et de chirurgie de Montréal.

**Universités allemandes.**—Le nombre des étudiants en médecine, durant le semestre d'hiver 1888-1889, a été le suivant pour les différentes Facultés de médecine : Berlin, 1,456 ; Bonn, 317 ; Breslau, 388 ; Erlangen, 297 ; Halle, 310 ; Fribourg, 309 ; Gies-sen, 222 ; Gœttingue, 214 ; Greiswald, 105 ; Heidelberg, 220 ; Jéna, 213 ; Kiel, 219 ; Kœnigs-berg, 214 ; Leipzig, 810 ; Marbourg, 209 ; Munich, 1,188 ; Rostock, 157 ; Strasbourg, 306 ; Tubingue, 237 ; Würsbourg, 984.—Total : 8,634, au lieu de 8,255 en 1887-1888.

**Les étudiants et les juifs en Allemagne.**—Le nombre des étudiants en Allemagne a doublé depuis la guerre de 1870, de sorte que le *prolétariat intellectuel*,—suivant l'expression de M. de Bismarck,—ne fait qu'augmenter. Car il est impossible de trouver des emplois ou des fonctions pour les 31,000 Allemands qui fréquentent annuellement les universités. On compte maintenant un étudiant sur 1,400 habitants. Sur les 34,118 étudiants, le tiers sont Juifs. En Autriche, on compte un étudiant sur 1,200 habitants, et 40 p. 100 de ces étudiants sont Juifs. A Vienne, la majorité des professeurs sont Juifs.

**Université Laval, Montréal.**—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Par suite des difficultés survenues entre les professeurs de l'École de médecine et de chirurgie de Montréal et ceux de la Faculté de médecine de l'Université Laval, signataires de l'*Union*, les cours de la Faculté ont été, le 25 novembre dernier, transportés dans les bâtiments occupés autrefois par celle-ci, Place Jacques-Cartier, et y ont été donnés régulièrement depuis cette date. La vacance de Noël, commencée le 23 décembre, se terminera le 7 janvier. Durant le second terme, les cours se donneront dans l'ordre suivant :

*Physiologie et pathologie générale* : prof. S. DUVAL, 8 h. a.m.

*Matière médicale* : prof. H. E. DESROSIERS, 9 h. a.m.

*Anatomie descriptive* : prof. A. LAMARCHE, 10 h. a.m.

*Clinique ophtalmologique* : prof. A. A. FOUCHER, 10 h. a.m.

*Clinique interne* : prof. A. LARAMÉE, 11 h. a.m.

*Clinique externe* : prof. A. T. BROUSSEAU, 11 h. a.m.

*Chimie* : prof. N. FAFARD, 2 h. p.m.

*Histologie* : prof. M. T. BRENNAN, 3 h. p.m.

*Pathologie interne* : prof. DEMERS, 3 h. p.m.

*Médecine légale* : prof. S. LACHAPELLE, 4 h. p.m.

*Tocologie* : prof. A. DAGENAIS, 4 h. p.m.

*Hygiène* : prof. S. LACHAPELLE, 5 h. p.m.

*Pathologie externe* : prof. A. T. BROUSSEAU, 5 h. p.m.

*Botanique* : prof. S. DUVAL, 7 h. p.m.

*Anatomie pratique* : prof. N. DELORME, 8 h. p.m., jusqu'au 1er mars.

*Médecine opératoire* : prof. A. LAMARCHE, 8 h. p.m., après le 1er mars.

---

## VARIÉTÉS

---

**Echo de l'Exposition Universelle.**—MM. W. R. WARNER & C<sup>ie</sup>. ont obtenu une médaille d'argent—la plus haute récompense en ce genre—en faveur de leurs produits, comme suit :

*Pilules de W. R. Warner & C<sup>ie</sup>.* 1<sup>o</sup> Pour leur prompt solubilité et sécurité d'administration, 2<sup>o</sup> Pour leur fixité et l'exactitude de leur dosage; 3<sup>o</sup> Pour la perfection de leur enveloppe, l'homogénéité de leur composition et la division exacte de leurs ingrédients; 4<sup>o</sup> Pour la solubilité parfaite du produit en 4 ou 6 minutes.

