

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — **CLINIQUE CHIRURGICALE.** — Hôpital Notre-Dame, Montréal — Considérations générales sur l'anthrax. M. Brosseau 49

CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal — Chorée. — Hémorrhagie cérébrale. M. Laramée. 52

THERAPEUTIQUE GÉNÉRALE. — Université Laval, Montréal — Des usages thérapeutiques du lait. M. H. E. Desrosiers. 55

REVUE DES JOURNAUX. — **PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MÉDICALES.** — Pneumonie bilieuse, 58 — De la fièvre dans la chlorose, 61. — Traitement de la goutte, 61. — Valeur diagnostique de l'ictère, 65. — Traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté. 66

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — De la tuberculose au point de vue chirurgical, 67. — Mort de cause dentaire, 71. — Le traitement des brûlures à l'hôpital Bellevue, 73 — Topique contre les cors. 75

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Traitement de la troisième période, — Dyastocie ayant pour cause l'enroulement du cordon autour du cou du fœtus, 77. — De la dynamorrhée, 78. — Rapport physiologique entre

l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la femme, — De la coccygodynie. 80

PÉDIATRIE. — De la pleurésie dans les quatre ou cinq premières années de la vie, 82. — Traitement de la coxalgie tuberculeuse au début, chez l'enfant, 84. — De l'ictère des nouveau-nés, 85. — Vulvite aphteuse chez l'enfant et son traitement par l'iodoforme, — Valeur symptomatique de quelques signes isolés dans leur diagnostic, 86. — Du pouls chez les enfants. 87

FORMULAIRE. — Asthme, — Goutte, — Syphilis secondaire, — Anémie essentielle, — Sueurs nocturnes des phthisiques, — Alcoolisme, 89 — Chancroïde, — Fièvre traumatique, — Ecthyma, — Sirop de Easton, Sirop de phosphates composé. 90

BULLETIN. — Avis de l'administration. — Phthisiologie, 91. — Encore les charlatans, 92. — Tarif minimum. 94

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 47

NOUVELLES MÉDICALES. — Nécrologie, — Société d'Hygiène de la Province de Québec, 95

Hôpital Notre-Dame. — Constitution médicale du carnaval, 96. — Naissance, — Mariage. — Décès. 96

REVUE DE MEDECINE

DIRECTEURS : MM.

BOUCHARD

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Lariboisière.

CHAUVEAU

Professeur à la Faculté de médecine de Lyon
Directeur de l'École vétérinaire.

CHARCOT

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de la Salpêtrière.

VULPIAN

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôtel-Dieu.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

LANDOUZY

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'hôpital Tenon.

LEPINE

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

REVUE DE CHIRURGIE

DIRECTEURS : MM.

OLLIER

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Lyon.

VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de médecine de Paris.

RÉDACTEURS EN CHEF : MM.

NICAISE

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Laennec.

TERRIER

Prof. agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'hôpital Bichat.

Ces deux Revues paraissent depuis le commencement de l'année 1881, le 10 de chaque mois, chacune formant une livraison de 5 ou 6 feuilles d'impression.

PRIX D'ABONNEMENT :

Pour chaque revue séparée :		Pour les deux revues réunies :	
Un an, Paris.....	20 fr.	Un an, Paris.....	35 fr.
— Départements et étranger.....	23 fr.	— Départements et étranger.....	40 fr.

Prix de la Livraison : 2 fr.

On s'abonne sans frais, à la librairie Félix Alcan, 105, boulevard Saint-Germain, à Paris, chez tous les libraires de la France et de l'Étranger, et dans tous les bureaux de poste. 1 85

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

**Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la
Bronchite, de la Toux et des Affections des
Voies Respiratoires.**

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces Pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est ici associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différents Maux de Gorge causés par le froïd sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

MODE D'EMPLOI.—*Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.*

Les Pastilles de Chloramine de Spencer étaient souvent prescrites, il y a quelques années, par les médecins de Philadelphie et des alentours, et leur promptitude d'action leur valut, partout où elles furent connues, une popularité plus étendue que celles de tous les lozanges employés contre la Toux, l'Inflammation des muqueuses, etc., etc.

Médecins et patients ont été unanimes à en louer les effets. A notre avis, cette combinaison constitue une amélioration des "Ammonia Lozenges" de Jackson. La formule en est due, nous dit-on, à M. Lenher, chimiste pratique, pendant plusieurs années en grande estime dans cette ville, il y a associé très heureusement le chlorure d'ammonium au chlorure de Potassium, l'extrait de douce-amère à celui de Jusquiame comme calmants anodins, les baumes pectoraux de Tolu et du Pérou, au Sénéga à la Scille et à une dose fractionnée d'Ipecac. De fait, nous avons plus de confiance en cette formule qu'en aucune prescription à nous connue, et notre longue expérience nous a rendue familière la composition de toute cette classe de remèdes.

Nous les recommandons sans hésitation comme sans réserve convaincus que nous sommes qu'elles seront plus promptement efficaces que tous les remèdes populaires contre la toux et qu'elles ne peuvent produire aucun des inconvénients inséparables de l'emploi des sirops et des lozanges qui affectent si souvent les organes digestifs, causent des nausées, gâtent l'appétit, inconvénients causés le plus souvent par un excès de morphine ou d'émétique, ou des deux à la fois.

M. Spencer se retirant des affaires et M. Lenher étant mort nous nous sommes décidés d'acheter la formule et le droit de fabrication, notre matériel et notre expérience nous permettant de préparer les Pastilles d'une manière plus inaltérable que ne le faisaient les premiers propriétaires.

PRIX : 25 CENTIMS LA BOUTEILLE,

expédiée par la malle sur reçu du prix.

JOHN WYETH & BRO.,

Manufacturing Chemists,

PHILADELPHIE.

Adressez toutes commandes à la

DAVIS & LAWRENCE COMPANY, Limited,
MONTREAL.

Seuls Agents pour la Puissance du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. BROSSEAU.

Considérations générales sur l'anthrax.

Messieurs,

Il se présente souvent à cette clinique des cas d'anthrax. Nous en avons eu quatre depuis quelques semaines.

Il serait oiseux de vous rapporter en détail chacune de ces observations ; qu'il me suffise de vous rappeler que les deux premiers malades étaient des vieillards et les deux derniers des adultes.

Deux de ces anthrax étaient situés à la région cervicale postérieure, lieu d'élection ; un troisième à la fesse, près de l'anus, et le quatrième à la partie inférieure et latérale du thorax.

Les deux vieillards étaient anémiques, malpropres ; les deux adultes ne paraissaient pas épuisés par les vices ou les maladies constitutionnelles.

P. S., l'un de ces derniers, nous revient aujourd'hui avec un second anthrax de petite dimension, situé à peu près à un pouce en bas du premier qui est guéri depuis un mois.

Je saisis cette occasion pour vous faire quelques remarques touchant cette maladie.

Autrefois on donnait le nom d'anthrax à diverses maladies qui avaient quelques ressemblances pathologiques avec le charbon ou pustule maligne ; mais aujourd'hui ce nom est exclusivement réservé à l'affection qui semble formée par une accumulation de furoncles.

L'anthrax est une inflammation spéciale du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Il ressemble au furoncle par sa constitution anatomique, mais il en diffère par sa forme, son volume et surtout par des symptômes généraux graves.

L'anthrax est une affection d'un type asthénique. Son siège ordinaire est à la nuque, au dos, aux fesses. Son volume varie depuis celui d'un œuf à celui du poing. Quelquefois il acquiert une largeur très considérable. Il présente l'aspect d'une écumoire ou d'un guépier.

Son siège anatomique est dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque la peau est perforée, on peut, en comprimant l'anthrax, en faire sortir un pus épais, fétide ; les bourbillons flottent dans ce pus. La peau est amincie, décollée, violacée, elle disparaît sur une certaine étendue.

Quelquefois l'anthrax se complique d'érysipèle et même d'infection purulente. Il est particulièrement fréquent chez les vieillards malpropres et mal nourris. La diminution de la vitalité chez eux peut expliquer cette prédisposition.

L'anthrax est fréquent chez les diabétiques.

Le bourbillon est un produit gangréneux spécial, un mélange de glandes sébacées mortifiées, de lymphes plastiques, de pus et de fibrilles de tissu cellulaire.

L'anthrax est tantôt circonscrit et bénin, tantôt diffus, envahissant et malin. Ce dernier ressemble au phlegmon diffus.

Durant cette affection on constate souvent la présence du sucre dans l'urine; cela tient aux produits pyrogènes qui passent dans le torrent circulatoire et déterminent des fermentations glycosuriques. L'anthrax serait donc, dans bien des cas, la cause et non l'effet du diabète. La coexistence du diabète et de l'anthrax ne serait qu'une simple coïncidence.

On a prétendu que les produits pathologiques de l'anthrax étaient contagieux. Trelat n'a pas hésité à nier cette contagion; cependant Pasteur attribue la genèse de l'anthrax aux organismes inférieurs, aux microbes. On prétend qu'il est inoculable. Le dernier cas cité plus haut en serait une preuve, puisque un deuxième anthrax s'est déclaré à la suite du premier. C'est aussi ce que l'on observe journellement pour le furoncle (ce diminutif de l'anthrax), il est rare de ne pas voir sur le même sujet une série de furoncles se développer les uns à la suite des autres, il y aurait donc contagion. Le micrococcus a tout ce qu'il lui faut pour se développer dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Le diagnostic de l'anthrax est ordinairement très facile.

Il est possible qu'au premier abord on hésite entre l'anthrax et la pustule maligne, mais on se rappellera que la pustule maligne débute nettement par une vésicule, tandis que dans l'anthrax, il y a, depuis longtemps, de la rougeur et de la tuméfaction, lorsqu'une phlyctène apparaît. Les orifices multiples qui devront laisser passer les bourbillons complètent le diagnostic.

Le pronostic de l'anthrax est variable. Sa gravité croit en raison de sa dimension et de l'état général.

Le traitement consiste à arrêter le progrès du mal et à éviter ainsi les mortifications étendues, il faut combattre les complications ataxo-dynamiques par les toniques, l'état goutteux par les alcalins, etc. etc. Donc, administrer les amers, les ferrugineux, les sels de potasse, et de plus une diète généreuse, l'habitation des places salubres, etc.

Le traitement local comprend les moyens topiques tels que les émoullients, la compression, et le traitement chirurgical: incisions, cautérisations, etc.

L'incision cruciale préconisée par Dupuytren doit comprendre toute l'épaisseur du mal et en dépasser les limites de deux à trois lignes.

Velpeau conseillait les incisions multiples faites en étoile. Sur toutes les surfaces mises à nu, ce chirurgien passait un pinceau imbibé de teinture d'iode caustique afin de prévenir les absorptions purulentes et putrides en obstruant les orifices vasculaires. Les incisions ont pour but de dégorgier les parties, de vider les abcès et de favoriser la sortie des bourbillons.

Gosselin préconise les incisions sous-cutanées afin de respecter les réseaux capillaires, lymphatiques ou sanguins.

Il est difficile de dire lequel de ces procédés mérite le plus de faveur.

Du reste, le chirurgien devra choisir telle ou telle méthode suivant les conditions spéciales de l'affection et du sujet.

La cautérisation est très en vogue comme traitement de l'anthrax. Cette méthode a été employée à des points de vue différents dans le but de faire avorter la maladie, d'éviter les accidents dépendant de l'emploi du bistouri : érysipèle, hémorrhagie, etc.

Jobert recouvrait la tumeur d'une trainée de caustique de Vienne, qu'il laissait en place un quart d'heure.

Follin conseillait le fer rouge ; Vernetil emploie le thermo-cautère ; Paget n'aime pas la chirurgie active.

Afin de débarrasser la plaie des escharres qui gênent la sortie des produits purulents et des lambeaux de tissu cellulaire, Foucher recommande d'appliquer sur l'anthrax une ventouse à pompe afin d'aspirer dans le récipient tout ce qui peut en être détaché, pus, bourbillons, etc.

En résumé, disons que le traitement devra nécessairement varier suivant le siège, l'étendue, le caractère de bénignité ou de gravité que présentera la tumeur. Ce qui a fait dire à Michon : " il n'y a pas un anthrax, mais il y a des anthrax."

Dans les cas ci-dessus rapportés, nous avons pratiqué une incision cruciale jusqu'à la base de la tumeur, puis, avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, nous avons, à l'exemple de Velpeau, badigeonné toutes les anfractuosités de la plaie le jour de l'opération et les jours suivants.

Nous avons pu par ce moyen modifier singulièrement toutes les parties qui avaient tendance à la gangrène, leur rendre une nouvelle vitalité et favoriser par conséquent la cicatrisation. Au lieu de la teinture d'iode nous aurions pu nous servir, avec une égale confiance, du chlorure de zinc, de l'acide phénique. Ces médicaments ont un effet à peu près analogue.

À la suite de la cautérisation nous avons tamponné la plaie avec un glycérolé à l'iodoforme ; on sait que l'iodoforme est un antiseptique puissant.

En résumé nous devons dire que l'incision cruciale, suivie de la cautérisation, nous a donné entière satisfaction dans les quatre cas d'anthrax que nous avons traités dernièrement.

P. S.—Un de nos malades nous arrive aujourd'hui à la consultation, porteur d'un second anthrax situé à la région cervicale postérieure, à environ un pouce plus bas que le premier. Cet homme est boullanger de son état, et ne paraît pas très soigneux de sa personne.

Devons-nous attribuer cette récidive à la contagion, c'est-à-dire au contact d'un pus contenant des microbes ?

Nous sommes disposés à le croire ; tout de même, nous allons chercher quelque vice constitutionnel qui pourrait expliquer cette repullulation.

Convulsions infantiles. — Plusieurs cas de convulsions infantiles sont rapportés dans le *American Journal of Obstetrics* (octobre et novembre 1884), cas que l'on aurait traités avec succès par des injections hypodermiques de morphine, après que les autres moyens ordinairement employés eurent échoué. La dose a varié de $\frac{1}{15}$ à $\frac{1}{4}$ gr. en injection hypodermique.

—La méningite tuberculeuse se développe toujours chez les enfants scrofuleux et tuberculeux, ou issus de parents atteints eux-mêmes de tubercules et de scrofules cutanées, osseuses, ganglionnaires et viscérales.—BOUCHUT.

CLINIQUE MÉDICALE

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

Chorée.—Hémorrhagie cérébrale.

(Leçons recueillies par H. E. CHOQUETTE, L.B., M.B.)

Chorée.—Lizzie F., âgée de onze ans, est entrée à l'hôpital le 22 octobre 1884, atteinte de mouvements choréiques généraux. Tous ses membres étaient mis en jeu pour exécuter les contorsions les plus bizarres, la même agitation persistant nuit et jour.

Les voisins de la famille F. nous ont informés que l'enfant a subi de fort mauvais traitements de la part de ses parents adonnés aux spiritueux.

Les renseignements touchant l'hérédité n'ont pu nous être fournis, de sorte que nous ignorons les névroses qui peuvent exister chez les parents.

Ces mouvements constants et désordonnés que nous avons signalés déjà, ont duré environ deux mois, mais avec une diminution sensible chaque jour. Au début, l'agitation était telle, qu'il a souvent fallu administrer le chloroforme en inhalations, de manière à amener l'anesthésie totale pour faire cesser cette agitation et aussi combattre l'insomnie. La liqueur arsénicale et les bromures ont également été employés.

Aujourd'hui, toutes les convulsions ont disparu, et Lizzie est parfaitement guérie.

Je tenais, messieurs, avant le départ de cette petite malade, à attirer votre attention sur quelques points généraux de l'histoire des chorées, et je me permettrai de vous les rappeler brièvement à la mémoire.

Vous n'ignorez point que la chorée est une maladie très fréquente chez le sexe féminin, et surtout chez les petites filles. Vous avez aussi remarqué que pendant la maladie de cette fillette, le côté gauche a toujours été plus agité. C'est un fait reconnu que ce côté est presque toujours le plus affecté ; c'est aussi le côté de prédilection des douleurs dans les différentes névroses.

Tous les muscles peuvent être intéressés dans la chorée, mais les muscles respiratoires et les sphincters sont ordinairement respectés. Cependant, chez cette petite, les muscles du larynx et de la respiration n'ont pas fait exception et vous vous rappelez sans doute, outre cette régurgitation brusque des aliments qu'on lui administrait, ces cris, ces aboiements caractéristiques provoqués par la contraction convulsive des cordes vocales.

Parmi les causes prédisposantes de la chorée je vous signalerai au premier rang, l'hérédité choréique, hystérique, épileptique, asthmatique, la démence, la diathèse rhumatismale, l'anémie, etc.

Les chagrins, les émotions morales vives, la frayeur, la crainte, l'imitation, si commune dans les couvents, toutes ces causes sont autant de causes déterminantes de la chorée, et dans ce cas-ci, c'est très probablement la frayeur occasionnée par les mauvais traitements qui a donné lieu à la maladie.

J'ai maintenant, messieurs, à vous faire une révélation qui en étonnera peut-être plusieurs d'entre vous. Il n'existe point de maladie qui

ait une tendance plus naturelle à la guérison, et ce que je vous dis là est si vrai, qu'il suffirait d'une bonne alimentation, avec repos dans une chambre bien aérée et isolée, pour voir l'affection disparaître presque à l'époque voulue, c'est-à-dire en deux ou trois mois. Néanmoins, il arrive par exception que la chorée persiste toute la vie, mais soyez bien persuadés que ces cas sont extrêmement rares. Assez souvent les malades conservent certains tics involontaires, mais notre petite est entièrement rétablie.

Cependant, le traitement aide la guérison, et voici les médicaments que j'emploie d'ordinaire : l'arsenic, le bromure de potassium, le fer, la strychnine, le chloroforme, l'éther sulfurique. En faisant des vaporisations d'éther le long de la colonne vertébrale, au moyen de l'appareil de Richardson, on obtient de bons résultats.

Mais n'oubliez jamais que c'est le temps qui est le maître.

Aussi, en pratique, il ne faudrait pas vous attribuer tout le succès de la guérison, mais plutôt avoir à l'esprit la sentence d'Ambroise Paré, quand il racontait ses cures : "*Je le pensay, Dieu le guarist.*" D'un autre côté, la mort n'est pas impossible par l'insomnie et l'épuisement nerveux. C'est à vous de surveiller ces points-là. Chez cette petite, les mouvements étaient si désordonnés et si continus qu'il nous a fallu recourir au chloroforme pour les combattre et prévenir l'insomnie.

Les désordres intellectuels peuvent, dans des cas bien exceptionnels, persister indéfiniment.

Cette maladie, comme nous l'avons déjà dit, attaque ordinairement le sexe féminin, et surtout à l'époque de la dentition, de la puberté, de la grossesse, principalement à la première grossesse. La chorée des femmes grosses prédispose à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. La chorée est quelquefois accompagnée d'endocardite pouvant conduire à des lésions valvulaires du cœur. Dans ce cas, il est probable que cette complication cardiaque appartient aux chorées relevant d'une diathèse rhumatismale. Chez notre petite malade, l'auscultation n'a rien révélé d'anormal du côté du cœur.