*Pilules de quinine.* Pour l'exactitude de leurs poids et la pureté de leurs ingrédients.

*Sels effervescents de W. R. Warner & C<sup>ie</sup>.*—1<sup>o</sup> Propriétés effervescentes supérieures; 2<sup>o</sup> Élégance et qualités supérieures; 3<sup>o</sup> Stabilité de leurs propriétés effervescentes telle que prouvée par un examen sévère.

C'est la 13<sup>e</sup> exposition universelle qui ait ainsi accordé une ré-

compense au mérite supérieur des produits de MM. Warner. Les médecins devraient toujours, en prescrivant, spécifier les préparations de ce nom.

**Caractères chimiques de la peptone.**—Une bonne peptone pour être assimilable, doit remplir les conditions suivantes :

Emploi de viande de bœuf de première qualité, sans muscle ni graisse ; rejet absolu de la viande de cheval, avec laquelle on baisse le prix.

Digestion de cette viande de bœuf avec la pepsine dialysée pure, jamais par les acides seuls.

Après la digestion, la peptone obtenue doit être neutre, ne contenir ni glucose ajoutée souvent pour augmenter la densité au détriment de la quantité de viande employée, ni phosphates artificiels pour augmenter les phosphates naturels, ni chlorure de sodium ou sel marin provenant de l'emploi de l'acide chlorhydrique pour la digestion de la viande, ni tartrate de soude quand on s'est servi d'acide tartrique dans le même but.

Une solution de peptone pure doit être limpide et ne pas précipiter l'acide azotique, ce qui est la conséquence d'une digestion parfaite.

La peptone Chapoteaut remplit exactement toutes ces indications : c'est à sa pureté, à sa régularité de préparation et d'action qu'elle doit d'être la seule employée dans le laboratoire de M. Pasteur pour les opérations si délicates de culture des organes microscopiques et dans tous les laboratoires de physiologie.

Au ministère de la marine, les navires qui font le service de la Cochinchine et du Tonkin doivent être, par décision ministérielle, approvisionnés de la pepsine Chapoteaut, car c'est le plus puissant moyen de nourrir les malades atteints de la diarrhée, du choléra ou du typhus : ce traitement est de beaucoup plus actif que le régime lacté.

La peptone Chapoteaut est employée sous les formes suivantes :

**Poudre de peptone Chapoteaut.**—Elle représente cinq fois son poids de viande de bœuf et s'emploie dissoute dans du thé, du bouillon ou du potage pour augmenter leur puissance nutritive, ou dans de l'eau pour lavements. La peptone en poudre supprime l'emploi des peptones liquides sujettes à s'altérer si elles en contiennent pas soit de l'alcool, soit de la glycérine.

**Vin de peptone Chapoteaut.**—Ce vin est alimentaire par excellence ; il est agréable au goût, se conserve bien et contient, par verre à Bordeaux, la peptone de 10 grammes de viande de bœuf.

Il s'emploie dans tous les cas où il est nécessaire de relever et soutenir les forces des malades, d'assurer une alimentation et une digestion régulières.

**DOSE :** un demi verre à vin de Bordeaux après les repas.

# TABLE DES MATIERES.

- Abscès, pulsatiles de la région précordiale, des, 39.—traitement antiseptique des, 473.  
 Acide acétique en gynécologie, de l', 150.  
 Acné, traitement de l', 386, 498.  
 Aériennes, corps étrangers des voies, 591.  
 Albuminurie de la grossesse, traitement de l', 101, 385 —intermittente et physiologique, de l', 217—par empoisonnement par les eaux d'égouts, de l', 302—au point de vue des assurances, du pronostic de l', 630.  
 Alcoolique, de la paralysie, 526.  
 Alcoolisme, traitement de l', 271.  
 Alopecie, traitement de l', 47, 102, 498.  
 Amblyopie nicotinique, traitement de l', 47.  
 Aménorrhée, traitement de l', 498.  
 Amygdales, traitement de l'hypertrophie des, 79.  
 Anesthésie, obstétricale, 415.  
 Anesthésique, 102.  
 Angine, de poitrine, traitement de l', 70, 497.—scarlatineuse, traitement de l', 46.  
 Angiômes de la langue, des, 588.  
 Antiseptique de la femme, toilette, 416 —incompatibilité de quelques, 640.  
 Antithermique, 433.  
 Aorte dans l'hémorrhagie post partum, compression de l', 597  
 Aortique, insuffisance, 580  
 Aphasie motrice, 382.  
 Ascite, chez les enfants, de l', 377, 487, —traitement de l', 607.  
 Association, des internes de l'hôpital Notre Dame, 183, 292, 336, 398, 454, 504, 563, 611.—médicale du district d'Iberville, 506.—médicale du Canada, 279, 336, 447, 503, 514, 567.—médicales, les, 555—medico-chirurgicale du district de Joliette, 500—pharmaceutique de la P. Q. 278, 503.  
 Asthme chez l'enfant de l', 268.—traitement de l', 526.  
 Ataxie locomotrice par la suspension, traitement de l', 162, 219.  
 Avortement, traitement de l', 417—emploi de l'électricité, au lieu de la curette, pour éliminer fragments de germe, 646.  
 BEAUDOIN.—Guide médical à l'Exposition Internationale de 1889.  
 Bibliographie, 51, 106, 165, 220, 276, 333, 444, 501, 556, 610.  
 BLACKISTON.—Physician's visiting list for 1890, the, 665  
 Blennorrhagie, traitement de la, 254,—nasale.—  
 BRENNAN, Dr M. T. hygiène scolaire et domestique des enfants, 17.  
 Brightiques, du régime alimentaire des, 34.  
 Bronchite, de la, 67, 127, 192.—traitement de la, 101, 108, 552.—capillaire, traitement de la, 429, 600.  
 BROUSSEAU, Dr. A. T. Rétrécissements de l'urèthre, 113.—Luxations non réduites à temps, 115.  
 Brûlures, traitement des, 47, 541.  
 Bubons suppurés, traitement des, 411.  
 БУСК.—A Reference Handbook of the Medical Sciences, 663.  
 Prophylaxie et traitement de la tuberculose, 659.  
 Cachexie de cause indéterminée, 247.  
 Calculs vésicaux, 303.—biliaires, traitement des, 433.  
 Cancer, du sein, 41, 43, 60.—du rectum, 255.—traitement du, 278.  
 Caractère chimique de la peptone, 667.  
 Catarrhe gastrique, traitement du, 160.  
 Cérume, traitement du, 498.  
 Cerveau, paracentèse du, 255, 306, 366.  
 Chancres syphilitique, diagnostic du, 316.  
 Chancreides, traitement des, 112, 386.  
 Chloro-anémie, 582.  
 Chlorose, traitement de la, 124, 462, 586.  
 CHOQUETTE, Dr. H. E.—Encéphaloïde versus épithélioma, 119.  
 Chronique et nouvelles, 51, 109, 166, 220, 277, 335, 390, 447, 503, 556, 611.  
 Ciguë dans les douleurs rectales, de la, 129.  
 Cirrhose, traitement de la, 271.  
 Cocaïne dans les affections des voies urinaires, de la, 535.—empoisonnement par la, 609.  
 Cœur, traitement de l'hypertrophie du, 101.—De la mort par arrêt subit du, 129.—consécutives aux contusions de la région thoracique gauche, des lésions valvulaires du, 400.