J'allais oublier, messieurs, de vous rappeler que la chorée récidive souvent, et que cette récidive peut se déclarer après la dentition, aux époques de la puberté et de la grossesse, à la suite des mêmes causes déterminantes qui avaient provoqué la première attaque.

Hémorrhagie cérébrale.—X., âgé de 25 ans, mécanicien de son métier, nous est arrivé ce matin, accusant une hémiplegie totale du côté gauche, avec atrophie musculaire consécutive.

Cette maladie, datant de 13 mois, lui est survenue subitement pendant l'acte du coït auquel il s'était livré avec fureur. Il explique son cas en disant "*qu'il a forcé la nature.*"

A la suite de ce choc, il a été cinq jours sans connaissance. Depuis il est resté plus ou moins hémiplegique.

Les courants électriques continus auxquels il se soumet depuis quelque temps paraissent lui vitaliser quelque peu les muscles.

Il avoue avoir fait un usage immodéré d'alcool.

Vous avez là sous les yeux, messieurs, un cas intéressant, et je ne manquerai point cette occasion de vous en dire quelques mots. Son histoire me met de suite en position de déclarer que cet individu a été frappé d'hémorrhagie cérébrale. En présence d'une hémiplegie

complète ou incomplète, suivie ou non de perte de connaissance, vous pouvez soupçonner tout d'abord l'hémorragie cérébrale, parce que celle-ci est la cause la plus ordinaire de l'hémiplégie. Cependant vous savez que bien d'autres causes peuvent déterminer l'hémiplégie, vg. l'embolie, les tumeurs intra-craniennes, les traumatismes, l'hystérie, etc., etc. Mais, il y a quelques mois, nous vous avons assez entretenu sur ces sujets, surtout au point de vue des diagnostics différentiels, pour nous dispenser d'en parler de nouveau cette année.

Outre l'hémiplégie, vous remarquez, dans ce cas-ci, l'atrophie musculaire des membres du côté malade: encore un symptôme tardif qui appartient spécialement à l'hémorragie cérébrale, et ici elle est localisée aux muscles du bras et très peu à la jambe.

Il y en a peut-être parmi vous, messieurs, qui se reportent à l'âge de notre patient et se disent: "vingt-cinq ans..... c'est bien jeune." A ces incrédules, je répondrai qu'il y a des *vicillards* à vingt ans, comme il y a de la jeunesse à cinquante ans et plus. D'ailleurs, il arrive souvent que toute une génération soit frappée ainsi d'hémorragie cérébrale, à un âge relativement jeune.

Les autres symptômes que nous pouvons rencontrer sont l'hémi-anesthésie, le tremblement, la contracture, même l'hémichorée, mais ils sont tous plus ou moins rares et peuvent manquer sans influencer le diagnostic.

Maintenant, quelle pourrait être, chez cet homme, la cause de l'hémorragie cérébrale? Il faut bien avouer que les causes en sont nombreuses, mais il est une cause prédisposante qui tient le premier rang, c'est l'altération vasculaire.

En effet, c'est jeune, avez-vous été tentés de dire, mais rappelez-vous l'histoire de cet individu. Vénus et Bacchus semblent être les deux divinités qu'il a le plus adorées et l'alcool n'est-il pas l'une des principales causes des altérations vasculaires?

Nous avons en outre à bien remarquer dans quelles circonstances est survenue cette hémorragie: "Il a forcé la nature"; voilà son explication. Aussi cet effort amenant nécessairement une congestion cérébrale, le plaçait-il dans les conditions les plus favorables à l'hémorragie, dans le cas d'altération vasculaire.

Il est une chose que vous ne devez jamais oublier dans ces cas, c'est l'hérédité, et s'il se rencontre une maladie héréditaire par excellence, bien autrement peut-être que la phthisie et le cancer, c'est l'hémorragie cérébrale, et si vous l'oubliez, les bonnes vieilles commères sauront bien vous le rappeler, en vous disant que leur père ou mère, tel ou tel de leur oncle ou tante est mort d'*apoplexie* et qu'elles craignent pour elles-mêmes.

Quant à l'état actuel de ce patient, le coup est porté, et il faut que les effets s'en suivent. De là à dire que c'est mortel, il y a toute une différence. Puisqu'il a pu résister au choc apoplectique, sa position peut continuer de s'améliorer avec le temps, mais il en restera toujours quelque chose.

Il lui faudra éviter tout abus d'alcool, tout effort, tout ce qui pourrait enfin provoquer une nouvelle hémorragie. Le traitement curatif n'est pas très efficace dans ces cas. Je crois que les courants électriques continus, qui semblent produire un bon effet sur lui, sont ce que l'on peut conseiller de mieux pour combattre l'atrophie musculaire et aussi l'hémiplégie.

THERAPEUTIQUE GENERALE.

UNIVERSITÉ LAVAL (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

Des usages thérapeutiques du lait.

Nous résumons comme suit l'action physiologique du lait : le lait est un aliment complet renfermant les divers éléments nécessaires à la nutrition : albumine, sucre, matière grasse et sels. Sa forme liquide le rend d'une digestion la plupart du temps très facile en même temps que rapide. En général, les malades l'aiment beaucoup. C'est, dans toute la force du terme, un aliment réparateur, un reconstituant des plus efficaces. Enfin il est doué de propriétés diurétiques bien marquées.

À titre d'aliment complet et de tonique reconstituant, le lait est indiqué dans tous les états caractérisés par l'anémie, la débilité et l'asthénie, surtout quand vient s'y joindre l'irritabilité ou même la simple faiblesse des organes digestifs. On le prescrit tous les jours dans l'anémie idiopathique et la chlorose, la convalescence des maladies débilitantes, et même, la plupart du temps, au cours des affections fébriles et inflammatoires : fièvre typhoïde, scarlatine, variole, pneumonie, pleurésie, érysipèle, etc ; dans les différentes cachexies et diathèses : scrofuleuse, tuberculose, syphilis, cancer, etc. M. Dujardin-Beaumez insiste sur le régime lacté dans le traitement de la tuberculose, et il en fait prendre à ses malades un ou deux grands bols, le plus près possible du moment où le lait a été traité.

Dans ces différents états morbides, le régime lacté, tout tonique qu'il soit, ne doit pas, sauf exception, être prescrit à l'exclusion de toute autre diète. On comprend qu'une diète plus animale encore et plus substantielle, composée de viandes, œufs, etc., devra être ordonnée chaque fois que le malade la pourra supporter et que la nature du cas le permettra.

L'usage du lait est plus expressément indiqué dans le traitement de quelques maladies spéciales, telles que la dyspepsie irritative, le catarrhe gastrique, l'ulcère gastrique simple, perforant ou alcoolique, le cancer de l'estomac, l'indigestion intestinale chronique, la diarrhée chronique, surtout chez les enfants ; dans la néphrite aiguë et chronique, le mal de Bright en ses diverses formes, le diabète sucré, la cystite, surtout dans sa forme chronique, la goutte, les anévrysmes et les maladies organiques du cœur.

Il est peu de formes de dyspepsie auxquelles ne convienne pas le régime lacté, s'il est appliqué d'une manière convenable. La dyspepsie irritative en particulier s'améliore rapidement sous son influence, que le lait soit pris pur ou mêlé à l'eau de chaux. Cette addition d'eau de chaux est surtout utile quand il se produit des vomissements fréquents ou de la diarrhée.

Même remarque peut être faite pour le catarrhe gastrique chronique et l'ulcère de l'estomac, simple ou consécutif à l'usage des alcooliques. "La diète lactée, dit M. Dujardin-Beaumez, est absolument nécessaire dans les cas d'ulcère de l'estomac. Il faut avouer qu'on a bien un

peu abusé du lait dans le traitement de ces cas, en le prescrivant *ad libitum*, c'est-à-dire au gré du malade. Ce n'est pas ainsi que le lait se doit prendre. Suivant le conseil de Gallard et de M. Dujardin-Beaumetz, le lait doit être donné en très petites quantités à la fois, pur ou écrémé, avec ou sans addition d'eau de chaux. Comme le traitement de l'ulcère de l'estomac est en général assez long, il arrive souvent que les malades se dégoûtent de la diète lactée et veulent à tout prix revenir à un régime plus substantiel. Ce dégoût se retrouve, au reste, dans beaucoup d'autres cas où le lait a dû être pris pendant un certain temps d'une manière continue, et c'est là un inconvénient auquel il est assez difficile de remédier.

M. Debove est d'avis que les malades souffrant d'ulcère stomacal ne devraient pas être soumis à une diète exclusivement lactée, vu le danger de production d'une dilatation de l'estomac puis d'hémorrhagie, si le lait est ainsi administré en grande quantité. Pour remplacer le lait, dans ces cas, il propose la poudre de viande dont nous avons parlé dans une de nos précédentes leçons.

De toutes les formes de diarrhée, la forme chronique est celle à laquelle convient le mieux le régime lacté. "Le lait est le meilleur médicament de la diarrhée chronique, dit M. Dujardin-Beaumetz, et c'est quelquefois le seul." La diarrhée chronique chez l'enfant, de même que celle de l'adulte, se traite presque toujours par une diète exclusivement lactée. Au reste, la plupart des troubles digestifs chez l'enfant ayant pour point de départ des écarts de régime ou l'usage d'une alimentation impropre (animale ou végétale) on doit songer à revenir à la diète lactée avant que d'instituer un traitement médicamenteux.

Depuis longtemps le lait est recommandé auxBrightiques et forme, pour ainsi dire, la base du traitement de la néphrite chronique, contre laquelle il agit d'abord comme tonique reconstituant alimentaire, puis comme diurétique. Sous son influence, on voit diminuer la proportion d'albumine dans l'urine en même temps qu'augmenter la proportion d'eau et d'urée, l'œdème diminuer et parfois disparaître, les fonctions de nutrition se faire mieux, enfin, le malade gagner en poids et s'améliorer sensiblement.

Quant aux maladies organiques du cœur, à leur période de non-compensation, elles se trouvent ou ne peut mieux de l'emploi du lait, et cela, aux mêmes titres que le mal de Bright : la diurèse est accrue, la tension vasculaire diminuée, et la nutrition générale améliorée d'une façon plus ou moins marquée. Mais il est une condition sur laquelle insiste avec raison M. Peter, c'est que le lait soit bien toléré par l'estomac. M. Peter le donne cru, c'est-à-dire non bouilli, à la dose de deux ou trois chopines par jour, par gorgées ou par petites tasses, et non par grands bols à la fois. Il conseille également de ne pas prolonger la diète exclusivement lactée pour plus de deux ou trois semaines au bout desquelles quelqu'autre article de diète peut être ajouté en même temps que l'on diminue la dose du lait. On revient ainsi, par degrés, à l'alimentation ordinaire, "que l'on continue pendant une ou deux semaines pour reprendre ensuite la diète lactée pendant un même nombre de semaines."

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est à la période de non-compensation (période *adynamique* de Peter) que le lait doit surtout être

employé. Il ne produit aucun effet appréciable dans les affections compensées. On peut dire de lui ce que l'on dit de la digitale: il ne suffit qu'il y ait bruit de souffle pour qu'on le prescrive.

Dans la cystite chronique, le régime lacté donne la plupart du temps de bons résultats, et l'on a rapporté des cas de guérison de cette opiniâtre maladie par l'usage exclusif du lait.

On a proposé, il y a quelques années, les injections intra-veineuses de lait pour combattre l'anémie profonde, soit simple, soit consécutive aux hémorrhagies, etc., et cette médication a donné certains succès entre les mains de quelques observateurs. Pepper, de Philadelphie, entre autres, l'a recommandé, et McDonnell, de Dublin, l'a employé dans un cas d'épuisement profond consécutif à la fièvre typhoïde. L'injection de lait remplacerait ici avantageusement la transfusion du sang, mais ces résultats ont besoin de plus ample confirmation.

Localement, le lait chaud constitue un bon gargarisme dans les cas de pharyngite et d'amygdalite aiguës. On l'a même conseillé, à ce titre, contre les accidents diphthéritiques de la gorge.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que du lait pur, en tant qu'aliment complet et comme tonique analeptique. Privé de ses éléments gras, c'est-à-dire écrémé, le lait est préféré par beaucoup dans le traitement de quelques-unes des maladies que nous venons de voir, v. g. maladie de Bright, dyspepsie gastro-intestinale, et aussi dans celui des affections calculieuses, de l'obésité et de la glycosurie.

Tyson, de Philadelphie, prescrit le lait écrémé de préférence au lait pur dans le cas de mal de Bright et dit l'administrer avec plus d'avantage dans la néphrite interstitielle que dans les autres formes. La céphalalgie, le vertige et la nausée seraient souvent soulagés d'une manière remarquable par ce mode de traitement.

Dans les troubles gastro-intestinaux, fonctionnels ou organiques, le lait écrémé semblerait en beaucoup de cas se digérer plus facilement que le lait pur, vu l'absence de matière grasse.

Le lait écrémé est plus diurétique que le lait pur, d'où son indication dans les cas de calculs et de diathèse urique.

Weir-Mitchell et Tyson regardent l'usage systématique du lait écrémé comme étant le meilleur agent à opposer à l'obésité, à dose de cinquante onces par jour, à peu près. Quand le poids du corps a atteint un chiffre rationnellement proportionné à la taille du sujet, on réduit la dose du lait pour revenir graduellement à une nourriture plus substantielle.

Pour Tyson, aucun article de diète ne réussit mieux que le lait écrémé dans le traitement de la glycosurie. Il n'y a pas toujours guérison, mais au moins, peut-on obtenir, en tous cas, un soulagement très prononcé. Cet auteur conseille de continuer la même diète tant qu'il y a des traces de sucre dans l'urine.

Le petit lait, ou lait de beurre, est parfois préféré au lait pur et au lait écrémé dans les affections gastriques que nous avons vues tout à l'heure. Chez les vieillards dont les fonctions gastriques languissent ou qui souffrent de dyspepsie irritative, chez les alcooliques dont l'estomac est fatigué par l'usage des spiritueux et par les excès de table, le petit lait est souvent l'article de diète que les malades peuvent le mieux supporter.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Pneumonie bilieuse.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital Necker. — Au n° 29 de la salle St-Luc est couché un homme qui est entré le 29 du mois dernier. Ce malade se portait bien lorsqu'il fut pris de malaises, de frissons, de dégoût pour les aliments et eut un peu de diarrhée. Il y avait douze jours que cet état durait quand il fut pris d'un point de côté et d'un sentiment de fièvre qui le forcèrent, le lendemain, à entrer à l'hôpital. Samedi matin, troisième jour de sa maladie, on constatait en arrière, à gauche et au sommet, une diminution de la sonorité, quelques râles et une respiration rude. La langue était blanche et la soif médiocre.

Il y avait de la constipation. Le ventre était ballonné et sensible au niveau de l'épigastre. Le foie était un peu tuméfié et douloureux sur le bord. Le diagnostic n'était pas difficile. Le sommet gauche étant un peu congestionné, il n'était pas douteux que cet homme eût une pneumonie, quoique les crachats ne fussent pas très significatifs.

Mais ce n'était pas cette lésion qui nous frappait, c'était les phénomènes qui existaient du côté du tube digestif. En effet, dès le début, cet homme renonça à s'alimenter. Le jour de l'examen, sa langue était tellement blanche et son ventre si ballonné et si douloureux qu'on eut recours aux vomitifs. Le tartre stibé associé à l'ipéca fit vomir le malade et ramena la température de 38° à 37°. De ce jour là, elle n'a pas augmenté. Mais, si l'état général s'est modifié, l'état local ne s'améliora pas. On avait non-seulement des râles fins à gauche, mais encore une diminution de la sonorité à droite. Le sommet droit sembla donc un instant se prendre. Je donnai deux gr. d'ipéca, et à la suite de vomissements nombreux le malade était bien.

Comme il avait eu de l'agitation et du délire qui nous avaient inquiétés, nous pensâmes à l'alcoolisme ; mais nous fûmes obligés de mettre cette opinion de côté, vu qu'il affirme ne pas boire et qu'il n'a pas de tremblements.

Aujourd'hui, ce malade entre en convalescence. On ne trouve rien à droite. À gauche, il existe une légère induration et une diminution du murmure respiratoire. Voilà donc un homme guéri. Ajoutons que nous avons pu vous présenter un vase contenant des crachats. Les uns blancs, filants et un peu visqueux, n'avaient rien de particulier ; les autres, moins aérés et un peu colorés, indiquaient d'une façon manifeste l'existence d'une pneumonie.

Cette pneumonie, qui a débuté par des phénomènes gastro-intestinaux, peut être rangée dans la catégorie des pneumonies bilieuses de Stoll. Elle est constituée par l'association de phénomènes gastro-intestinaux avec des modifications pulmonaires et un changement dans l'état général. J'ai dit association, car il ne conviendrait probablement pas d'appeler pneumonie bilieuse celle qui survient chez des individus ayant déjà un embarras gastrique ou bien celle qui, tout en suivant son cours, se complique de modifications du côté du tube digestif. Cela ne veut pas dire que la maladie soit tout à fait différente ; cela signifie seulement

que la nature ne crée pas des espèces absolument circonscrites en pathologie, sauf les maladies spécifiques. Ceci dit, passons à la description des accidents gastro-intestinaux de la pneumonie bilieuse.

Dès le début, le malade perd l'appétit, éprouve du dégoût pour les aliments et n'est pas, en général, tourmenté par la soif. Il a des sensations pénibles. Au niveau de l'épigastre, c'est une sensation de pesanteur; vers le cardia, c'est une sensation de brûlure. Il y a des régurgitations fréquentes d'un liquide acide, amer ou quelquefois âcre. La langue est blanche et colorée en jaune ou en vert. Cette coloration n'a rien à voir avec la bile. Il y en a bien quelquefois, mais ce sont là des faits exceptionnels. Ces malades ont des nausées et des vomissements. Une diarrhée peu abondante accompagne ces malaises. Ils ont une céphalalgie intense et gravative. La face est un peu jaune, verdâtre. Elle ressemble à celle des chlorotiques. Les conjonctives participent rarement à cette coloration qui dépend de la circulation des capillaires de la face. Il sont prostrés, tristes et défaits. Le pouls, parfois bondissant, est ordinairement mou. La température et la fièvre n'offrent rien de spécial. Ces malades en général guérissent; cependant il faut faire des exceptions. Il y a des épidémies graves et d'autres qui sont bénignes. Il y en a dans lesquelles les malades que l'on saigne succombent, tandis que ceux que l'on fait vomir guérissent. En général, quand ils succombent, ils succombent vite. La mort arrive dans les premiers jours de la maladie.

Quand ils ont échappé aux orages des premiers jours, il semble qu'ils sont sauvés.