- Coliques hépatiques, 466.  
 Colite chronique, de la, 584.  
 Collège des M. et C. de la P. Q., assemblée du, 164, 326, 330, 387, 435, 615.  
 Congrès, 499, 504, 558.  
 Constipation habituelle chez l'enfant, traitement de la, 92, 271, 423.—dans les affections utérines, de la, 545.  
 Coqueluche, pathologie et traitement de la, 155.—traitement de la, 160, 291, 433, 485.  
 Corps étrangers des voies aériennes, 591.—des voies digestives, 307.—du vagin, 85, 148.  
 Correspondance, 164, 457, 510, 571.  
 Cors, traitement des, 272.  
 Coryza, traitement du, 385, 497.  
 Coxalgie, traitement de la, 131, 306, 412.  
 Group, traitement du, 163.  
 Cyclopaedia of the Diseases of Children, Medical and Surgical, 662.  
 Cystites, traitement des, 367, 553, 596.
- Délire d'enormité, le, 93.  
 Délivrance artificielle, de la, 201, 259.  
 Dentition douloureuse, traitement de la, 216.  
 Déontologie, question de, 440.  
 DESROSIERS, Dr H. E.—Revue trimestrielle de thérapeutique et de matière médicale, 60, 283.—Les poisons et leurs antidotes, 169.—Clinique de thérapeutique, 561.  
 Diabétiques, examen clinique des, 356.—pain pour les, 552.  
 Diarrhée, des enfants, traitement de la, 484—matinale, la, 633.  
 Diarrhée tuberculeuse, 657.  
 Digestives, corps étrangers des voies, 307.  
 Diphtérie, pathologie et traitement de la, 331.—traitement de la, 607.  
 DUMORET.—Laparo-hysteropexie, 664.  
 Dyspepsie putride, traitement de la, 607.
- Echo de l'Exposition Universelle, 666.  
 Eclampsie, traitement de l', 541.  
 Eclampsiques, du microbe de l'urine des, 373.  
 Ecthyma, traitement de l', 432.  
 Eczéma, infantile, traitement de l', 47, 156.—des paupières, traitement de l', 272.—traitement de l', 386.  
 Elixir Brown. Séguard, 442, 500.  
 Emanations gazeuses toxiques, 424.  
 Encéphaloïde versus épithélioma, 119.  
 Endocardite rhumatismale, de l', 295.  
 Endométrite, traitement de l', 479.  
 Enfants, traitement de la constipation habituelle chez les, 92, 271, 423.—traitement de l'urticaire chez les, 102.—du rhumatisme cervical chez les, 151—de la méningite tuberculeuse chez les, 154.—traitement de la pneumonie aiguë chez les, 210.—traitement de l'asthme chez les, 268.—traitement de la pleurésie des, 314.—traitement de la fièvre typhoïde chez les, 315.—des hémiplegies des, 376.—de l'ascite chez les, 377, 487.—durée du sommeil des, 483.—traitement de la diarrhée des, 484.—traitement de la chute du rectum chez les, 552.—Tuberculose chez les, 485.—traitement du rhumatisme chez les, 552.  
 Engelures, traitement des, 158.  
 Epanles. répétée treize fois, présentations des, 476.  
 Ephélides, 553.  
 Epilepsie, traitement de l', 69, 216.  
 Epithélioma secondaire des ganglions sous maxillaires, 472.  
 Erysipèle, traitement de l', 498.  
 Estomac cardiaque, de l', 462.  
 Etudiants et les juifs en Allemagne les 665.
- Faradisation comme moyen diagnostic de l'hystérie, de la, 274.  
 Fibromes utérins, de leur traitement par la méthode d'Apostoli, 23.  
 Fièvre hystérique, de la, 36.—ganglionnaire, de la, 603.  
 Fœtus, action de l'opium sur le, 313.  
 Forceps, quand doit-on se servir du, 143, 204.  
 FOUCHER, Dr. A. A.—Traitement des polypes du nez : un nouveau polypotome, 5.—mycosis de l'arrière-gorge, 117.—Des Keratites, 617.  
 Formulaire, préparations de créosote, des, 657.  
 Fractures périarticulaires, de l'eau chaude dans les, 304.—intrautérines, 418.  
 Gastrite chronique, traitement de la, 271.  
 Glycérine, suppositoires de, 185.—dans la diarrhée et la chute du rectum chez les enfants, 484.—  
 Goutte, traitement de la, 160.  
 Grossesse, du chlorure de sodium dans les troubles de la, 43.—traitement de l'albuminurie de la, 101, 385.—particularité de l'utérus au début de la, 267.—hygiène de la, 474, 547—extra-utérine, de la, 644.  
 Haleine, fétidité de l', 160.  
 Hallucinations, 93.  
 Hanche, diagnostic des contusions de la, 538.  
 Hégar, le symptôme de, 477.  
 Hématurie, traitement de l', 498.  
 Hémicranie, traitement de l', 161.  
 Hémiplegies de l'enfance, 376.  
 Hémoplycie, de l', 225.