Les autopsies que nous possédons sont anciennes. Elles nous montrent une pneumonie au premier degré. Le poumon a un caractère œdémateux. Le liquide qui s'en échappe est très abondant. Dans les cas plus avancés, quand l'hépatisation est arrivée au deuxième degré, le poumon est moins friable, moins dur. Les données anatomiques semblent donc nous indiquer une forme spéciale; ceci dit, occupons-nous de savoir comment cet état gastrique s'associe avec une pneumonie.

Les opinions sont diverses et aucune n'est établie. Stoll en admet deux qu'il laisse au choix du lecteur. Dans la première, l'excitation gastrique se transmet au poumon et y provoque une pneumonie. Dans la deuxième, pour laquelle il semble pencher, la bile contenue dans l'estomac passe dans le sang et va irriter le poumon. Il avait mille fois raison de rester dans l'indécision, car aujourd'hui nous ne savons à quoi nous en tenir. Il est certain que nous connaissons des cas où les troubles gastriques retentissent sur le poumon. Nous avons souvent été à même de constater que lorsque les troubles gastriques augmentaient, ceux du poumon s'aggravaient et que si les premiers cessaient, les seconds disparaissaient. La relation est donc indubitable et nous pouvons affirmer que de tous les organes qui peuvent retentir sur le poumon, l'estomac est peut-être celui qui retentit le plus. On a vu des malades, en convalescence, pris de malaises excessifs et de pneumonie à la suite d'un repas plantureux. Il n'est pas rare de voir se déclarer une pneumonie à la suite d'ingestions froides dans l'estomac. L'année dernière, ici, chez un charretier, nous avons vu une pneumonie qui s'était déclarée à la suite de l'ingestion dans l'estomac d'un verre de bière. L'estomac est donc comme la peau. Le froid, qu'il agisse sur la peau ou sur l'estomac, produit le même effet. En face de ces faits, il est permis de

présumer que c'est ce qui arrive dans un certain nombre de cas, dans les pneumonies bilieuses par exemple.

Est-ce là tout ? Non ; et quoique cette discussion soit déjà bien longue, je veux vous indiquer la participation des micro-organismes dans la pneumonie. On en a trouvé dans les crachats, dans le sang provenant du ventricule droit et dans celui qui vient du poumon. C'est de ces pneumonies, qui se présentent sous forme épidémique, sans cause appréciable, qu'il a été fait mention dans un article de médecine du mois de septembre de cette année. Un médecin de Baccarat a observé ces pneumonies, sous forme épidémique. Il voyait le même groupe dans des endroits spéciaux, tels que le voisinage d'étangs, de marais ou de terres fraîchement remuées, bref, dans tous les lieux dégageant des miasmes. Quoiqu'il en soit, on se demande si en réalité il n'y a pas une participation de ce genre ; malheureusement ce médecin n'a pas mis à part toutes les pneumonies qu'il a observées. Il n'a noté que les pneumonies bilieuses ; trente-deux cas en trois ans.

Cette étiologie semble bien nous prouver qu'il existe une cause générale qui prédispose l'homme à subir la maladie. Les grosses chaleurs d'automne, soit qu'elles agissent en modifiant l'économie ou bien en provoquant l'élosion d'êtres microscopiques, sont une de ces causes. C'est vers le printemps ou vers l'automne, chez des individus jeunes ou moyennement âgés, qu'elle survient ; quelquefois, comme la pneumonie vulgaire, c'est sous l'influence du froid.

Le pronostic est variable et dépendra de la thérapeutique, s'il est vrai, ce dont on ne peut douter, qu'on a vu mourir tous les malades saignés et guérir tous ceux à qui on n'avait donné que des évacuants. Il faut donc modifier la thérapeutique. Tout le monde a rejeté les émissions sanguines. Bouillaud seul les a conservées. Il est vrai que pour lui la pneumonie bilieuse était une pneumonie compliquée d'ictérique.

Quant à la façon dont le traitement doit être dirigé, elle dépend de la prédominance des accidents gastro-intestinaux. Les auteurs eux-mêmes reconnaissent que la médication est complexe. Quand les phénomènes gastriques sont accentués, les vomitifs ont une efficacité très rapide. Le choix du vomitif n'est pas sans importance. Doit-on employer indifféremment l'émétique ou l'ipéca ? Non. Les malades qui n'ont que des phénomènes gastriques se trouvent bien de l'émétique, mais, s'il y a en plus des phénomènes intestinaux, il est préférable d'associer l'ipéca à ce dernier médicament. Si la diarrhée prédomine, il faut laisser de côté le tartre stibié qui ne fait que l'exagérer et la remplacer par la racine du Pérou, qui tend à l'arrêter. Quand le poumon est pris, on doit abandonner les vomitifs, et recourir aux émissions sanguines. Chomel était d'avis qu'on employât d'abord le moyen qui répondait le mieux à l'élément pathologique qui s'était montré le premier en date. C'est peut-être une règle commode, mais elle est fautive. Dans un grand nombre de cas où la pneumonie et les phénomènes gastro-intestinaux sont médiocres, la thérapeutique est plus simple. Il y en a d'autres au contraire où, bien que la fièvre soit tombée, bien que les phénomènes gastro-intestinaux soient disparus, l'état local persiste toujours. La pneumonie disparaît lentement et, bien que les signes soient les mêmes, ils ont un certain caractère de persistance. C'est ici qu'il ne faut pas négliger la médecine topique et qu'il est bon d'associer aux éméto-cathartiques les vésicatoires et les

ventouses scarifiées. En résumé, il s'agit d'une pneumonie dans laquelle le traitement joue un si grand rôle que, selon qu'on le néglige ou qu'on l'applique, les malades meurent ou guérissent.—*Praticien.*

De la fièvre dans la chlorose.—Clinique de M. le prof. Jaccoud à l'hôpital de la Pitié.—La femme couchée au n° 31 de la salle Laënnec, nous a présenté le cas le plus remarquable de fièvre liée à la chlorose que j'ai jamais vu.

Avant l'introduction du thermomètre, la possibilité de cette fièvre avait été niée; mais lorsque cet instrument a fait son apparition, il a bien fallu revenir sur cette proposition et reconnaître que la chlorose, par elle-même, peut donner lieu à un mouvement fébrile dont j'ai mentionné les caractères dans ma pathologie. Il suit la chlorose, et prend fin lorsque les globules du sang sont régénérés; mais je ne l'ai jamais vu durer soixante jours et présenter de telles difficultés au diagnostic.

Comme la malade était enrhumée, nous avions pensé en premier lieu à quelque préparation tuberculeuse. Les examens réitérés et l'amélioration de la bronchite n'ont pas permis de douter plus longtemps de la nature de cette fièvre qui a duré jusqu'à la guérison. La mande est sortie après avoir eu une température qui, dans les vingt-cinq premiers jours, a toujours approché de 40° le soir, et qui, dans les quinze premiers, a présenté des rémissions matinales assez faibles. Du quinzième au vingt-cinquième par exemple, les rémissions matinales ont été assez fortes, si bien que nous l'avions traitée dans le sens d'une fièvre intermittente quotidienne sans aucun succès. A partir du vingt-cinquième jour, si la température n'a plus été aussi forte, elle est restée néanmoins élevée. Bref, la fièvre a duré jusqu'à la terminaison de la pénurie globulaire.

S'il est une vérité courante c'est qu'une fièvre d'une durée de vingt-cinq jours dans nos pays n'est guère liée qu'à une dothiéntérie, de sorte que la durée devient un élément de diagnostic rétrospectif. Eh bien, nous tirerons de la courbe précédente que cela n'est pas exact, puisque l'élément durée n'est pas exclusivement propre à la fièvre typhoïde.

Maintenant, quelle idée pouvons-nous bien nous faire de la pathogénie de la fièvre dans la chlorose? quelle est la lésion organique? Il n'y en a pas d'autre que la diminution des globules rouges. Pouvons-nous entrevoir une relation entre cette diminution et l'état fébrile? Oui. Quel est l'effet de la leucocythémie sur la composition du sang? Il y en a deux: la diminution du fer et de l'oxygène. La diminution du fer est-elle en rapport avec la fièvre? Rien ne nous autorise à le penser. Celui qui l'admettrait ferait une pure hypothèse. Pouvons-nous tirer un meilleur parti de la diminution de l'oxygène? Possédons-nous quelque autre fait qui nous autorise à penser que l'anoxémie puisse agir sur le système nerveux pour produire la fièvre? Oui. Il y a déjà bien des années (et ces expériences ont été confirmées) que Rosenthal a établi que la diminution de l'oxygène, soit réelle, soit relative, agit à l'égal d'un excitant sur le foyer respiratoire du bulbe. Est-ce trop étendre l'analogie que de dire que l'anoxémie peut avoir une action calorifique? Je ne le crois pas, et c'est ainsi que j'interprète cette fièvre.

Que savons-nous pour le foyer calorifique? Nous savons, par les

travaux de Schiff, de Brown-Séguard et de Claude-Bernard, qu'il y a des foyers calorifiques échelonnés dans la moelle épinière, dans le bulbe, et que les plus élevés sont dans les pédoncules cérébraux. Quelques physiologistes pensent qu'indépendamment de cette chaîne il s'en trouve aussi dans l'écorce du cerveau. Le fait est moins établi; mais quoi qu'il en soit, il y a donc dans l'axe cérébro-spinal des foyers qui ont la propriété de régler la chaleur.

Voilà, quant à moi, l'idée que je peux me faire de la chlorose sans complication. La pénurie globulaire était énorme au début (le quart du chiffre normal), puis l'amélioration de la fièvre marchant parallèlement avec l'augmentation des globules, la malade nous a quittés guérie de tous ces symptômes et avec un état globulaire revenu au chiffre normal.

Les difficultés du diagnostic nous ont permis de constater un autre fait, à savoir que cette fièvre résistait aux médicaments les plus antipyrétiques. Nous avons donné, en effet, du sulfate de quinine en deux circonstances: la première fois, au début, pendant trois jours, sans résultat, puis un peu plus tard, pendant six jours, sans impressionner la fièvre. L'iodure de fer et le quinquina ont seuls, en restituant les globules, fait justice de la chlorose et par suite de la fièvre. D'où cette conclusion pratique: c'est que si chez un chlorotique il y a un mouvement fébrile, il ne faut pas qu'il vous détourne d'instituer la médication ferrugineuse, car c'est le seul moyen de l'impressionner. Voilà ce que je voulais vous dire à ce sujet.—*Praticien.*

Traitement de la goutte.—Quelle conduite tenir, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une attaque aiguë de goutte, au gros orteil, par exemple, lieu de prédilection.

Les anciens auteurs, et quelques modernes, ont pensé qu'il faut respecter à tout prix la manifestation goutteuse, sous peine de voir survenir par *métastase* les complications viscérales les plus graves; il serait, suivant eux, extrêmement dangereux de détourner "les matières peccantes" qui cherchent à s'éliminer par les articulations. Aussi s'explique-t-on ce précepte de Cullen qui résumait le traitement de l'accès goutteux dans ces deux mots: "Patience et flanelle"; —les moyens thérapeutiques de Fuller: "Abstinence, flanelle, patience, repos," bien que deux fois plus nombreux, ne devaient pas non plus perturber profondément l'organisme. Ce sont les mêmes principes d'abstinence que développait habilement Lucien dans sa *Tragopodagra*: la goutte, après avoir rappelé tous les moyens, plus ou moins saugrenus, dont s'arment les mortels pour la combattre, s'écrie: "Tous ces gens-là sont des insensés qui ne font qu'irriter ma colère; aussi, je les traite sans miséricorde. Mais pour ceux qui n'entreprennent rien contre moi, j'en use avec indulgence et avec bonté à leur égard." La goutte a dû changer d'avis depuis Lucien; car elle paraît se montrer plus clémente et faire moins souffrir ceux qui ne la dédaignent point.

Sans vouloir la tourmenter par des moyens un peu énergiques comme les émissions sanguines, les vésicatoires, les moxas, les liniments révulsifs, les applications locales très chaudes ou très froides sur l'articulation, on interviendra avec avantage en agissant sur l'état local et sur l'état général. Le repos complet de l'articulation est indispensable; elle doit être maintenue dans l'immobilité absolue. On

l'enduit d'un liniment calmant ou on la badigeonne de laudanum, puis on l'enveloppe avec de l'ouate recouverte d'une feuille de taffetas gommé.

Si ce pansement ne procure pas de soulagement, on peut avoir recours à des fumigations calmantes, ou à un cataplasme, lorsque le malade peut en supporter le poids.

S'il existe de la constipation, on administre des purgatifs, de préférence les eaux sulfatées ou chlorurées sodiques.

Lorsque la douleur est très vive, malgré les applications locales, lorsqu'il y a de la fièvre, on donne avec avantage 50 centigr. de sulfate de quinine par jour et des potions calmantes avec de l'opium, de la morphine ou du chloral ; peu de médecins partagent encore l'avis de Scudamore qui respectait la douleur, la considérant "comme le remède désagréable de la nature et une sécurité pour la vie." Cependant nombre de médecins bornent leurs efforts à empêcher le malade de souffrir et n'ose recourir à deux médicaments véritablement très utiles, quasi spécifiques dans l'attaque de goutte : le colchique et le salicylate de soude. Fièvre n'a-t-il pas écrit que le colchique était à la goutte ce que le sulfate de quinine est à la fièvre intermittente ? mais avant d'employer ces médicaments, avant de commencer une thérapeutique un peu active chez un goutteux, il faut s'assurer de l'état des reins, afin de ne pas exposer le malade aux inconvénients redoutables de la non-élimination par les urines.

Bien qu'on ne connaisse encore qu'incomplètement les effets physiologiques du colchique, son action n'en est pas moins précieuse : c'est le médicament par excellence de l'attaque de goutte : aussi s'explique-t-on facilement le succès de certaines spécialités anti-goutteuses dans lesquelles le colchique entre pour une large part. On emploie les alcoolatures, les teintures ou le vin de colchique à la dose de 1 à 2 gr. par jour, en surveillant bien le malade pour voir s'il ne survient ni diarrhée, ni vomissements. On donne par exemple 20 gouttes de colchique, matin et soir ; un gr. de teinture renferme, en effet, au moins cinquante gouttes.

M. Lécorché ne dépasse pas les doses quotidiennes de 2 à 4 gr. de teinture, de 0 gr. 20 de poudre ou de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 d'extrait en pilules : il diminue progressivement les doses à mesure que disparaissent les phénomènes d'acuité. — Il est sage du reste d'administrer le colchique avec ménagement, à doses un peu faibles pour tâter la susceptibilité du malade ; il faut également surveiller son emploi, de même que pour tous les médicaments actifs, et suspendre quand on voit se produire des sueurs profuses et une diurèse abondante.

Il est de plus très utile de maintenir le malade à la diète, de lui donner des boissons abondantes, fraîches au besoin : tisanes, eau d'orge, infusion de queues de cerises, de pariétaire. M. Bouchard ajoute volontiers à l'eau froide du carbonate de soude ou de l'acétate de potasse ; il conseille aussi d'administrer dès cette période la lithine dans une infusion chaude aromatique, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour.

Le traitement doit varier suivant l'intensité de l'accès ; c'est surtout lorsque la fluxion articulaire est considérable, lorsque les douleurs sont vives, que l'on doit employer la plupart de ces moyens.

Le salicylate de soude a été fort vanté par le Dr Germain Sée dans la goutte aiguë et chronique; il le considère comme le médicament par excellence dans le premier cas. Tel n'est pas cependant l'avis généralement adopté: sans doute le salicylate de soude rend de précieux services en diminuant les phénomènes douloureux, en atténuant la violence du paroxysme; mais son emploi n'est pas toujours sans inconvénients; s'il s'élimine incomplètement, on verra les accidents nerveux les plus graves survenir. Au contraire, lorsque l'attaque de goutte est terminée, lorsque l'orage est calmé, le salicylate de soude est très indiqué. "Nous réservons, dit M. Lécorché, le salicylate de soude au traitement de la goutte avec concrétions tophacées, tendant aux déformations articulaires et aux poussées subaiguës incessantes. Donné de temps en temps pendant plusieurs jours, à la dose de 4 à 6 gr. dans l'intervalle des attaques, il augmente chaque fois, en de notables proportions, le chiffre de l'acide urique contenu dans les urines et débarrasse ainsi le sang de son excès d'urate de soude." Le salicylate de soude présente alors le triple avantage: 1° de prévenir ou de diminuer le nombre des attaques; 2° d'empêcher la formation d'ankyloses et de faire disparaître les roideurs articulaires; 3° de faciliter la résorption des dépôts uratiques. C'est surtout aux goutteux articulaires que convient la médication salicylée, mais elle est souvent employée avec avantage contre la goutte viscérale.

Ce n'est pas le seul traitement de la diathèse goutteuse dans l'intervalle des attaques; il faut avoir recours aux médicaments qui diminuent la formation de l'acide urique, et régularisent les fonctions nutritives. La médication alcaline est certainement la plus importante: en Angleterre, on emploie de préférence les sels de potasse, particulièrement le carbonate; ce sel agirait, d'après Roberts, sur les sables uriques ou uratiques. On préfère généralement, en France, les sels de soude, surtout le bicarbonate: ces sels préviennent la formation des dépôts uratiques, les dissolvent quand ils sont formés; ils augmentent l'alcalinescence du sang et transforment l'urate de soude en urate neutre. MM. Charcot et Bouchard ont pu donner à des malades jusqu'à 30 gr. de bicarbonate de soude par jour, sans voir survenir aucun trouble de cachexie alcaline; à plus forte raison, cette médication ne peut-elle avoir aucune influence fâcheuse, lorsqu'on donne les alcalins à la dose habituelle de 4 à 5 gr. par jour. Il vaut mieux toutefois s'en abstenir chez des personnes âgées dont la goutte est atonique et qui ont de la tendance à l'anémie.

L'acide benzoïque serait également utile (Ure, Bence Jones) pour transformer l'acide urique contenu dans le sang en acide hippurique, aussi a-t-on préconisé l'usage des benzoates de soude, de chaux, d'ammoniaque, qui sont généralement bien supportés par l'estomac.

La lithine a été mise en honneur surtout par Garrod; on administre le carbonate de lithium à la dose de 50 centigrammes, à chaque repas, dans une eau chargée d'acide carbonique. Bouchard préfère l'iodure de lithium qui, outre sa grande solubilité, réunit peut-être les propriétés altérantes de l'iode à celles de la lithine.

La médecine doit surveiller attentivement l'état des fonctions digestives du goutteux: soutenir l'appétit au moyens des amers, des toniques, stomachiques; maintenir la liberté du ventre à l'aide des laxatifs (rhubarbe, soufre, crème de tartre) et des eaux minérales.