- Hémorrhagies utérines, traitement des, 1<sup>re</sup>, 597.
- Hémorrhoides, puerperales, des, 209.—traitement des, 216.
- Hépatique, colique, 466.—de l'insuffisance, 574.
- Hernie, de la cure radicale de la, 176, 394.—étranglée, traitement de la, 195.—traitement de la, 272.
- Herpès génital, traitement de l', 161, 356.
- Hôpitaux, cours et dispensaires, 121, 178, 239, 289, 350, 396, 452, 625.
- Hydrocèle sans injection iodée par ponction et application de collodion, traitement de l', 643.
- Hygiène scolaire et domestique des enfants, 17.—de la femme enceinte, 474, 547.
- Hypertrophie du cœur, traitement de l', 101.
- Hystérie, de la faradisation comme moyen de diagnostic de l', 274.—de la misère comme agent provocateur de l', 525.
- Hystérique, de la fièvre, 36.
- Ictère, catarrhal, traitement de l', 72.—fébrile aigue, de l', 355.
- Impétigo, traitement de l', 159.
- Impuissance virile, 360.
- Incompatibilité de quelques antiseptiques, 640.
- Indications thérapeutiques dans la rougeole, des, 655.
- Injection Bron, 216.
- Insomnie, traitement de l', 385.
- Intestinale, occlusion, 82.
- Iodoforme dans le traitement de brûlures, de l', 541.
- Kératites, des, 617.
- Kolpo-cystotomie, 505.
- LACHAPELLE, Dr S.—Revue de pédiatrie, 12, 174, 236, 281, 348, 395, 449, 622.
- LAMARCHE, Dr A.—Anomalie du rein, 57.
- Langue, des angiomes de la, 588.
- Laval, université, 273, 391, 503, 553, 557.
- Ligatures au chat, 590.
- Luxations non réduites à temps, 115.
- Lymphangite mammaire des nouvelles accouchées, traitement de la, 481.
- Lympho-sarcome du cou, 83.
- Maladie kystique de la mamelle, 194.
- Mammaire, traitement de la lymphangite, 481.
- Massage de, 646.
- MARCIL, Dr. C. V.—Cure radicale des hernies, 393.
- MARCIL, Dr. D.—Kolpocystotomie, 505.
- Medecine, licence pour l'exercice de la, 337.
- Médecin, par son confrère, remplacement du, 48.—et pharmacien, 50.
- Médicaments, influence du mode d'administration sur l'action des, 608.
- Méningite tuberculeuse, chez les enfants de moins de deux ans, de la, 154.—chez l'adulte, de la, 242.—arthrite aiguë du genou comme signe avant-coureur de la, 402.—diagnostic différentiel de la, 484.
- Mercurielles dans la syphilis, technique de frictions, 493.
- Métrorrhagie, traitement de la, 161, 648.
- MITIVIER, Dr. M. M.—Sein caucéux chez une femme enceinte, 60.—Cure radicale de la hernie, 176.—Correspondance parisienne, 510, 571.
- Mort subite, par arrêt du cœur, de la, 129.—puerperale, 207; chez les enfants à la mamelle, de la, 655.
- Morue, mixture pour remplacer l'huile de foie de, 65.
- Mycosis de l'arrière-gorge, 117.
- Naissances, 56, 504.
- Necrologie, 222, 278, 336, 392, 557, 611, 665.
- Néphrite consécutive à la varicelle, de la, 215.
- Nerveux, consécutifs aux accidents de chemin de fer, phénomènes, 362.
- Neuralgie, traitement de la, 161.
- Nez, traitement des polypes du, 5.
- Nicotinique, traitement de l'amblyopie, 47.
- Obstetricale, trois cas de pratique, 369.
- Occipito-postérieures, accouchement dans les, 138.
- Occlusion intestinale d'origine néoplasique, 82.
- OHMANN DUMESNIL.—A Handbook of Dermatology, 665.
- Ombilical, procidence du cordon, 264.
- Ongles, décollement des, 474.
- Operation de Phelps, 640.
- Opium, son action sur le fœtus, 313.
- Ordonnances, les remises sur, 103.
- Ostéites typhoïdiques, 470.
- Ostéo-arthrite tuberculeuse du pied, 200.
- Ostéomyélite, juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur, de l', 196.—des adolescents, 538.
- Ostéopériostite du radius, 468.
- Otaïgie, traitement de l', 385.
- Oxalurie, traitement de l', 244.
- Ozène, traitement de l', 272, 595, 607.
- Papier antiseptique, 434.