Les eaux rendent du reste les plus grands services dans le traitement de la goutte ; cette médication thermique commence à être mieux connue. Que nos lecteurs veuillent bien se reporter aux conseils si pratiques et si précis que donne à ce sujet M. Lécorché ; voici comment il résume les indications de cette médication complexe : " On devra tenir compte, dit-il, de la force du malade, de l'âge de la goutte, de la violence des attaques, préférant les eaux bicarbonatées sodiques fortes pour les individus vigoureux et dont les accès présentent un grand caractère de violence, conseillant les eaux sulfatées sodiques aux goutteux chez lesquels existe du catarrhe gastro-intestinal, de la pléthore abdominale, réservant les eaux bicarbonatées calcaires et les sulfatées calcaires pour les goutteux dont la vigueur paraît plus considérable, ou chez lesquels les attaques articulaires ne présentent qu'un assez faible caractère d'intensité. Ce sont également les eaux bicarbonatées sodiques faibles, les bicarbonatées et les sulfatées calcaires qu'on prescrira de préférence aux goutteux chez lesquels la diathèse se traduit surtout par des manifestations viscérales." Ce rapide aperçu permet de voir que l'emploi des diverses sources doit être raisonné et que, à cette condition, il peut modifier puissamment la diathèse goutteuse.

Les attaques répétées de goutte laissent le plus souvent après elles des lésions du côté des articulations atteintes. Lorsqu'on observe des poussées sub-aiguës analogues à l'attaque de goutte *sibénique*, contre la roideur articulaire, les tophus, on emploiera avec avantage, si l'état des parties molles le permet, des frictions, le massage, les douches sulfureuses localisées et même l'électricité. Si les fonctions digestives sont bonnes, on administre l'iodure de potassium à dose 30 à 50 centigr. par jour ; s'il ne fait pas toujours disparaître le tophus, il empêche de nouvelles productions. En même temps, lorsque la goutte est invétérée, on soutiendra les forces avec le fer (eaux ferrugineuses, le quinquina et les toniques de toute espèce.

Lorsque les manifestations articulaires s'effacent devant les désordres viscéraux d'origine goutteuse, il faut instituer un traitement spécial suivant l'organe affecté (estomac, appareils génito-urinaire, circulatoire etc.) ; parfois même ces troubles précèdent les manifestations articulaires. Le médecin devra donc se rappeler qu'il est en présence d'un goutteux et agir en conséquence. — *Concours médical*

Valeur diagnostique de l'ictère.—1o Quand l'ictère survient subitement et sans douleur, chez un sujet en santé, il peut résulter quelquefois d'une émotion et n'a pas de durée.—2o Quand il vient à la suite d'une affection cérébrale, ou d'atrophie aiguë du foie, de morsure de serpent venimeux, de fièvre infectieuse, il est toujours accompagnée de troubles cérébraux.—3o S'il y a en même temps fièvre et jaunisse intense, c'est un signe d'inflammation des conduits biliaires, de pneumonie, ou d'inflammation de la veine porte.—4o L'apparition soudaine de la jaunisse, précédée de douleur paroxystique et de vomissements, annonce neuf fois sur dix la présence de calculs biliaires.—5o S'il y a eu au préalable inflammation de l'estomac et du duodénum, l'ictère est catarrhal.—6o L'imperméabilité absolue du canal cholédoque est annoncée par la teinte foncée de l'ictère, la consistance et la couleur argileuse des selles, et, quand l'obstruction est récente, la dilatation de la vésicule.

—70 Quand l'oblitération est subite, elle s'accompagne toujours de douleur paroxystique avec nausée.—80 Dans les cas rares où elle est le résultat d'un cancer, du développement d'hydatides, de tumeurs anévrysmales, elle est accompagnée de dilatation et de déformation du foie, d'ascite, symptômes qui, avec les autres signes fournis par l'exploration clinique, permettront un diagnostic précis.—90 Le retour soudain de la coloration normale indique que le canal cholédoque redevient perméable.—100 Quand le canal cystique est oblitéré, malgré l'existence de la douleur, des nausées, de la dilatation de la vésicule, il n'y a pas de jaunisse. Si le canal hépatique est bouché, les mêmes signes subsistent, la jaunisse en plus, mais la vésicule n'est pas distendue. Il est souvent difficile de distinguer l'occlusion du canal hépatique de celle du canal cholédoque, laquelle est plus rare, le diamètre de ce canal augmentant à partir de son origine.—110 Quand les parois du canal sont épaissies ou deviennent adhérentes entre elles, les coliques, l'inflammation, les nausées ont disparu depuis quelque temps que l'ictère dure encore.—120 La récurrence de ces accidents est l'indice de la présence de calculs.—130 Quand la jaunisse se produit lentement, sans être précédée de colique ou de catarrhe, elle est probablement due à une pression s'exerçant sur le canal cholédoque, ou à une tumeur des parois de ce canal.—140 L'ascite existant avec l'ictère indique la cirrhose ou le cancer du foie; si l'organe est atrophié, c'est la cirrhose atrophique; s'il est augmenté de volume, c'est la cirrhose hypertrophique ou le cancer.—150 L'absence d'ictère n'implique pas nécessairement l'intégrité du foie, puisque cet organe peut être complètement dégénéré, extirpé même sans qu'il paraisse trace de jaunisse.—*(Med. Times and Gazette.)*

Traitement de la fièvre typhoïde par le seigle ergoté.—M. GRILLIÈRE vient, dans sa thèse inaugurale, d'attirer l'attention sur le traitement de la fièvre entérique par l'ergot de seigle. Voici les conclusions de l'auteur, telles que nous les trouvons dans l'*Union médicale* du 1er janvier.

Sans être un remède héroïque, l'ergot de seigle est un médicament très utile dans le traitement de la fièvre typhoïde; ses effets sont analogues à ceux du sulfate de quinine et des bains froids.

Il agit surtout dans les formes congestives pulmonaires et abdominales, grâce à son influence sur les stases sanguines et la diarrhée. Il est anti-thermique, son action sur la température est parfois très rapide.

Il diminue la fréquence du pouls et régularise la circulation.

Les formes ataxiques et cérébro-spinale sont rarement modifiées par le médicament.

On peut l'employer pendant la période menstruelle sans craindre d'accident.

La dose d'ergot doit varier beaucoup suivant les sujets. Chez quelques-uns il faut en donner de cinquante à soixante-dix grains par jour pour obtenir un effet thérapeutique. Chez d'autres, une quantité beaucoup moins grande peut occasionner des désordres circulatoires.

Les vomissements que provoquent quelquefois les premières doses d'ergot ne sont à craindre, d'ordinaire, que pendant les deux ou trois premiers jours; s'ils persistent, on peut remplacer le seigle ergoté par les injections d'ergotinine.

A ces conclusions très justes on peut ajouter qu'il faut, autant que possible, donner le seigle ergoté à doses fractionnées, ce qui permet de surveiller l'effet du médicament, et ne pas craindre de l'employer chez les enfants, qui ont paru retirer de grands avantages de cette médication.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la tuberculose au point de vue chirurgical.—Au commencement de cette année, la *Gazette des hôpitaux* publiait une petite série de leçons de M. Trélat sur la tuberculose au point de vue chirurgical. Esquissant à grands traits les recherches histologiques, expérimentales et cliniques, qui, dans le cours de ces dernières années, ont amené une si profonde révolution dans l'histoire de la tuberculose ramenée, d'une part, au nom de l'expérimentation, à son unité primitive, tandis que, d'autre part, l'observation clinique, secondée par le contrôle de l'histologie et éclairée par la nouvelle doctrine étiologique bacillaire, élargissait et étendait considérablement le champ de ses localisations, l'éminent professeur montrait combien, en présence de cette multiplicité et de cette variété de sièges de l'affection tuberculeuse et de sa marche plus ou moins rapidement envahissante, le rôle du chirurgien allait s'étendre, mais aussi combien ses déterminations allaient être rendues difficiles par la complexité même du problème à résoudre.

On sait combien, de son côté, M. Verneuil, dans ses instructions familières auprès des lits des malades, dans ses leçons cliniques, dans ses communications aux sociétés savantes et aux divers congrès, à brassé et retourné sous toutes ses faces cette question des tuberculoses locales et de l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les résultats opératoires.

Sous l'inspiration de ces deux maîtres, des points de vue divers de cette importante question ont été repris en sous-œuvre et ont fait le sujet d'intéressantes études. L'un des plus distingués parmi leurs anciens élèves, M. l'agrégé Bouilly, qui a publié l'année dernière un très intéressant mémoire, dans la *Revue de chirurgie*, sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses, nous entretenait tout récemment, pendant sa suppléance du service de M. Trélat à la Charité, de plusieurs faits de cet ordre, notamment des cas assez nombreux déjà (une vingtaine environ) d'ablations de ganglions tuberculeux qu'il a faites avec succès, et il pratiquait sous nos yeux une nouvelle ablation de ganglions tuberculeux volumineux de la région cervicale chez un jeune homme de vingt-deux ans.

Il s'agissait d'un jeune garçon prédisposé héréditairement à la tuberculose, n'ayant cependant eu aucune maladie sérieuse pendant son enfance, bien qu'un peu délicat. Au mois de juillet de l'année dernière, sans cause appréciable, il vit se développer derrière son oreille droite une petite tumeur roulant sous le doigt. Bientôt après les ganglions sous-maxillaires postérieurs et sus-hyoidiens, ainsi que le groupe sous-claviculaire se prirent à leur tour; il s'était fait, en un mot, presque simultanément, une véritable invasion de tous les ganglions cervicaux. Un traitement médical fut institué, mais sans aucun résultat.

Une saison à Salins parut produire d'assez bons effets; mais pendant la cure un des ganglions étant venu à rougir et à se ramollir, un médecin avait pratiqué une ponction. Le ganglion en partie vidé, la cicatrisation ne s'opéra pas; une fistule s'établit, par laquelle s'écoulaient un liquide séropurulent, et des phénomènes inflammatoires éclatèrent dans la zone voisine.

La ponction avait manifestement livré passage aux éléments tuberculeux contenus dans le ganglion, et il s'était fait une auto-inoculation par suite de laquelle les tissus ambiants avaient été envahis.

Toutefois, l'état général n'étant pas mauvais au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, mais la nature tuberculeuse de ces tumeurs ganglionnaires lui paraissant évidente, M. Bouilly, se fondant sur les bons résultats qu'il avait déjà obtenus dans un bon nombre de cas de ces sortes d'opérations, s'est déterminé à en pratiquer l'ablation, en se servant alternativement du bistouri et de la curette et faisant suivre immédiatement le raclage du lavage des surfaces avec la solution de chlorure de zinc au 5/100^e. La cicatrisation a été prompte et sans accidents, le malade a quitté l'hôpital une huitaine de jours après l'opération.

Quelques jours plus tard, M. Bouilly pratiquait trois opérations analogues: deux d'ouverture de larges foyers, l'un d'abcès froid, l'autre d'abcès par congestion, avec raclage et lavage à la solution chlorurée, et la troisième de raclage et injection d'une tumeur blanche du coude, toutes suivies, bien entendu, du pansement antiseptique rigoureux.

N'ayant pas à nous étendre aujourd'hui sur les détails de ces opérations, ni sur leurs résultats définitifs, qui ne nous sont pas encore connus, nous nous bornons pour l'instant à cette mention. Et passant à l'examen de quelques-unes des productions les plus récentes sur le sujet qui nous occupe, nous allons commencer par l'étude d'un point de la question qui doit précéder logiquement tous les autres, savoir quelles sont les voies et portes d'entrée de la tuberculose, au point de vue de la doctrine étiologique bacillaire.

Des portes d'entrée de la tuberculose.—Nous nous bornerons pour l'instant à examiner ce premier point de la question, les portes d'entrée de la tuberculose, titre et sujet d'un travail très remarquable de M. le docteur Verchère, aide d'anatomie de la Faculté de Paris. Ce sujet, à lui seul, constitue tout un programme. Aussi serons-nous tenu à scinder notre étude. Voyons d'abord comment se développent, se manifestent et s'étendent les tuberculoses locales. Au point de vue de la doctrine bacillaire, qui considère toute tuberculose comme maladie infectieuse, produite par des germes existant dans l'air, venant par conséquent du dehors,—proposition contestable d'ailleurs en tant que générale,—il était intéressant de rechercher, à l'aide de faits cliniques, quelles sont les portes d'entrée du principe infectieux.

L'une de ces portes d'entrée est le tégument externe. Il existe deux modes de pénétration possible:

1^o L'inoculation directe, traumatisme, piqûre, se produisant sous deux formes, la piqûre anatomique ou une véritable auto-inoculation superficielle par destruction traumatique de l'épiderme protecteur;

2^o Les lésions superficielles dues à des affections de la peau ou les

orifices naturels du tégument externe, glandes sudoripares, sébacées ou mammaires.

Comme exemple d'inoculation directe par d'autres voies que la voie expérimentale, M. Verchère ne peut citer que le fait rapporté par M. Verneuil, à l'Académie de médecine, le 22 janvier de cette année, dans lequel il s'agit d'un jeune médecin qui, alors qu'il était externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, vit apparaître, quatre ou cinq jours après avoir pratiqué une autopsie, une petite papule à la racine de l'ongle de l'annulaire, supprimée et restée fistuleuse, point de départ de plusieurs foyers secondaires de même nature; et l'observation qu'il a pu recueillir lui-même chez un étudiant en médecine, qui, après s'être piqué en faisant l'autopsie d'un phthisique, vit survenir sur le point piqué un tubercule qui fut suivi rapidement de lésions pulmonaires très étendues.

Un second groupe de faits comprend des exemples d'inoculation directe consécutive à une affection de la peau. Telles sont diverses lésions réputées scrofuleuses, le lupus par exemple, dans lequel on a constaté la présence du bacille tuberculeux, certaines formes d'impétigo. Les faits rapportés par M. Verchère, empruntés à la thèse d'agrégation de M. Quinquand, en 1883, sont des exemples de lupus tuberculeux et de lupus tuberculo-ulcéreux, suivis de l'explosion de la tuberculose pulmonaire et de la mort.

Inoculation par inhalation et par ingestion.—Nous ne nous arrêtons pas sur l'inoculation par inhalation, qui n'a pas besoin de nouveaux exemples.

L'inoculation par ingestion, démontrée par l'expérimentation, l'est aussi par la clinique. Le fait avait été déjà reconnu par Cruveilhier et par Andral, qui ont constaté l'existence de tubercules dans les ganglions mésentériques, dans les vaisseaux lymphatiques et les portions correspondantes de la muqueuse intestinale ulcérée. Le fait a été observé plus fréquemment chez l'enfant, plus exposé par son genre d'alimentation à ce que le tube digestif serve de porte d'entrée au microbe tuberculeux,

Le pharynx et la cavité buccale peuvent aussi être le siège d'une tuberculose primitive. La présence de glandes nombreuses dans le pharynx, et le contact fréquent qu'il a à subir des substances dures, d'aliments épicés ou acides, suffiraient à en faire concevoir l'origine. Pour la cavité buccale, il est presque toujours aisé de remonter à des traumatismes, comme cause de localisation, érosions, écorchures, excoriations, etc.

La tuberculose de l'anus peut être due à des conditions analogues, érosions et fissures hémorroïdaires. M. Verchère en a recueilli un exemple très probant dans la clinique de M. Verneuil, chez une jeune femme de bonne apparence, entrée dans le service pour une fistule anale. Opérée et guérie, mais lentement, de cette fistule, deux ans plus tard se manifesta une explosion de tuberculisation pulmonaire révélant la nature tuberculeuse de la première lésion.

Inoculation par voies génitales et urinaires.—On pouvait prévoir a priori que les liquides provenant des organes génitaux de l'homme ou de la femme atteints de tuberculose doivent contenir des bacilles

tuberculeux. Les expériences et l'observation clinique ont vérifié cette prévision.

La présence des bacilles tuberculeux a été démontrée dans les tuberculoses de la prostate, des vésicules séminales, du cordon, de l'épididyme, dans celles de l'utérus et de ses annexes. Pour le moment, cette constatation nous suffit, nous pouvons négliger les hypothèses plus ou moins ingénieuses à l'aide desquelles on a cherché à expliquer le mode de pénétration et d'émigration des bacilles jusqu'à ces organes profonds. L'explication est plus simple pour les lésions tuberculeuses des parties génitales externes, assimilables en cela aux tuberculoses cutanées.

Localisations secondaires et généralisation.—On a vu le microbe tuberculeux pénétrer dans l'organismes, et les lésions locales qu'il produit au niveau du point de l'économie qui lui donne passage. Que va-t-il advenir pour l'économie de sa présence?

Un malade porteur du microbe tuberculeux pourra longtemps présenter toutes les apparences de la santé jusqu'au jour où, sous l'action d'un traumatisme, par le fait d'une cause de débilitation quelconque, il sera atteint de lésions tuberculeuses nouvelles. Celles-ci pourront être multiples; parfois il pourra n'en exister qu'une seule.

Quel sera le mécanisme de cette auto-inoculation? Et comment expliquer qu'un traumatisme en apparence bénin puisse avoir des suites aussi graves?

Il y a deux éléments à considérer, l'individu et le virus. Tant que l'individu sera sain, exempt de toute tare organique, le microbe ne révélera sa présence par aucun symptôme extérieur: il continuera à circuler dans le torrent sanguin ou lymphatique sans causer d'accidents. Mais qu'une inflammation vienne à se manifester en quelque point des viscères, avec les globules blancs qui vont s'échapper par diapédèse de la cavité vasculaire pour s'épancher dans le tissu conjonctif de la région enflammée, vont s'épandre aussi les bacilles tuberculeux dans ce nouveau milieu éminemment favorable à leur développement et à leur prolifération. Tel est, dans la théorie nouvelle, un des modes de la localisation secondaire.

Pour le traumatisme qui, dans les tuberculoses chirurgicales, joue un si grand rôle, l'auto-inoculation s'explique d'une façon encore plus simple.

Lorsqu'il survient un froissement, une contusion légère, il se fait une rupture de petits vaisseaux sanguins, qui donne facilement passage aux bacilles tuberculeux en circulation, et il en résulte une colonie parasitaire.

Enfin il peut se faire une inoculation de proche en proche. Les lymphatiques partant d'une lésion tuberculeuse contiennent dans leur intérieur une multitude de parasites qu'ils transportent au niveau des ganglions tant que leur paroi est intacte; mais s'ils présentent une solution de continuité, les bacilles vont pouvoir se répandre au point lésé et produire ainsi une véritable inoculation sur ce point. C'est ce qui s'était réalisé chez le jeune sujet aux gros ganglions tuberculeux du cou, opéré par M. Bouilly, lorsque lui fut pratiquée, avant son entrée à l'hôpital, l'ouverture de l'un de ces ganglions suppuré.

Tels sont les cas qui se sont présentés fréquemment à la suite d'amputations de jambes pour des tumeurs blanches tibio-tarsiennes, par

exemple, où l'on a vu, alors que l'on pouvait espérer voir survenir la guérison, une toute petite ulcération persistante sur le trajet de la cicatrisation, prendre un mauvais aspect, devenir fongueuse et présenter peu à peu tous les caractères d'une ulcération tuberculeuse gagnant de proche en proche tout le tissu cicatriciel.