- Paralysie, faciale des nouveau-nés, 153.  
—alcoolique, 526.
- Peau, traitement des affections bulleuses de la, 487.
- Pædiatrie, revue de, 12, 174, 236, 281, 348, 395, 449, 622—traitement de la diphtérie de la, 650.
- Pelvipéritonite plastique, traitement de la, 553.
- Péterson, accidents par le ballon de, 38.
- Phelps, opération de, 640.
- Phlébite crurale, traitement de la, 101.
- Phlegmon diffus de l'aisselle, 76.
- Phtisie, traitement de la, 607.
- Pied bot, du, 363.
- Pilule pour remplacer la poudre de Dover, 102.
- Pityriasis, traitement du, 553.
- Placenta prævia, traitement du, 264.
- Plaies, leur réunion à l'air libre, 75.
- Pleuraux, diagnostic de la quantité des épanchements, 404.
- Pleurésie, et kyste ovarien, 192.—infantile, 314, 553.—du traitement antiphlogistique au début de la, 519.—traitement de la, 552.
- Pneumonie, aigue, des enfants, traitement de la, 210.—du traitement antiphlogistique au début de la, 519.
- Poisons et antidotes, 169.
- Polyadénites cervicales, traitement chirurgical des, 134.
- Polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier, des, 664.
- Polypes, du nez, traitement des, 5.—de l'urèthre, 598.
- Polypotome, un nouveau, 5.
- Poudre de la peptone Chapoleaut, 667.
- Pouls lent permanent et urémie, 71.
- PRÉVOST Dr L. C.—De l'hémoptysie 225.
- Pronostic de l'albuminurie au point de vue des assurances sur la vie, du, 630.
- Prostate, traitement de l'hypertrophie de la, 249.
- Prurit, anal et vulvaire, traitement du, 216.—cutané, traitement du, 553.
- Ptyalisme, traitement du, 271, 552.
- Puerpérale, de l'infection, 308, 477.
- Purpura, du, 430.
- Rachis, courbures latérales pathologiques du, 236.
- Radius, ostéo-périostite du, 468.
- Raideurs articulaires, les, 635.
- Rectales, de la cigue dans les douleurs, 127.
- Rectum, cancer du, 255.
- Réflexe tendineux, dans l'état de santé et de maladie, du, 35.—importance de la recherche des, 298.
- Rein, anomalie du, 57.—Symptômes avant-coureurs de lésions graves des, 245.—examen chirurgical du, 305.
- Rétention des débris de membranes et de placenta après la fausse couche et l'accouchement, 645.
- Réunion immédiate des plaies, de la, 77.
- Rhinite, traitement de la, 434, 497, 498.
- Rhumatisme, cervical chez l'enfant, du, 151.—Méfauts du, 353.—Traitement du, 385, 433.—chez l'enfant, traitement du, 552.
- ROBERTS.—The Cure of Crooked and otherwise deformed Noses, 665.
- Scarlatineuse, traitement de l'angine, 46.
- Sciatique, traitement de la, 433.—de la, 523.
- Sein, cancer du, 41, 43, 60.—traitement de l'adiposité des, 84.
- Septicémie puerpérale, de la, 477.
- Société de Médecine pratique de Montréal, 28, 66, 123, 181.
- Sodium, dans les troubles de la grossesse, du chlorure de, 43.
- Sommeil, attaque de, 73.—chez l'enfant, Stérilisation du lait pour la nourriture des enfants, de la, 655.  
durée du, 483.
- Sueurs nocturnes, traitement des, 161.
- Suppositoires de glycérine, 185.—intra-utérins, 272.
- Surmenage physique, du, 604.
- Syphilis, rénale et cérébrale, 318.—par conception, 319.—pulmonaire, 324.—et tuberculose, 489.—frictions mercurielles dans la, 493.—héréditaire, symptômes précoces de, 496.
- Syphilitique, diagnostic du chancre, 316.
- Taille hypogastrique, de la, 37.
- Tamponnement intra-utérin, 265.
- Taxis, moyen de, 307.
- Tétanos, traitement du, 535.
- Tics et tiqueurs, 378.
- Thérapeutique, et matière médicale, revue trimestrielle de, 61, 283.—Clinique de, 561.
- Torticolis, du, 402.
- Tourniole, pathogénie et traitement de la, 134.
- Toux, opiniâtre, traitement de la, 434.—brightique, traitement de la, 434.—d'origines variées, 468.
- Tranchées utérines, des, 373.
- Travail, durée héréditaire du, 45.
- Trépanation, de la, 255.
- Tuberculose, pneumonique, de la, 458.—dans l'enfance, de la, 485.—et syphilis, 489 — pulmonaire consécutive aux traumatismes du thorax, de la, 628.