Des exemples nombreux que rapporte M. Verchère dans la partie clinique de son travail, dont les observations sont pour la plupart au service de M. Verneuil, semblent autoriser les conclusions suivantes de ce travail, qui ne sont autres que les propositions formulées par M. Verneuil lui-même, et qui sont à ses yeux l'expression des lois qui régissent l'inoculation et la généralisation de l'infection tuberculeuse :

Infection générale primitive par invasion du microbe venu du dehors, et pénétrant directement par voie sanguine, ou indirectement par voie lymphatique.

Infection générale secondaire par pénétration dans le torrent circulatoire de microbes empruntés à un foyer de tuberculose locale existant depuis un temps plus ou moins long et resté jusqu'alors isolé et indépendant.

Localisation primitive par fixation du microbe venu du dehors en un point de l'économie situé plus ou moins profondément, mais en dehors du réseau vasculaire.

Localisation secondaire impliquant une infection générale antérieure, laquelle fournit par différents mécanismes (auto inoculation interstitielle, diapédèse, etc.) des microbes capables de former des colonies fécondes en certains points de l'organisme.

Nous poursuivrons cette étude dans la revue prochaine, où nous aborderons plus directement la question pratique des conditions de l'intervention chirurgicale.—*Gaz. des hôpitaux.* (à suivre.)

Mort de cause dentaire.—Voici un fait intéressant, qui vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour nous montrer combien la face est une région dangereuse, et quelles surprises nous réserve à l'occasion le réseau vasculaire dont elle est sillonnée. On sait depuis longtemps les périls que fait naître, à cette place, l'affection la plus bénigne, un furoncle ou un anthrax de petit volume; on connaît les phlébites faciales qui peuvent accompagner ces tumeurs et causer la mort par l'inflammation des sinus de la dure-mère ou la pyohémie; on se rappelle que Reverdin (*Arch. gén.*, août 1870) attribue la gravité des anthrax de la lèvre à la texture serrée de ses éléments musculaires, condition qui favoriserait l'application phlébitique. Mais ce qu'on ignore en général, c'est qu'une périostite alvéolo-dentaire peut entraîner des accidents de même ordre, c'est-à-dire une inflammation propagée aux veines faciales et aux sinus crâniens. Dans l'article DENT du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 246). Magitot rappelle des observations de Guyon, Théophile Anger, Demons (de Bordeaux), où la mort eut lieu par ce mécanisme. Toujours la périostite siègeait au maxillaire inférieur.

M. le docteur Colombe (de Lisieux) nous signale un nouveau cas de cette complication redoutable, et chose curieuse, il s'agit cette fois d'un *abcès sus-maxillaire*, lésion beaucoup moins grave, ayant peu de tendance à gagner les parties voisines, et finissant d'ordinaire par l'ouverture spontanée sans amener de grands désordres.

Le terrain n'était pas heureux : le malade est un enfant de dix ans, très lymphatique, dont le frère et la sœur seraient morts de méningite aiguë. Souvent il a eu des fluxions dentaires ; toutes les dents de la mâchoire supérieure sont usées transversalement, les couronnes diminuées de moitié. Le 7 août, le petit malade est couché depuis cinq ou six jours avec une douleur et une fièvre intenses ; toute la moitié gauche de la face est le siège d'un gonflement dur, œdémateux, sans fluctuation, qui s'étend à la région sus-hyoïdienne. La gencive est tuméfiée, la bouche s'ouvre à peine, l'enfant parle difficilement. T. 39°2.

Du 7 au 12, la tuméfaction augmente ; le doigt, introduit à grand-peine, trouve un abcès de la voûte palatine, l'ouverture en fait sortir une petite quantité de pus. Le 14, l'œdème a diminué, le malade consent à prendre chaque jour du bouillon et du lait. Récidive et seconde ouverture de l'abcès le 16 août. L'œdème gagne la paupière du côté droit. Il n'y a pas d'exophtalmie. A gauche, les veines de la joue sont nettement dessinées ; il en est une qui donne au doigt la sensation d'un cordon dur et qui se dirige vers le sillon naso-génien pour aboutir à la racine du nez. Incontinence d'urine, évacuation involontaire des matières fécales, ventre ballonné.

M. Colombe prescrit le sulfate de quinine et une potion à l'extrait de quinquina.

Le 18 surviennent deux frissons, de quelques minutes et de trois quarts d'heure. T. 39°, délire pendant la nuit. Le 19, l'œdème a presque entièrement disparu, mais l'enfant est dans le coma ; la mort arrive dans la journée.

Il faut regretter que l'autopsie n'ait pu être faite. Cependant, le diagnostic de notre confrère nous paraît à l'abri de tout reproche : "Périostite alvéolaire suppurée, inflammation consécutive des veines faciales et phlébite des sinus de la dure mère." Peut-être une intervention rapide, si M. Colombe eût été appelé dans les cinq ou six premiers jours, eût-elle empêché l'évolution fatale ; on ne saurait trop se méfier, en pareils cas, d'un œdème aux allures progressives, ni trop vite intervenir par le débridement des tissus et l'usage des antiseptiques.—*Union médicale.*

Ah ! si jamais la nécessité de l'alliance du médecin et du dentiste fut prouvée, elle l'est par les faits douloureux que nous enregistrons aujourd'hui. La science médicale et l'art dentaire sont actuellement trop complexes pour qu'ils puissent être pratiqués par le même homme. Et si nous demandons pour le médecin des notions dentaires, pour l'étudiant en médecine un cours d'odontologie, pour le dentiste des connaissances médicales assez étendues, ce n'est pas pour les voir se confondre, mais pour qu'ils se prêtent mutuellement assistance pour le bien de leurs malades.

Le récit ci-dessus montre que le médecin n'était pas préparé à l'examen buccal, que le diagnostic et le traitement des affections d'origine dentaire lui sont peu connus. En l'espèce la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce était toute indiquée, intervention devant s'attaquer à la cause même et non aux accidents secondaires. La périostite alvéolo-dentaire se localise sur une ou plusieurs dents, sur une ou plusieurs alvéoles ; il était facile de préciser le point de départ de l'inflammation, il n'était pas impossible pour un dentiste expérimenté de

faire disparaître la ou les dents cause de tout ce mal, malgré l'œdème de la face. La suppression du corps irritant étant effectuée, l'évacuation du pus en résultait, et comme nous avons été à même de le constater en maintes circonstances analogues, la guérison eût été rapide.—*L'odontologie.*

Le traitement des brûlures à l'hôpital Bellevue, New-York.—

Dupuytren a divisé les brûlures en six degrés, suivant l'étendue ou mieux la profondeur de la lésion. Dans la brûlure au premier degré, il n'y a qu'une simple inflammation de la peau. Dans celle du deuxième degré, l'épiderme est soulevé et il se forme des phlyctènes plus ou moins étendues. Le troisième degré comporte la destruction de l'épiderme et d'une partie du derme. Dans le quatrième, la lésion s'étend à toute l'épaisseur du derme. Enfin, dans les cas de brûlure au cinquième et au sixième degrés, les muscles, tendons, troncs nerveux, vaisseaux et os sont intéressés.

À Bellevue, les cas qui se présentent le plus souvent sont ceux appartenant au deuxième et au troisième degrés. Les brûlures au premier et au quatrième sont plus rares. Depuis deux ans on n'a eu à traiter aucun cas du cinquième et du sixième degrés, de sorte que les remarques qui vont suivre ne s'appliquent pas à ces derniers.

Les symptômes constitutionnels varient dans chaque cas, avec la puissance de résistance du malade, et en général, avec l'étendue de la surface brûlée. La douleur est un symptôme constant et semble être surtout marqué dans les brûlures du second degré. Généralement il y a plus ou moins de choc nerveux au début, lequel se prolonge avec la douleur. En règle générale il y a aussi, dès le début, diminution de la quantité d'urine excrétée. Bien souvent, durant les deux premières semaines, ce symptôme peut prendre un caractère très sérieux. Dans un très grand nombre de cas l'urine devient albumineuse au bout de vingt-quatre heures; quelquefois elle contient même du sang. Dans le cours de la première semaine, la température peut s'élever à 100°-101°. Dans des cas plus graves, elle varie entre 100° et 103° pendant cinq ou six jours. Le cœur a généralement besoin d'être stimulé. Le malade maigrit bientôt, même quand la brûlure semble n'être que peu grave.

Quand la brûlure affecte une grande étendue de la peau, qu'elle soit au premier, au second ou à tout autre degré, le pronostic doit être très réservé. La présence d'albumine ou de sang dans l'urine doit être regardée comme un signe grave...

Pour calmer la douleur, on devra administrer la morphine sous la peau, à dose suffisante pour soulager le malade. Durant la période de choc nerveux on stimulera l'action du cœur au moyen d'injections hypodermiques de teinture de digitale ou d'eau de vie. Aussitôt que la réaction a commencé et que le patient peut prendre quelques substances par les premières voies, on lui donne : infusion de digitale, une once, acétate de potasse, quinze grains, à prendre toutes les trois heures, nuit et jour. Diète exclusivement lactée. Quand les forces sont un peu revenues, on administre un cathartique. Si l'on a raison de soupçonner l'urémie, on a recours aux sudorifiques. Dans un cas de ce genre, j'ai administré la pilocarpine de manière à provoquer la diaphorèse. Le malade éprouva une amélioration très marquée à la suite de cette dernière médication.

Il est rare que l'hyperthermie exige un traitement spécial. Malgré que la fièvre se prolonge pendant un certain nombre de jours, et que le malade se trouve dans d'assez mauvaises conditions pour soutenir cette élévation de température, l'expérience que l'on a de ces cas, à Bellevue, justifie la non intervention en égard à l'hyperthermie. La quinine à doses antipyrétiques et les bains froids font à un certain nombre de ces malades plus de mal que ne leur en fait l'élévation trop considérable de la température. Si après, être restée à 102° pendant quelques jours, la température monte davantage, il vaut mieux rétablir l'équilibre circulatoire à la périphérie, au moyen de fomentations térébenthinées ou de cataplasmes chauds, que d'administrer la quinine. Dans la plupart des cas il sera bon de commencer à bonne heure l'emploi des toniques.

Quant à la brûlure elle-même, nous avons pour la traiter deux remèdes très populaires : la vaseline et le liniment oléo-calcaire (*Carron oil*). Sous leur influence il s'établit une suppuration abondante, en même temps que la chambre du malade s'emplit d'une odeur des plus désagréables; les pansements doivent être souvent renouvelés et la lésion est loin de guérir avec rapidité. Le pommade à l'iodoforme (5i pour 3i) est employée assez souvent à l'hôpital, mais s'adapte peu aux cas de pratique privée. Cependant, l'odeur du médicament ne constitue pas la seule objection que nous ayons à son emploi. Il y a aussi le danger d'empoisonnement, surtout quand la brûlure est très profonde ou très étendue. A Bellevue l'on a observé des cas d'empoisonnement produits de cette façon, sans qu'il y ait eu toutefois de résultat fatal.

On peut résumer comme suit les conditions d'un bon pansement pour les brûlures : Le pansement doit être agréable au malade, diminuer la sécrétion de la partie atteinte, ne demander à être renouvelé qu'à de longs intervalles, et favoriser la cicatrisation.

De toutes les méthodes de pansement mises en usage dans cet hôpital, les suivants ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Dans le cas d'une brûlure au second degré, la surface brûlée est, on le sait, couverte de phlyctènes. Celles-ci sont ouvertes d'un coup de ciseaux et se vident alors d'elles-mêmes, puis on coupe soigneusement l'épidermie ainsi détaché. Il ne semble pas y avoir d'avantage à laisser cet épiderme en place après l'écoulement du sérum; au contraire, cela retarde souvent la guérison. Ensuite on pratique sur la brûlure des irrigations au moyen de quelque solution antiseptique. On a beaucoup employé, ici, dans ce but, le bichlorure de mercure à $\frac{1}{2000}$. Dans cette proportion il est encore trop corrosif et fait beaucoup souffrir les malades. Beaucoup cependant ne s'en plaignent pas. Appliqué à des surfaces étendues, l'acide carbolique dilué peut donner lieu à l'empoisonnement, ce qui doit être particulièrement évité dans les cas de brûlures. En outre, cet acide est irritant et donne lieu à une abondante sécrétion de sérum. La solution antiseptique de Tursché, contenant cinq parties d'acide borique, une partie d'acide salicylique et cinq cents parties d'eau, est peu irritante et très efficace. C'est la meilleure solution à employer dans ces cas. On en lave et arrose la partie malade, de manière à la rendre tout à fait aseptique, puis on la saupoudre d'une couche de sous-nitrate de bismuth assez épaisse pour protéger convenablement la surface. Pardessus le bismuth on place quatre ou cinq épaisseurs de gaze phéniquée, puis une épaisse couche de

coton antiseptique, le tout étant maintenu par un bandage. On examine la partie au bout d'une semaine ou deux, le plus souvent au bout d'une semaine, alors que l'on constate que la guérison est parfaite. S'il faut panser de nouveau, on observe les mêmes règles que plus haut.

Les brûlures du second degré, quand elles siègent à la face, sont traitées avec succès au moyen d'une solution saturée de bicarbonate de soude dans l'eau, dont on tient des linges constamment imbibés et appliqués continuellement. Les phlyctènes et l'épiderme soulevé par la brûlure sont traités absolument comme il est dit plus haut. Le bismuth rend encore ici de grands services.

Les brûlures du troisième et du quatrième degré exigent une autre espèce de pansement. Dans ces cas le pansement au bismuth émet une odeur très désagréable au bout de trois ou quatre jours. L'écoulement est beaucoup plus considérable que dans les autres variétés de brûlures et le sel de bismuth n'étant pas antiseptique, les liquides se putréfient si l'on n'a soin de renouveler les applications dans les deux ou trois jours. Il est vrai de dire que ces brûlures, surtout si elles sont étendues, demandent de la part du chirurgien beaucoup d'adresse et de patience. Tout ce qu'il faut, c'est les rendre aseptiques et les maintenir telles jusqu'au moment de la guérison. La solution antiseptique de Twisché est efficace et devra être employée pour les lotions et les irrigations de la partie brûlée. Celle-ci devra être promptement débarrassée de toutes particules gangrénées et mortifiées. On place alors le pansement qui doit être fait de manière à ne devoir être changé qu'au bout d'une semaine ou deux. On peut saupoudrer la plaie au moyen de l'acide borique, ou encore on peut panser à l'onguent d'acide borique (5i pour ʒi) étendu sur de la gaze antiseptique. Si l'on choisit la poudre, il faudra en appliquer une couche suffisamment épaisse. On recouvre l'acide de bandes de caoutchouc antiseptique, puis on complète le pansement en ajoutant de la gaze antiseptique et du coton, comme dans les brûlures du second degré. Aussitôt que les granulations sembleront avoir un caractère suffisamment bon, on songera à pratiquer la greffe. Les greffes ayant été faites, on pansera de nouveau à l'acide borique et à la gaze, comme il vient d'être dit. On peut substituer à cet acide une poudre composée de parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'iodoforme. Sous l'influence de cette poudre, il y a peu d'écoulement et la cicatrisation est très rapide, plus rapide peut-être qu'avec toute autre application.

Dans le cas de brûlure étendue et profonde, la guérison parfaite se fait toujours attendre. Le malade garde le lit et cela suffit déjà à l'affaiblir. Il est donc nécessaire que l'écoulement soit aussi peu considérable que possible. Les pansements par occlusion décrits plus haut tendent à atteindre ce but, et grâce à eux la fatalité des cas de brûlures a été de beaucoup diminuée à Bellevue, et la guérison s'est montrée beaucoup plus tôt.—Dr J. H. WOODWARD, in *Philad. Medical and Surgical Reporter*.

Topique contre les cors.—Le traitement des cors ne doit pas être dédaigné par le praticien qui se fera souvent bien venir de sa clientèle la plus élégante par un bon conseil donné à propos.

On connaît déjà l'efficacité à cet égard de l'acide acétique pur ou incorporé à de l'axonge, ou autres excipients. M. Vigier, dans la *Gazette hebdomadaire*, donne la formule d'un nouveau topique.

Il existe depuis quelque temps dans le commerce, sous les dénominations les plus fantaisistes, des médicaments contre les cors, de formes variées et dont les succès sont incontestables.

Leurs auteurs ont mis à profit les remarquables propriétés de l'acide salicylique en le fixant au moyen du collodion. Ces solutions sèchent dès qu'elles sont étalées à la surface de la peau, sur laquelle elles forment un vernis solide et n'occasionnent ni douleur, ni désagrément.

J'ai examiné ces diverses préparations secrètes, tant vantées par les annonces, et je crois que la formule que je publie aujourd'hui les résume assez bien :

Acide salicylique.....	18 grains
Extrait alcoolique de <i>Cannabis indica</i>	9 "
Alcool à 90 degrés	18 "
Ether à 62 degrés.....	45 "
Collodion élastique.....	90 "

Faites selon l'art un mélange que vous conserverez dans un flacon bien bouché.

L'application de ce topique est très simple.

On trempe un petit pinceau, ou le bout d'une allumette dans le liquide; on le passe à plusieurs reprises sur la partie cornée, on renouvelle cette opération tous les deux jours pendant une semaine; quelques jours après, le cor s'enlève avec la plus grande facilité sous la pression du doigt ou à la suite d'un bain de pieds.

Comme abondance de biens ne saurait nuire, nous ajouterons un autre moyen à celui préconisé par M. Vigier. C'est l'huile phosphorée (huile bouillie) au 300e, préconisée sans nom d'auteur par le *Courrier médical*.

Chaque matin on imbibe d'huile phosphorée, au moyen d'un petit pinceau, la partie du bas qui est en contact avec le cor, et après une quinzaine de jours, il ne reste à la place qu'une pellicule mince.—*Union pharmaceutique*.

Drainage et diphtérie.—La diphtérie a fait récemment son apparition à Cantorbéry. Dans chaque cas, on a découvert que les puits étaient contaminés par le gaz des fosses d'aisance. On vit même six cas se déclarer dans une seule famille. Outre la contamination de l'eau potable, on constata que le tuyau d'égoût qui passait sous le salon était perforé, ce qui constituait une source d'infection puissante dans la pièce où la famille se réunissait le plus souvent.—*British Med. Journ.*

Traitement du goitre par l'arsenic.—Le Dr Grunmach, de Berlin, pratique des injections d'arsenic dans le parenchyme de la glande thyroïde hypertrophiée. L'injection se compose d'une partie de *Liq. Potass. Arseniat.* pour trois parties d'eau, et est faite deux ou trois fois par semaine. Dix à quinze injections suffisent (en moyenne) à réduire considérablement le volume de la tumeur et à soulager la dyspnée. Santé générale sensiblement améliorée.—*Obstetric Gazette*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement de la troisième période du travail.—Le DR PAUL F. MUNDÉ donne, dans *The Archives of Medicine*, les règles suivantes à observer durant cette période.

1° Tenez toujours la main appliquée sur le fond de l'utérus, afin d'y exercer de la compression, et cela, depuis le moment où la tête apparaît à la vulve jusqu'à celui où le placenta est expulsé.

2° Ne hâtez pas l'expulsion de l'arrière-faix mais favorisez-en le décollement entier et spontané, au moyen de frictions légères mais continues.

3° Que la main surveille toujours pour ainsi dire l'utérus en exerçant de légères frictions à divers intervalles, pendant une heure à peu près avant que vous laissiez la malade.

4° Donnez toujours de l'ergot immédiatement après la naissance de l'enfant. Si l'on s'est servi du chloroforme, ou si le travail a été particulièrement languissant, administrez l'ergot hypodermiquement, au voisinage de l'ombilic. Que la seringue hypodermique soit toujours remplie, prête à servir au premier besoin.

5° Si l'utérus semble avoir tendance à ne pas demeurer contracté, frictionnez doucement le fond de l'organe au moyen d'un morceau de glace que vous pouvez aussi laisser à demeure dans la cavité. Ceci vaut mieux actuellement que les injections d'eau chaude, à moins qu'il n'y ait une véritable hémorrhagie.

6° Assurez-vous par la palpation et la compression, que l'utérus ne contient pas de caillots, et s'il s'en forme, faites-les sortir immédiatement en comprimant doucement l'organe.

7° Favorisez la contraction permanente de la matrice en faisant mettre l'enfant au sein aussitôt que possible.

8° S'il survient quelque symptôme défavorable, il est sage d'essayer de prévenir la subinvolution de l'utérus et ses conséquences, en donnant à la malade, pendant douze jours, une pilule renfermant un ou deux grains d'extrait d'ergot de Squibb, deux grains de quinine, et un tiers de grain de noix vomique, à prendre trois fois par jour.

9° Un bandage de corps, uniformément serré, doit être appliqué immédiatement après l'expulsion du placenta, y ajoutant un coussin si cela est nécessaire.

10. Examinez le col et le vagin immédiatement après la délivrance et faites usage d'injections astringentes faibles ou d'applications topiques au moyen du spéculum. (La suture immédiate ne semble pas, à l'auteur, être de mise ici.)

11° L'accouchée doit observer un repos absolu et ne pas laisser son lit avant le dixième jour.

12° Surveillez la vessie et voyez à ce qu'elle n'entrave pas les fonctions utérines.

13° Recommandez à la garde-malade de n'administrer les injections qu'avec de grandes précautions.

Dystocie ayant pour cause l'enroulement du cordon autour du cou du fœtus.—Après avoir rapporté (*Boston Medical and Surgical Journ.*) quelques cas de dystocie due à cette cause, le Dr Rachel résume ainsi le sujet en question :

Diagnostic.—La tête descend durant les douleurs pour remonter pendant les intervalles. 2^o Flexion insuffisante de la tête et rotation exagérée de l'occiput. 3^o Changement de position de la tête dans un espace très limité. 4^o Douleur considérable au point d'implantation du placenta. 5^o Écoulement de sang après chaque douleur.

Si l'on peut éliminer la rigidité du périnée, le déplacement dorsal d'un bras et la présentation simultanée de la tête et d'un bras, le premier de ces symptômes, joint à quelques-uns ou à tous les autres, indique un raccourcissement absolu ou relatif du cordon ombilical.

Traitement.—1^o Anesthésier la malade. 2^o Extraire la tête au moyen du forceps, puis sectionner le cordon afin de permettre au tronc de descendre à son tour. 3^o Dans les cas extrêmes, diviser le cordon dans le vagin même, puis appliquer le forceps. La section précoce du cordon peut devenir d'une urgente nécessité pour sauver la vie de l'enfant, comme dans un cas cité par Cazeaux, où la naissance du tronc n'eut lieu que deux heures après la naissance de la tête. Elle prévient également deux accidents formidables; l'inversion de l'utérus et l'hémorrhagie.

De la dysménorrhée.—Le docteur Gallard n'admet que deux classes de dysménorrhée: 1^o la dysménorrhée mécanique, trouvant sa cause dans une difficulté de l'écoulement du sang menstruel à travers les orifices du col utérin; 2^o la dysménorrhée congestive ou inflammatoire, ayant son point de départ, soit dans l'utérus, soit dans l'ovaire.

Tous les faits observés peuvent rentrer dans l'une ou l'autre catégorie. Il n'y a pas lieu de décrire séparément une dysménorrhée membraneuse. Les membranes se montrent dans toutes les variétés du syndrome dysménorrhée, que celui-ci soit symptomatique d'une affection utérine ou ovarienne, et même, bien que le cas soit plus rare, d'un rétrécissement des orifices du col. Ces membranes sont assez communes. Il y a des fausses membranes composées de fibrine stratifiée, moulée sur la cavité utérine, ce qui les fait confondre avec de vraies membranes. Dans leurs lamelles, on trouve des globules qui en révèlent la véritable nature. C'est une ébauche d'organisation qui va peut-être, dans certains cas, jusqu'à la constitution d'un de ces polypes fibreux dont la pathogénie est jusqu'ici incertaine.

Il y a de vraies membranes qui sont des caduques renfermant un produit de conception. Dans ce cas, le docteur Gallard n'admet pas la répétition régulière des accidents. De plus, ainsi que l'a fait remarquer le docteur Bernutz, dans l'avortement, le sac est arrondi et non triangulaire, et Beigel signale l'existence près d'un orifice tubaire d'une loge pour l'œuf humain: si les membranes sont expulsées par lambeaux, la macération dans l'acide picrique et le lavage dans l'eau permettent de distinguer l'aspect raméux caractéristique des villosités chorionales (de Sinéty).

Le docteur Gallard considère la simple exfoliation de la muqueuse sans produit de conception comme la règle dans la dysménorrhée membraneuse. C'est l'exagération d'un phénomène physiologique. La muqueuse s'exfolie chez toutes les femmes, mais par petits lambeaux. La mue épithéliale et l'exfoliation totale sont les degrés extrêmes d'un même phénomène.

Morgagni a décrit le premier le sac triangulaire caractérisant l'expulsion de la muqueuse totale et intacte.

La crise de dysménorrhée a deux périodes séparées par un intervalle de calme relatif. La première correspond au molimen hémorrhagique. L'induration dont la muqueuse est le siège rend plus difficile la rupture des capillaires turgescents. Dès l'apparition du sang, la douleur diminue. Elle revient au moment de l'expulsion des membranes, véritable corps étranger. Telle est la règle, mais il y a bien des variétés. L'exfoliation peut se faire sans dysménorrhée, si les orifices utérins sont larges et dilatés. Lorsqu'un lambeau bouche l'orifice et empêche le sang de s'écouler, les douleurs augmentent, l'hématomètre peut se produire, et même l'hématocèle s'il y a reflux du sang par les trompes. En somme, les symptômes ne varient guère dans les diverses formes de dysménorrhée.

Traitement.—Il faut d'abord faire disparaître la douleur. L'atropine paraît préférable à la morphine, mais elle est dangereuse à manier. On injectera quatre à cinq gouttes de la solution suivante, une ou deux fois par jour.

Sulfate neutre d'atropine.....30 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise30 grammes.

M. s. a.

Les bains, les suppositoires belladonnés (3 centigr. de belladone pour 4 gr. de beurre de cacao), les quarts de lavements laudanisés et autres calmants rendent aussi de bons services. Il faut y ajouter les divers bromures et le chloral. La chaleur, sous forme de tisanes stimulantes et d'applications sur l'abdomen, est très utile. Les saignées locales, sangsues sur le col ou scarifications, peuvent conjurer les accidents douloureux. Les révulsifs ne seront employés que s'il y a complication de métrite.

Si la dysménorrhée est due à un rétrécissement des orifices, la dilatation s'impose à l'esprit d'autant mieux qu'elle peut rendre possible l'imprégnation et guérir la stérilité.

Le docteur Gallard cite le fait curieux d'une femme chez laquelle la dysménorrhée était produite par la rétroflexion. Un anneau de Hodge la débarrassa de la dysménorrhée, et cette femme, stérile jusque-là, devint enceinte. On craignit sans doute que le pessaire ne provoquât une fausse couche et on l'enleva. La fausse couche eut lieu peu de temps après. La dysménorrhée et la rétroflexion se reproduisirent. On remit l'anneau de Hodge. La dysménorrhée cessa et la femme redevint enceinte. Cette fois, on n'enleva l'anneau que vers le sixième mois. L'accouchement fut heureux et se fit à terme.

Le docteur Gallard préfère la dilatation lente, au moyen de bougies, à la dilatation brusque et forcée. S'il faut avoir recours aux instruments tranchants, le bistouri vaut mieux que les instruments spéciaux de Sims et de Simpson, qui tranchent les tissus plus loin qu'il n'est nécessaire et, comme le col est entouré d'un réseau veineux serré, on s'expose à des hémorrhagies ou à des phlébites. On doit se servir d'un bistouri à lame étroite, faire des incisions dépassant à peine l'épaisseur de la muqueuse, et n'inciser l'orifice interne qu'après avoir ouvert suffisamment l'orifice externe avec les ciseaux ou le bistouri. On fera le cathétérisme pour maintenir les surfaces saignantes éloignées et empêcher l'exagération du rétrécissement par le travail de cicatrisation.

Quand la dysménorrhée échappe à tout traitement, on a la ressource extrême de l'opération de Battey. Les succès obtenus peuvent faire croire que, dans ces cas, la dysménorrhée avait sa cause dans l'ovaire; mais ils s'expliquent mieux par la disparition de la menstruation.—*Annales de gynécologie.—Union médicale.*

Rapport physiologique entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la femme.—Mackenzie prétend qu'il existe un rapport physiologique intime entre certaines parties de l'appareil sexuel chez la femme et les corps érectiles du nez. Il en donne les preuves suivantes :

1o Chez un certain nombre de femmes qui n'ont aucune affection du nez, on peut constater une tuméfaction des corps érectiles de cet organe pendant tout le temps de la menstruation, et cette tuméfaction disparaît avec la cessation du flux menstruel ;

2o Si les menstrues s'accompagnent d'un écoulement sanguin par le nez, comme il arrive quelquefois, ce dernier cesse avec le flux utérin et cet état persiste souvent toute la vie ;

3o Il existe, comme on l'a remarqué d'ailleurs, une sympathie entre le tissu érectile de l'appareil génital et tous les autres tissus érectiles du corps ;

4o Comme conséquence des excitations génésiques, certains phénomènes se manifestent du côté du nez, tels que éternuements fréquents, etc. ;

5o D'autres fois, dans le cours d'une affection nasale, on rencontre une irritation uro-génitale concomitante ;

6o Il est un fait certain, c'est que chez un grand nombre d'animaux le besoin de la copulation est provoqué par certaines odeurs qu'exhale le corps d'un animal semblable, mais de sexe différent, et que ces odeurs agissent en excitant le sens de l'odorat ;

Il est facile de contrôler ces faits divers par les observations cliniques suivantes :

a. Chez quelques femmes qui ont une affection du nez, cette affection devient plus intense pendant la période menstruelle ;

b. Il semble que les excès vénériens ont tendance à provoquer une phlogose de la muqueuse nasale, ou tout au moins de l'augmenter quand elle existe ;

c On constate que les individus qui se livrent à la masturbation sont souvent atteints d'une affection nasale et d'une perversion du sens de l'odorat ;

d Enfin, il y a des maladies du nez qui résistent à toute thérapeutique et qui ne disparaissent qu'après une affection génitale concomitante.—*Am. Journ. of the Med. Sciences.*

De la coccygodynie.—Extraits d'une clinique de M. le professeur GOODELL à l'hôpital de Pensylvanie.—Quels sont les symptômes de la coccygodynie? Ce sont des douleurs pendant l'acte de la défécation et quand la femme s'assoit ou se lève. En s'asseyant les femmes affectées de coccygodynie saisissent à deux mains le dos de la chaise et s'appuient sur une seule fesse afin d'éviter toute pression sur le coccyx. En se levant, elles ne le font pas d'une manière directe, car elles exerceraient ainsi une traction sur le coccyx, mais elles prennent un point

d'appui sur le dossier de la chaise et se soulèvent de la sorte. Je ne connais qu'une seule maladie, en dehors de celle-ci, qui donne lieu à ce symptôme, et cette maladie est rare : c'est la formation d'un petit abcès dans la région coccygienne, abcès dans la cavité duquel on trouve, après ouverture, un poil enroulé sur lui-même. Ceci donne parfois lieu à beaucoup de souffrance. Il est enfin une autre maladie au cours de laquelle ce symptôme peut en imposer, c'est la fissure anale.

La douleur produite lors de la défécation se montre également dans la fissure de l'anus, ainsi que dans les cas d'hémorroïdes enflammées ; la patiente saura constater par elle-même l'existence d'une tumeur hémorroïdale.

Dans la majorité des cas de coccygodynie on observe que le système nerveux est plus faible qu'à l'état normal ou même qu'il existe plus ou moins de prostration nerveuse. En d'autres cas les patientes jouissent d'ailleurs d'une bonne santé.

La cause de la maladie est une lésion quelconque du coccyx. Cet os est mobile et augmente le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, de quatre pouces qu'il est à l'état normal, à quatre et demi. Cet os peut s'enkyloser ou ses ligaments peuvent devenir plus courts, ce qui, soit dit en passant, constitue une objection sérieuse à ce qu'une femme âgée donne naissance à un enfant. Dans ce cas, le coccyx peut ne pouvoir pas supporter la force exercée sur lui, d'où rupture des ligaments, ou encore, dans le cas d'ankylose, fracture de l'os lui-même. Plus d'une fois, durant l'accouchement, j'ai entendu le crépitus produit par le coccyx qui se fracturait. Une autre cause de lésion du coccyx est le pas du galop, chez ceux qui ont l'habitude de monter à cheval. Dans le galop, le cheval fait faire à l'écurier un saut après lequel celui-ci retombe sur le dos de l'animal ce qui a souvent pour effet de léser le coccyx. J'ai observé plusieurs cas de ce genre. J'ai également vu un cas très sérieux de coccygodynie chez une femme qui fit une chute sur le coccyx par le fait que son siège lui avait été enlevé au moment précis où elle allait s'asseoir. La coccygodynie pure peut être la conséquence d'une luxation, d'une fracture ou d'une névralgie.

Le traitement des lésions du coccyx survenant durant le travail se borne à faire observer un repos absolu, donner l'opium pour calmer la douleur qui, du reste, n'est pas ordinairement bien intense, et tenir les intestins au repos pendant une semaine à peu près.

Dans un cas de coccygodynie pure, le traitement doit tout d'abord avoir pour but de calmer la douleur siégeant dans les nerfs qui parfois ont été lésés. Un excellent médicament dans ces cas est l'iodoforme en suppositoire (5 grains) le soir au coucher. Il importe d'éviter autant que possible l'usage de la morphine. Si faire se peut, mieux vaut administrer le remède par le rectum. Dans le cas de fracture il vaut peut-être mieux le donner par la bouche et tenir la malade aussi tranquille que possible ; quelquefois ces seuls moyens suffisent à amener la guérison. La douleur peut en certains cas être contrôlée par l'injection de petites doses d'acide phénique autour du coccyx.

Si, enfin, le cas étant plus grave, il devient impossible de calmer la douleur par les moyens ci-haut énumérés, il deviendra nécessaire de pratiquer l'extirpation du coccyx.—*College and Clinical Record.*

PÉDIATRIE.

De la pleurésie dans les quatre ou cinq premières années de la vie.—Clinique de M. le Dr OLLIVIER à l'hôpital des Enfants-Malades. — Un jeune enfant, que ceux qui suivent la visite connaissent déjà, ayant été pris de fièvre avec douleur de côté à Epinay où on l'avait envoyé en convalescence d'une fièvre typhoïde, nous est revenu ce mois-ci, avec tous les symptômes d'une affection aiguë. Au moment de son entrée, nous constatâmes, outre une peau chaude et sèche et un peu de constipation, une douleur au niveau du flanc gauche, sur laquelle Beau a appelé le premier l'attention; mais l'exploration de l'abdomen ne nous révéla rien d'anormal. Celle de la poitrine, par contre, nous apprit, à la palpation, que les vibrations thoraciques étaient affaiblies, et, à la percussion, qu'il y avait de la submatité dans toute la moitié inférieure du poumon gauche. Quant à l'auscultation, un souffle doux et de l'égophonie venaient confirmer notre diagnostic, si nous avons pu, toutefois, avoir quelques doutes à ce sujet.

En présence d'une pleurésie aussi évidente sans aucun retentissement sur les organes environnants, j'administrerai seulement quelques gouttes de teinture de digitale dans un julep. Sous l'influence de ce traitement, auquel je fus obligé d'ajouter des injections de pilocarpine et un vésicatoire que j'avais réservé pour des indications plus précises, nous vîmes le liquide disparaître; de sorte que nous pouvons aujourd'hui entendre la respiration, et affirmer que, si ces modifications heureuses continuent, notre enfant sera guéri dans deux ou trois jours.

Voilà un type que vous avez sous les yeux; en voici un autre, tout à fait différent, pris dans ma clientèle. Il s'agit d'un enfant né de parents tuberculeux, qui, pendant l'hiver, après s'être roulé dans la neige, fut pris de frissons, et présenta tous les symptômes d'une pleurésie aiguë que les ventouses, les diurétiques, les purgatifs, les vésicatoires et le régime lacté ne réussirent pas à enrayer. Le déplacement du cœur nécessita une ponction qui fournit une certaine quantité de liquide séreux. Malheureusement le liquide ne tarda pas à se reproduire; puis survint, en même temps qu'une fièvre vespérale et des sueurs, l'œdème des parois thoraciques. Une deuxième ponction, qui donna du pus, ayant été bientôt suivie de craquements secs au sommet gauche, puis plus tard de l'autre côté, il était évident, comme il maigrissait davantage de jour en jour, qu'il succomberait à une phthisie pulmonaire, ce qui, du reste, ne tarda pas à arriver quatre mois après le début, à la suite d'une troisième ponction.

A ce fait très curieux de pleurésie pouvant faire naître la tuberculose et au cas de guérison cité précédemment, ajoutez-en un troisième dont nous avons vu un ou deux exemples. Rien n'est moins étonnant, en effet, que de constater, un beau jour, chez un enfant maigre, une pleurésie qu'aucun signe ne pouvait vous faire soupçonner. D'autres fois, ce n'est qu'à l'autopsie même d'un enfant mort d'athrepsie que vous vous apercevez qu'il existe du liquide, qui peut même être purulent, dans la plèvre.