- Tumeurs de la vessie, diagnostic des, 529.  
 Typhiques par l'eau bouillante, désinfection des selles, 106.  
 Typhoïde, traitement de la fièvre, 186—diagnostic de la fièvre, 189.—chez l'enfant, traitement de la fièvre, 315.  
 Typhoïde ostéites, 470.
- Universités allemandes, 665.  
 Université Laval, Montréal, 1, 666.  
 Ulcérations du col de l'utérus, des, 649.  
 Ulcères, traitement des, 272.  
 Urémie, a forme gastro-intestinale, 30.—et pouls lent permanent, 71.  
 Urèthre, retrécissements de l', 113.—traitement par l'électrolyse, 367.  
 Urinaires, de la cocaine dans les affections des voies, 535.  
 Urine, bactéries dans, 188.—dans les fièvres, de la rétention, 297.—par retrécissement cicatriciel consécutif à la rupture de l'urèthre, rétention d', 408.
- Urticaire des enfants, traitement de l', 102.  
 Utérus, au début de la grossesse, particularité l', 267.—traitement de la constipation dans les affections de l', 545.—traitement du catarrhe de l', 546.—massage de l', 646.
- Vagin, corps étrangers du, 85, 148.  
 Vaginisme, du, 543.  
 Vaginite aiguë, traitement de la, 477.  
 Varicelle, néphrite consécutive à la, 215  
 Varices traitement des, 161.  
 Varicocele, opération pour, 365.  
 Variétés, 54, 110, 167, 223, 391, 448, 559.  
 Verrues, traitement des, 272.  
 Vessie, calcul de la, 303.—diagnostic des tumeurs de la, 529.  
 Vin de peptone Chapoteaut.  
 Vomissements, traitement des, 160, 433.
- Yeux des bébés, les, 484.

---

## COLLABORATEURS

### AU XVIII<sup>e</sup> VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

---

- BRENNAN, M. T., M.D., Montréal.  
 BROUSSEAU, A. T., M.D., Montréal.  
 CHOQUETTE, H. E., M.D., St Hilaire.  
 DESROSIERS, H. F., M.D., Montréal.  
 FOUCHER, A. A., M.D., Montréal.  
 LACHAPPELLE, S., M.D., St Henri.
- LAMARCHE, A., M.D., Montréal.  
 MARSH, C. V., M.D., St Eustache.  
 MARSH, D., M.D., St Eustache.  
 MITIVIER, M. M., M.D., Holyoke, Mass.  
 PRÉVOST, L. C., M.D., Ottawa.