Voilà les trois types que vous rencontrerez, et j'en aurais fini avec

ce sujet si la pleurésie des jeunes enfants ne présentait pas certains caractères qu'il est utile de vous faire connaître. Notons, tout d'abord, qu'elle est plus souvent secondaire. A quoi tient donc cette rareté de la pleurésie primitive, surtout manifeste avant la cinquième et la sixième année? Très probablement à ce que les enfants sont d'autant plus dorlotés qu'ils sont jeunes. Quant à la pleurésie secondaire? Très commune, elle est sous l'influence de maladies dont nous ne voyons que trop souvent des exemples dans le service. Si la pneumonie, la tuberculose ou la gangrène du poumon peuvent lui donner naissance, ce ne sont pas les seules affections, car il n'est pas rare d'observer une pleurésie concomitante avec une péricardite ou une péritonite, ainsi qu'avec certaines pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, le rhumatisme, la septicémie. Ajoutez à cela que vous avez quelquefois, alors même que le poumon est intact, une semblable complication dans les maladies de l'encéphale ou de l'appareil digestif.

Inutile, je crois, d'insister sur des faits cliniques bien établis; aussi aborderons-nous dès maintenant les caractères anatomiques qui, s'ils ressemblent objectivement à ceux de l'adulte, en diffèrent du moins par la forme. En effet, tandis que la pleurésie séreuse est rare, la pleurésie purulente, par contre, est si fréquente qu'on a pu dire que tout épanchement chronique de la plèvre était purulent. En outre la quantité de liquide peut être beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru au premier abord, et, dans la pleurésie purulente, le poumon est beaucoup plus susceptible d'être insufflé. A ce propos, souvenez-vous que M. Oulmont a montré que le poumon se couvrait d'une coque résistante qui ne lui permettait pas de reprendre sa position naturelle. Cela, toutefois, n'est pas toujours vrai, et je me rappelle, bien qu'il existât un liquide assez abondant, avoir pu insuffler, à l'autopsie, le poumon d'un jeune sous-officier mort à l'hôpital du Mans d'une pleurésie chronique que les médecins, partisans de la doctrine de Broussais, n'auraient peut-être pu guérir par la thoracentèse. Après être parvenu, du reste, à la suite de nombreuses recherches, à insuffler des poumons qui, au prime abord, ne le paraissaient pas, je suis autorisé à dire, aujourd'hui, que M. Oulmont est allé trop loin, car il est possible que le poumon se distende par suite de la déchirure des fausses membranes.

La symptomatologie ayant été faite avec l'histoire de nos petits malades, passons au diagnostic. Chez les enfants, l'exploration n'est pas sans difficultés, en raison de la mauvaise volonté avec laquelle ils se prêtent à nos manœuvres. S'il est très difficile de percevoir les vibrations thoraciques, il sera tout aussi malaisé d'obtenir quelques renseignements précis avec l'auscultation. Mais il est un moyen qui ne vous trompera pas, ce sera la percussion; et encore faut-il la faire très légèrement, avec la pulpe du doigt, pour être bien sûr que la présence du liquide ne vous échappera pas. Dans le cas de pleurésie aiguë, on pourrait penser, en voyant la courbe, à une congestion pulmonaire; mais comme cette affection très commune disparaît en deux ou trois jours, elle ne donnera pas longtemps le change au médecin. Avec un début aussi brusque que celui de notre premier malade, on aurait pu se demander si nous n'avions pas affaire à une pneumonie fibrinoïde. Un examen plus ample n'a pas tardé, toutefois, à nous faire rejeter cette hypothèse. Une pleuro-pneumonie, dans le cas actuel était-elle possible? Oui, de par les signes locaux, mais la température

faisait défaut. Quant à la nature du liquide ? L'ensemble des symptômes nous indique de ne pas nous en préoccuper. Notre malade a, en effet, supporté gaillardement sa pleurésie, et n'a jamais eu de fièvre vespérale, de frissons et d'œdème des parois thoraciques, tous signes qui dénotent, comme nous l'avons vu chez le second, l'apparition du pus.

Comme le pronostic ressort naturellement de tout ce que je viens de vous dire, nous passerons immédiatement au traitement. Peu éclairé par l'expérience, j'ai été très sobre de médicaments, aussi me suis-je donné garde de faire appliquer des ventouses scarifiées que je n'hésiterais pas cependant à faire poser si j'avais affaire à un enfant vigoureux ; ce qui n'était pas le cas ici, puisqu'il venait de sortir d'une fièvre typhoïde. Je me suis donc contenté du traitement médical le plus simple, et, au diurétique, la teinture de digitale, j'aurais pu ajouter la muccine si la maladie avait persisté ; mais je vous avoue que je préfère employer les injections de pilocarpine. Voyant néanmoins que malgré la digitale, malgré la pilocarpine, l'inflammation restait stationnaire, j'ai fait appliquer un vésicatoire qui a amené d'heureuses modifications. Il est bon, maintenant, de soumettre ces malades à une hygiène sévère, et de leur donner du lait. Quant aux moyens chirurgicaux ? Après avoir employé toutes les ressources dont la médecine dispose sans avoir abouti à aucun résultat, il ne faut pas alors hésiter à les employer.—*Praticien.*

Traitement de la coxalgie tuberculeuse au début, chez l'enfant.—

L'idée mère de la thèse de M. le docteur Simonneaux paraît être issue du désir de recommander à l'attention des praticiens l'appareil à extension continue de son maître, M. le docteur Lannelongue.

Voici, d'après l'auteur, la description de l'appareil :

1. La *contre-extension* est faite sur le tronc de la manière suivante : une ceinture bouclée est appliquée sur le tronc de l'enfant, de façon à passer au-dessous des aisselles : de cette ceinture partent, en arrière, deux courroies solidement attachées, qui vont se fixer sur les barreaux d'un lit en fer ; ces courroies sont fixées du côté de la tête, bien entendu :

2. Un *bandage en toile* est appliqué sur le tronc par-dessus la chemise, et ce bandage est construit de telle manière qu'il fixe le tronc de l'enfant dans le sens de sa longueur, l'empêchant à la fois de glisser dans le lit du côté de la tête ou du côté des pieds.

Ce bandage est en toile ; il a de 30 à 40 centimètres de large, il porte sur son milieu une fente qui en permet l'application. Il a de 4 à 5 mètres de long, et il est placé de la manière suivante :

La partie qui correspond à la fente qui existe sur le milieu est placée verticalement sur le tronc de l'enfant, en regard du sternum ; puis un des côtés fait le tour du corps et vient s'engager dans cette fente, embrassant le corps de l'enfant, qui se trouve compris dans le bandage. Les extrémités sont ensuite dirigées de chaque côté du lit et nouées ensemble sur un des côtés.

Jusque-là, l'appareil est de contention ; mais il présente en outre quatre lacs, attachés, deux en haut et deux en bas, qui vont se fixer aux extrémités supérieure et inférieure du lit.

L'appareil étant bien appliqué sur le tronc, il en résulte que celui-ci ne peut ni monter ni descendre. Dès ce moment, on peut faire sur le

membre inférieur une extension qui offre toutes les garanties ; car le bassin est intimement fixé au tronc par les bandages précédents.

Mais, pour que cette extension soit encore meilleure, les deux membres inférieurs sont placés côte à côte dans un bandage semblable au précédent, pourvu de deux lacs seulement. Il suffit alors d'attacher un poids au membre inférieur avec une bande ou avec du diachylum.

Il est très important que l'enfant repose à plat sur un matelas dur. Généralement, en un mois d'extension, commençant par un demi kilogramme pour arriver très vite à 2 kilogrammes et au-dessus, on a dominé tous les phénomènes de contracture.

Il est à supposer que l'appareil de M. Lannelongue est meilleur que la description dont on vient de lire le texte. Tel qu'il est cependant, ce texte pourra donner une idée de la méthode et servir de thème à mettre au net pour les esprits curieux.—*Praticien.*

De l'ictère des nouveau-nés, par HOFMEIER.—L'auteur n'admet pas les théories courantes au sujet de l'origine hépatogène ou hémato-gène de la jaunisse. Il trouve qu'elles accordent une confiance trop absolue à des vues de l'esprit non encore corroborées par des faits, et qu'elles sont partiales dans leurs examens des phénomènes individuels ou des processus locaux. Voici le résultat de ses observations personnelles appliquées à des enfants ictériques pendant les dix premiers jours de la vie.

Il y a chez les enfants une perte accentuée de poids pendant les premiers jours, avec une grande perte d'urée, des concrétions uriques et de l'albumine dans les urines.

Un phénomène qui se produit constamment, c'est l'excrétion avec l'urine d'une matière colorante jaune qui varie en quantité, suivant l'intensité de la maladie.

Toute faute commise dans l'alimentation de l'enfant est aussitôt confirmée par une spoliation albumineuse, accompagnée de perte de poids.

La spoliation albumineuse affecte l'albumine du plasma sanguin et même les globules rouges du sang ; ces derniers en proportion de la durée du processus morbide. Il y a aussi production intense de nombreux globules. Quoique la destruction des globules rouges du sang ne puisse être considérée comme une spoliation que dans le sens physiologique, l'épanchement avec l'urine de la matière colorante de la bile représente une perte véritable de l'un des plus importants facteurs de l'hématopoièse, celui de la matière colorante du sang.

A ceci vient s'ajouter le commencement des fonctions de l'intestin, considéré comme un organe de digestion, et un grand accroissement dans l'excrétion de la bile, laquelle est, dans l'espace, fortement pigmentée.

De plus, il existe certaines conditions qui favorisent le passage de la bile dans le sang, d'où résulte finalement la décoloration de la peau, laquelle se maintient pendant quelque temps chez les enfants mal nourris et faiblement développés.

Ce processus est toujours pathologique en ce sens que la bile, par rapport au sang, est une substance étrangère, mais il a une origine physiologique, en ce qu'il résulte de causes qui agissaient physiologiquement avant la naissance. Il y a peu d'enfants, d'ailleurs, qui soient

assez fortement constitués pour suffire aux demandes de nouvelles fonctions qui sont adressées à leur organes dès les premiers jours de la naissance. S'ils n'ont point l'appoint d'une forte constitution, leur ration journalière de nourriture ne suffit pas pour les mettre à même de répondre à ces exigences.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

Vulvite aphteuse chez l'enfant et son traitement par l'iodoforme, d'après la thèse du Dr SARAZIN (juillet 1883).

La vulvite aphteuse, spéciale aux petites filles de deux à cinq ans est surtout fréquente dans les hôpitaux.

Elle paraît avoir pour cause la rougeole dans les deux tiers des cas, et devient elle-même souvent l'origine de la gangrène de la vulve.

Son pronostic, assez grave comme on le voit, s'est sensiblement amélioré depuis qu'on la traite par l'iodoforme.

A l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme, on couvre les parties, non détergées au préalable. d'une épaisse couche de cette poudre, et on les éloigne du contact au moyen d'un léger tampon de charpie.

Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures, jusqu'à guérison.

Cette guérison se produit rapidement dans la région vulvaire. Quant aux aphthes de la région périnéale, traités de la même façon, leur guérison, pour être moins prompte, n'en est pas moins sûre.

Le traitement général, qui doit marcher de pair avec le traitement local, contribue aussi puissamment à la guérison.—*Rev. des mal. de l'enf.*

Valeur symptomatique de quelques signes isolés dans leur diagnostic.—Poltzer émet, comme étant le résultat d'une observation de plus de quarante ans de durée dans les hôpitaux d'enfants de Vienne, les propositions suivantes :

Le *cri nasal ou palatin* se rencontre souvent dans la symptomatologie de l'ozène, généralement du fait soit de la syphilis congénitale, soit de l'hypertrophie des amygdales. Si l'ozène ne relève pas d'une de ces causes, il faudra examiner avec soin les parois du pharynx, car ce cri palatin est alors souvent symptomatique d'un abcès rétropharyngien.

Les *expirations prolongées et bruyantes*, avec inspirations normale et sans signe d'asphyxie ou de dyspnée vraie, se rencontrent souvent dans la *chorœa major*.

L'*inspiration sifflante* qui paraît débiter par le soulèvement de la partie supérieure du thorax, trahit un état de faiblesse et de parésie du cœur, et quelquefois un certain degré de dégénérescence graisseuse de l'organe.

L'*expiration rude et diaphragmatique* indique qu'il existe de l'asthme bronchique.

Une *pause entre la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration suivante* s'observe dans le catarrhe laryngé associé à une sténose laryngée spasmodique avec œdème sous-muqueux.

Une *respiration striduleuse continue* datant de la naissance doit être attribuée à un état vicieux de l'innervation pulmonaire par inhibition des nerfs vagues.

L'assoupissement chez l'enfant est souvent le premier symptôme d'une méningite basilaire.

L'état de tension, la plénitude de la fontanelle antérieure est également fort souvent un signe précoce de méningite basilaire. On l'observe généralement dans presque toutes les affections inflammatoires de l'encéphale, et aussi dans les états fébriles compliqués de lésions cérébrales.

La dépression de la fontanelle antérieure, ordinairement accompagnée de l'enfoncement du globe oculaire, trahit un état d'ischémie intra-crânienne.

Les déplacements lents des globes oculaires, accompagnés d'un regard fixe et hébété, doivent faire penser à la méningite basilaire.

Le cri violent et strident, durant deux ou trois minutes avec une expression anxieuse des traits du visage, et lancé une heure ou deux après le début du sommeil, indique que l'enfant est sujet aux terreurs nocturnes, ce qui est fréquent chez les natures nerveuses et délicates.

Un cri périodique se reproduisant indifféremment pendant le jour et pendant la nuit, accompagne souvent des coliques et des troubles gastro-intestinaux, la dysurie et les contractures douloureuse du col de la vessie.

Les pleurs et les cris pendant la défécation sont souvent le résultat de la constipation et de l'existence d'une fissure sphinctérale.

Des plaintes continuelles, douloureuses, avec agitation de la tête deçà et delà sur l'oreiller et tendance de la part du petit malade à porter ses mains sur le sommet de sa tête, doivent faire penser à l'existence possible d'une otite.

Un enfant dont les pleurs et les cris se renouvellent depuis plusieurs semaines de suite, surtout à l'occasion des mouvements qu'on imprime soit au buste, soit aux membres, qui a de la fièvre et des sueurs, est probablement sur le point de devenir rachitique.

L'insomnie chez l'enfant est souvent liée à la syphilis congénitale ou à l'athrepsie.

L'aplatissement des narines vers la cloison médiane, et l'absence de leurs mouvements d'élévation, de dilatation, trahit l'existence d'une hypertrophie très marquée des amygdales.

Une répugnance évidente à se mouvoir de la part d'un enfant peut faire présager le début ou amener à constater l'existence d'une paralysie spinale.—*Journ. of the Amer. Med. Association.*

Du pouls chez les enfants.—A l'état physiologique, le pouls de l'enfant est plus fréquent que celui de l'adulte. D'après Landois, aux âges de 1, 3, 5 et 11 ans correspondraient les fréquentes moyennes de 134, 108, 90 et 80 pulsations par minute.

Dans la fièvre typhoïde, le pouls de l'enfant peut osciller entre 88 (Roger) et 180 (Cadet de Gassicourt), aussi le Dr Pierre Parizot pense avec Parrot que l'on ne peut fixer une moyenne chez les enfants à la fréquence du pouls dans la fièvre typhoïde, d'autant plus que, là encore, cette fréquence dépend de l'âge. Ainsi Rillicet et Barthez, Cadet de Gassicourt, estiment que le pouls bat 160 à 180 fois par minute chez les plus jeunes enfants, et 100 à 140 fois chez les plus âgés. L'extrême fréquence du pouls chez un très jeune enfant n'aggrave pas sensiblement le pronostic.

Le Dr Pierre Parisot n'a pas eu l'occasion d'observer des enfants en bas âge. Ses observations ont porté sur des enfants de 10, 11, 12 et 14 ans et il n'a pas trouvé chez eux une fréquence de pouls différente de celle des adultes.

L'existence du *dicrotisme* a été contestée chez les enfants par plusieurs auteurs et relevée très rarement par d'autres (Vogel, Prunac, Baginski). Parrot l'a notée chez un enfant de 13 ans et chez un autre de 14, c'est-à-dire à une époque voisine de l'adolescence.

Le Dr Parisot a observé un dicrotisme bien net chez deux jeunes filles âgées de 10 ans, avec une température de 39° 7 et 39° 8. Cadet de Gassicourt affirme que le dicrotisme n'est pas rare chez les enfants. S'il est si peu relevé cela ne tiendrait-il pas aux dimensions du sphygmographe de Marey, plus convenable pour l'appliquer à un bras d'adulte qu'à un bras d'enfant.

—*Du pouls envisagé au point de vue du diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la fièvre typhoïde chez l'enfant.*

Fréquence.—Dans la fièvre typhoïde de l'enfant, sauf quelques rares exceptions, le pouls est accéléré; dans la méningite, il est mobile, passant, en l'espace de quelques minutes, de 80 à 120.

A la période d'état, tandis que dans la dothiéntérie il conserve sa fréquence, dans la méningite il se ralentit.

Au dernier stade de la maladie, il s'accélère dans la méningite, tandis qu'il diminue de fréquence dans la fièvre typhoïde à terminaison favorable.

Rythme.—Le pouls devient irrégulier dans la méningite. Il est régulier dans la dothiéntérie, sauf dans les formes ataxique ou méningée de cette dernière. Cadet de Gassicourt a noté chez deux enfants des irrégularités de pouls à la période des oscillations descendantes.

Formes.—La forme du pouls demanderait à être étudiée à nouveau chez l'enfant avec un sphygmographe approprié pour que l'absence de dicrotisme, qui manque dans la méningite chez l'adulte, puisse être réellement constatée et prendre la même valeur diagnostique. On pourrait peut-être aussi, avec un meilleur outillage, trouver chez les enfants le signe de la méningite découvert par Siredey sur des tracés de l'adulte : *de fines dentelures à l'origine de la ligne de descente qui disparaissent à l'union du premier avec le second tiers de cette ligne.*—*Revue des maladies de l'enfance.*

Aphrodisiaque.—Le Dr Ellerslie Wallace, de Philadelphie, considère la noix vomique comme étant le tonique par excellence des organes génitaux. Il prescrit le médicament sous forme d'extrait qu'il administre à dose de un demi-grain à un grain trois fois par jour, après les repas.

Le Dr W. B. Atkinson, de Philadelphie, recommande la préparation suivante dans les cas d'anémie et de débilité chez les enfants avec tendance aux terreurs nocturnes : R Pot. bromid. gr. i, Ac. phosphoric dil., Tr. ferri perchlorid. ââ jii, Syr. limon, Aquæ, ââ ÿiiss.—M.

DOSE:—Une cuillerée à thé toutes les 4 heures pour un enfant de trois à cinq ans.—*Archives of Pediatrics.*

FORMULAIRE.

Asthme.—*Dr Richardson.*

R.—Amyli nitrit.....	m xxxvi
Spirit viiii.....	ʒvi
Glycerini.....	ʒi ss

M.—Dose : Une cuillerée à thé dans un verre à vin d'eau chaude.

Goutte.—*Mortimer-Granville.*

R.—Ammon. chlorid.....	ʒiv
Pot. chlorat.....	ʒii
Glycerini.....	ʒxii
Tinct. iodin.....	ʒii
Aquæ ad.....	ʒxii

M.—Dose : Deux cuillerées à soupe, de quatre à huit fois par jour.—*Philad. Medical Times.*

Syphilis secondaire.—*Duhring.*

R.—Hydrarg. biniodid.....	gr iss
Pot. iodid... ..	ʒiii
Syr. sarzæ co.....	ʒiv

M.—Dose : Une cuillerée à thé, dans un peu d'eau, trois fois par jour.—*Medical News.*

Anémie essentielle.—*DaCosta.*

R.—Ferri. sulph.....	} ʒi
Pot. carb.....	

M.—Faites 40 pilules.—Dose : Une après chaque repas pendant la première semaine. Augmenter d'une pilule par dose pendant la semaine suivante.—*College and Clinical Record.*

Sueurs nocturnes des phthisiques.—*Bartholow.*

R.—Acid. gallici.....	ʒss
Extr. belladonnæ.....	gr. ii

M.—Faites 20 pilules.—Dose : deux au coucher.—*College and Clinical Record.*

Alcoolisme.

R.—Tr. capsici.....	ʒiii
Spt. amm. arom.....	ʒ iii
Tr calumbæ.....	ʒi
Tr. cardam co.....	ʒvi
Aq. ad.....	ʒviii

M.—Dose : Une cuillerée à soupe dans autant d'eau, toutes les heures, ou encore quand se manifeste la soif de l'alcool.—*Druggists' Circular.*

Chancroïde.—*S. W. Gross.*

R.—Acid. tannic.....	gr. ii
Ung. hydrarg. nitr.....	ʒi
Adipis benzoat. ad.....	ʒi

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

Fièvre traumatique.—*Jefferson Med. College Hospital.*

R.—Liq. ammon. acet.....	} ââ ʒi
Liq. pot. citrat.....	
Spt. æth. nitr.....	} ââ ʒss
Liq. morph. sulph.....	

M.—Dose: Une cuillerée à dessert trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Ecthyma.—*Besnier.*

R.—Acide phénique.....	2 parties
Vaseline	} ââ 100 parties
Amidon.....	

M.—Faites une pommade avec laquelle on pratiquera des onctions sur tout le corps pour combattre l'ecthyma occasionné par la présence de parasites. Pour se débarrasser de ces derniers, passer les vêtements au four et faire prendre au malade un bain savonneux.—*Union médicale.*

Sirop de Easton.

R.—Sulfate de fer.....	5 drachmes
Phosphate de soude.....	1 once av.
Sulfate de quinine.....	192 grains
Strychnine	6 grains
Acide phosphorique dilué (10 p. 100).....	14 onces tr.
Sucre blanc.....	14 " "
Solution d'ammoniaque.....	} ââ q. s.
Acide sulfurique.....	

M.—Dose: Une drachme.—*Druggists' Circular.*

Sirop de phosphates composé.—(*Modification de la formule de Parrish.*)

R.—Phosphate de fer (U. S.).....	256 grains
Carbonate de calcium précip.....	500 "
Carbonate de potasse.....	64 "
Carbonate de soude.....	40 "
Acide citrique.....	2 onces
Glycérine	2 "
Acide phosphorique (U. S. 1860).....	4 "
Eau de fleurs d'oranger.....	6 drachmes
Teinture de cochenille.....	2 "
Eau.....	1½ once
Sirop simple q. s. pour faire.....	12 onces

M.—Dose: Une drachme.—*Druggists' Circular.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, FÉVRIER 1885.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retenti ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve "prima facie" d'intention de fraude.

AVIS DE L'ADMINISTRATION.

Plusieurs de nos abonnés retardataires font la sourde oreille à nos réclamations réitérées. Nous avons résolu de supprimer les abonnés qui ne paient pas et même ceux qui paient à longue échéance, sans pour cela renoncer à nos droits acquis. Avis aux intéressés; tel qui est sourd et insensible à nos humbles et gracieuses demandes devient loquace et hypéresthésié en diable quand, de guerre lasse, nous passons les armes à notre avocat.

Phthisiologie.

A la suite d'un rapport présenté à la Société médicale des hôpitaux de Paris, par une commission composée de M.M. Villemin, Millard, Constantin, Paul, Grancher, Debove et Vallin, rapporteur, la même commission a été chargée d'instituer une enquête auprès de tous les médecins de France sur la transmissibilité de la tuberculose par les malades atteints de phthisie.

A une époque où la théorie microbienne de la tuberculose compte de si chauds partisans en même temps que des adversaires si convaincus, il n'y a pas de doute que les travaux de la commission seront suivis avec un vif intérêt.

Jusqu'à ces dernières années, l'hérédité a été presque universellement

considérée comme le grand facteur de la phthisie tuberculeuse. L'on a dit que dans chaque cas de tuberculose l'on pourrait, pour peu qu'on s'en donnât la peine, retrouver des traces de tuberculisation dans la famille du malade. L'expérience a tellement confirmé cette proposition que l'on ne saurait s'étonner de voir la théorie du contagement reçue avec méfiance par un grand nombre. Il est vrai de dire aussi que le vice tuberculeux est aujourd'hui tellement répandu qu'il a envahi la plupart des familles, et que le premier individu venu, fut-il aussi sain que possible, n'aurait qu'à chercher dans l'histoire de ses ascendants ou de ses collatéraux pour retrouver des sujets tuberculeux, d'où il suivrait que tous nous serions plus ou moins prédisposés à la maladie.

Quoiqu'il en soit, la théorie qui veut que la tuberculose se transmette par voie de contagion a des faits qui parlent haut pour elle, et il est temps que le jour se fasse un peu plus clair sur une question aussi controversée. La commission instituée au sein de la *Société médicale des hôpitaux* travaillera en conscience, nous n'en doutons pas, et il serait à souhaiter qu'en tous pays où il y a des médecins. Les résultats de cette enquête universelle seraient des plus intéressants, et auraient en outre une portée pratique dont le résultat le plus tangible serait une réforme absolue dans la thérapeutique de la phthisie.

Encore les charlatans.

Un de nos abonnés nous a fait tenir, il y a quelque temps, une circulaire émanée de l'officine du sieur Racicot, *inventeur, propriétaire et manufacturier de remèdes patentés*, à Montréal. Comme on le peut penser la circulaire n'est rien autre chose qu'une réclame effrontée vantant les propriétés omnicures des "gouttes royales", du "destructeur du choléra", de "l'huile anti-vénérienne", de "l'onguent mystérieux" et autres produits analogues préparés par M. Racicot, et *patentés*, s'il vous plaît.

En nous faisant parvenir cette pièce, notre correspondant demande ce que fait le Bureau provincial de médecine, et quelle protection il entend accorder aux médecins. "Voilà, dit-il, un charlatan qui s'affiche au grand jour par des milliers d'avis réclames distribués aux portes des églises, et qui est même assez audacieux que d'oser en transmettre à des médecins; et si on demande protection, on nous répond invariablement: "Donnez des preuves." Mais je n'en connais pas de plus convaincante que l'échantillon que je vous envoie. S'il y a une loi contre le charlatanisme, pourquoi ne pas la mettre à exécution? Si elle est défectueuse, est-ce que le Bureau ne peut pas y remédier?"

Nous répondrons à notre *abonné* en lui faisant observer que, telle qu'elle est actuellement, la loi qui régit le Collège des médecins ne peut pas atteindre tous les charlatans.

Que le premier Racicot venu prenne, sans en avoir le droit, le titre de Docteur et exerce son art pour de l'argent, immédiatement il tombe sous le coup de la loi, et, si les preuves sont suffisantes, il est condamné pour exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie. Le fait de s'arroger un titre qui ne lui appartient pas et de prélever des hono-

raires de ses clients constitue le délit qui rend le charlatan justiciable de la loi. Celle-ci ne va malheureusement pas au delà, de sorte que tant que le Racicot exercera son industrie dans les conditions actuelles, il ne saurait être inquiété. Il n'est qu'un *inventeur, propriétaire et manufacturier de remèdes patentés* qu'il vend à tout venant aussi cher que possible, ne demandant absolument rien pour les consultations, avis, etc, qu'il donne en même temps. Ce n'est plus un médecin, c'est un vendeur de racines. Or, il paraît que peut vendre des racines qui veut. Dans ce second rôle, c'est donc peut-être moins avec le pharmacien qu'avec le médecin que notre charlatan serait en lutte. Et pourtant, il n'en est pas moins vrai qu'il exerce illégalement la médecine, tout comme l'exerce illégalement le pharmacien qui se permet de donner une consultation au comptoir et de vendre sa marchandise, ne faisant payer que celle-ci.

Il est certain qu'il y a dans notre loi une évidente anomalie qu'il importe de faire disparaître, et voici comment. Le Bureau devrait, s'il a quelque souci des intérêts professionnels, faire amender l'Acte médical de façon à ce que personne, homme ou femme, ne puisse exercer la médecine ou la chirurgie, donner des consultations, avis, etc; prescrire ou faire des visites professionnelles (avec ou sans salaire), sans s'être au préalable muni de la licence du Collège, tout délinquant ou délinquante devant être passible de l'amende ou de la prison. En outre, l'Association Pharmaceutique devrait obtenir la passation d'un acte par lequel les pharmaciens *licenciés, seuls, auraient le droit de vendre des médicaments, drogues, etc, patentés ou non, sous quelque forme et dénomination que ce soit.* De la sorte il ne resterait plus au charlatan une seule porte de sortie. S'il prend le titre de docteur, s'il se mêle de donner des avis médicaux, que ces avis soient ou non rétribués, le Collège des médecins en fera son affaire. S'il veut se contenter de vendre des racines, l'Association Pharmaceutique lui tombera dessus.

Voilà, pour nous, l'idéal. De là à la pratique, il y a plus d'un pas. Ainsi, nos législateurs ne sont malheureusement pas tous également bien disposés à l'égard de la profession médicale, et nous en avons déjà eu des preuves. Il en est qui, pour s'assurer un peu de popularité et se conserver les bonnes grâces de leurs électeurs ruraux, ne se gênent pas de protéger plus ou moins ouvertement les charlatans-rebouteurs et qui, dans les discussions des comités de la Chambre, ont déjà fait subir à notre acte médical des assauts dont il s'est mal relevé. Le Bureau des Gouverneurs fait à peu près tout ce qu'il peut, et nous ne pouvons le tenir responsable des absurdités et contradictions qui pulsent dans l'Acte en question.

Pour ce qui est de l'Association Pharmaceutique, elle n'a pas non plus chance d'obtenir grand'chose dans le sens indiqué plus haut. S'il fallait réserver aux seuls pharmaciens le droit exclusif de vendre des médicaments, patentés ou non, il faudrait ainsi empêcher nos marchands de campagne de vendre du séné, du sulfate de magnésie, de l'huile de ricin, etc., comme cela se pratique surtout dans les localités où il n'y a pas de médecin. Or cela n'est guère possible. La vente des remèdes patentés par les épiciers et les pharmaciens de détail nous fait bien autrement tort que celle des racines et des *simples en général*, mais ce ne sont pas les pharmaciens en gros qui iront s'en plain-

dre, puisque ce sont eux à qui ce genre de commerce réussit le mieux. Il ne nous reste donc plus qu'à nous résigner.

Mais, dira-t-on si on ne peut atteindre dans tous les cas les charlatans et les vendeurs de *simples*, au moins y aurait-il moyen de sévir contre les femmes?—Plus nombreuses que les hommes encore, on les voit partout s'exerçant à guérir tous les maux connus et inconnus. Que faire contre elles? Il n'y aurait qu'à les rendre justiciables de la contrainte par corps. La plupart d'entre elles sont incapables de se payer le luxe d'un grand nombre d'amendes, et la perspective de la prison suffirait peut être à les tenir en respect.

Si le plan qui précède ne vaut rien, nous serions bien obligés envers celui qui nous en suggérerait un autre.

Tarif minimum.

On nous informe, et nous avons toute raison de croire que nous sommes bien renseignés, que dans certain quartier de notre ville la concurrence professionnelle s'est établie d'une manière telle que, pour lutter avec plus d'avantages contre leurs confrères, certains médecins ont érigé en système la pratique au rabais. Ainsi, il y aurait des praticiens, assez bien posés d'ailleurs, qui coterait leurs visites à vingt-cinq centins et les accouchements à un dollar, voir même à la moitié de cette somme. Il est des sages-femmes qui n'oseraient pas exercer leur métier pour un prix aussi vil. Mais on n'est pas fier dans le canton susdit, et pourvu que le confrère voisin crève de dépit ou de faim, on se soucie bien peu de sa propre dignité ainsi que de l'honneur professionnel. Ne serait-il pas temps de songer à établir un tarif au *minimum*, ne serait-ce que pour faire disparaître pareille prostitution de notre art?

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—*Report for the year 1883-84, presented by the Board of Managers of the Observatory to the President and Fellows of Yale College.*

One hundred years of Publishing, 1785 - 1885. Philadelphia, Lea Brothers & Co., 1885.

—*Report of the Comittée appointed by the San Francisco Medical Benevolent Society, on Necrology, upon the death of their late confrère FREDERICK J. ZEILE. M.D.—San Francisco, 1885.*

NOUVELLES MÉDICALES.

Le prochain Congrès international d'hygiène se tiendra à Vienne, en 1886.

M. le Dr N. Fafard de Montréal, vient d'être nommé médecin inspecteur du service civil.

M. le Dr J. A. Brisson a été, en janvier dernier, élu maire de la municipalité de Laprairie.

—M. le Dr H. E. Desrosiers a été récemment élu membre correspondant de la Société Médico-Légale de New-York.

—Il nous fait plaisir d'apprendre la nomination de notre ami M. le Dr V. P. Lavallée, au Conseil Législatif en remplacement de l'Hon. M. Masson.

Pendant l'année 1883, les six grandes Facultés de médecine de France ont produit 662 docteurs, savoir: Lille, 20; Nancy, 21; Lyon, 43; Bordeaux, 44; Montpellier, 69, et Paris 465. Pendant la même année, l'Allemagne a conféré 692 diplômes de docteur, soit 30 de plus que la France.

On a fondé à Paris, le 21 novembre dernier, une *Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, la première association de ce genre en France. Le bureau a été ainsi constitué: Président, M. PAJOT; 1er vice-président, M. Alph. GUÉRIN; deuxième vice-président, M. GALLARD; secrétaire-général, M. CHARPENTIER; secrétaire annuel, M. AUVARD; trésorier, M. N....

Dans la livraison de décembre des *Archives of Medicine*, le Dr E. C. Séguin, éditeur de cet intéressant journal, annonce qu'il est forcé d'en discontinuer la publication. Nous voyons avec regret disparaître de la littérature médicale une revue qui, consacrée exclusivement à la publication de travaux originaux, occupait un rang si éminent dans le monde des journaux scientifiques.

—La *Therapeutic Gazette*, de Détroit, nous arrive toute toilettée à neuf cette année, et portant à sa première page les noms des professeurs H. C. Wood et R. M. Smith, de l'Université de Pensylvanie, comme rédacteurs. Ce journal sera à l'avenir consacré exclusivement à la thérapeutique générale et spéciale. La première livraison—qui est de 72 pages—est très bien faite, et contient un grand nombre d'articles ayant trait à l'action physiologique et thérapeutique des médicaments ainsi qu'au traitement des maladies. Nous souhaitons au confrère tout le succès qu'il mérite.

Nécrologie. — A New-York, Wm DARLING, A.M., M.D., L.L.D., F.R.C.S., professeur d'Anatomie à l'Université de New-York; M. le Dr E. S. Gaillard, éditeur du *Gaillard's Medical Journal* et l'un des vétérans du journalisme médical; à Manchester, Chs. CLAY, M.D., F.R.C.S.; à Lyon, M. le Dr RODET, ancien chirurgien en chef de l'Antiquaille, fondateur et président de la Société protectrice de l'enfance, de Lyon; à Breslau, Heinrich NEUMANN, professeur à l'Université de Breslau.

Société d'Hygiène de la Province de Québec.—Le 31 janvier, la Société d'Hygiène a procédé à la réélection de ses officiers pour l'année 1885. Le Bureau se trouve constitué comme suit: Président, Dr N. Fafard, (réélu); 1er Vice-Président, J. L. Archambault, Ecr.; 2me Vice-Président, Emile Vannier, (réélu); Secrétaires, Drs L. Laberge

et J. I. Desroches; Trésorier, J. Z. Resther, Ecr. (réélu); Régie: MM. C. A. Pfister, H. R. Gray, L. H. Archambault, et les Drs A. A. Foucher, L. J. V. Cléroux et J. M. Beauzoleil.

Hopital Notre-Dame.—TERME DE PAQUES.—M. le Dr Brosseau a repris le cours de ses conférences cliniques (chirurgicales) à cet hôpital et les continuera tous les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures a. m. M. le Dr Laramée donne la clinique médicale les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures a. m. M. le professeur Foucher donne une clinique ophtalmologique tous les jours à 10 heures a. m. Cette clinique est obligatoire le mardi, le jeudi et le samedi, et facultative le lundi, le mercredi et le vendredi.

Constitution médicale du carnaval.—Quelques jours avant l'ouverture de nos fêtes d'hiver, une dame du demi-monde, propriétaire d'une maison de tolérance, a loué à une collègue la susdite maison, au prix de mille dollars, pour la seule semaine du carnaval. Nos confrères de la ville et de la campagne peuvent s'attendre, d'ici à quelque temps, à une affluence inusitée de malades ayant reçu quelque mignon coup de pied de Vénus!

NAISSANCE.

- LAMARCHE.—A Montréal, le 10 Janvier, la dame du Dr. A. Lamarche, une fille
—LABRECQUE.—A la Malbaie, le 21 janvier, la dame du Dr Labrecque, un fils.

MARIAGE.

- BARIBEAULT-BARNAUD.—A Spencer, Mass. (E.-U.), le 18 janvier, M. le Dr W. A. Baribeault, de Turner's Falls, Mass., à Mlle Aline-Maria-Eugénie Barnaud, sœur de M. le Dr Barnaud, de Spencer.
—MOREAU-COUTURE.—A St-Thomas de Montmagny, le 21 janvier, Michel Moreau, Ecr., M.D., de Ste-Marguerite de Dorchester, à Mlle Aurélie Couture.

DÉCÈS.

- DESJARDINS.—A Montréal, le 21 janvier, Dame Eliza Desjardins, épouse du Dr J. A. Desjardins.
—D'AVIGNON.—A Longueuil, le 24 janvier, à l'âge de 70 ans. Dame Euphémie Cordelic Soupras, veuve de feu le Dr d'Avignon, ex-député du comté de Rouville.
—ESNOUF.—A St-Charles de Bellechasse, le 25 janvier, à l'âge de 36 ans, Cyrille Esnouf, Ecr, M. D.
—LAMARCHE.—A Montréal, le 25 Janvier, Renée-Marguerite, enfant du Dr. A. Lamarche.
—TURGEON.—A Montréal, le 7 Février, à l'âge de 48 ans, Ls. G. Turgeon, Ecr., M.D.