

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — Les poisons et leurs antidotes ; premiers soins à donner aux empoisonnés ; Leçon professée au " Collège de Pharmacie de Montréal," par H. F. DESROSIERS, M. D., professeur de Matière Médicale et de Toxicologie.....	169
REVUE DE PÉDIATRIE. — A travers mes livres ; par Séverin LACHAPPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....	174
De la cure radicale de la hernie ; par le docteur M. MITIVIER, de Holyoke, Mass.....	176
Hopitaux, Cours et Dispensaires .....	178
SOCIÉTÉS SAVANTES. — SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL — Séances du 1er et du 15 mars 1889.....	181
ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME. — Séance du 21 mars 1889.....	183
REVUE DES JOURNAUX. — MÉDECINE. — <i>Traitement de la fièvre typhoïde</i> (Jaccoud).....	186
<i>Passage des bactéries dans l'urine</i> (Berlioz).....	188
<i>De la fièvre typhoïde et de ses formes abortives ; difficultés du diagnostic au début</i> (Jaccoud) .....	189
<i>Pleurésie et kyste de l'ovaire</i> (Buffet) .....	192
<i>De la bronchite</i> (Potain).....	192

( Voir la suite, page 5.)

## Le Dr. A. T. BROUSSEAU,

Professeur de Chirurgie et de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval,  
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,

A TRANSPORTÉ SES BUREAUX

**AU No. 78, RUE ST-DENIS,**

(Entre les rues Dorchester et Ste-Catherine.)

Le Dr Brousseau rappelle à ses confrères qu'il n'exerce que la chirurgie et se met à leur disposition comme CHIRURGIEN CONSULTANT.

La consultation entre praticiens peut se pratiquer de trois manières principales :

1° Par lettre, le médecin de famille énumérant les causes, les symptômes de la maladie, le traitement déjà commencé et celui que l'on se propose de suivre.

2° Le patient venant lui-même se faire examiner, muni d'une lettre d'introduction de son médecin.

Dans ces deux cas, le chirurgien consultant donne une réponse détaillée et *par écrit* à son confrère.

3° Dans les cas graves, les accidents le médecin appelé en toute hâte peut demander un chirurgien consultant pour l'aider à surmonter les difficultés et partager la responsabilité.

Dans ses nouveaux bureaux le Dr. A. T. Brousseau aura les assistants, les appareils, table spéciale et tous les instruments requis pour pratiquer chez lui les opérations usuelles de la chirurgie.

### HEURES DE CONSULTATION :

Le Matin, de 8 à 10 hrs. | Le Midi, de 1 à 3 hrs. | Le Soir, de 5 à 8 hrs.

TELEPHONE 1488.

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

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

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

**MONTREAL.**

---

**DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES**

PARFAITEMENT PURS.

---

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

---

**PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.**

---

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

---

**BANDAGES HERNIAIRES** (Assortiment complet.)

---

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

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

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

**MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

CHIRURGIE.— <i>Maladie kystique de la mamelle (Reclus)</i> .....	194
<i>Un nouveau procédé opératoire pour le traitement des hernies étranglées (Fenkelstein)</i> .....	195
<i>De l'ostéomyélite juxta-épiphyssaire de l'extrémité inférieure du fémur (Kirmisson)</i> .....	196
<i>La tumeur blanche du pied, ostéo-arthrite tuberculeuse (Tillaux)</i> .....	200
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>De la délivrance artificielle (Budín)</i> .....	201
<i>Quand faut-il appliquer le forceps (Lepage)</i> .....	204
<i>De la mort subite puerpérale (Auvard)</i> .....	207
<i>Hémorrhoides puerpérales (Budín)</i> .....	209
PÉDIATRIE.— <i>Traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants (Descroizilles)</i> .....	210
<i>De la néphrite consécutive à la varicelle (Unger)</i> .....	215
FORMULAIRE.— <i>Epilepsie.—Dentition douloureuse.—Hémorrhoides.—Injection Brou.—Prurit de l'anus et de la vulve</i> .....	216
BULLETIN.— <i>L'albuminurie intermittente et physiologique</i> .....	217
<i>Encore le traitement du tabes</i> .....	219
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	220
CHRONIQUE ET NOUVELLES. . . . .	220
VARIÉTÉS .....	223

# DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

## 2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

### MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité,  
 Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux,  
 Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.  
 Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Limousin; Pains Azymes.

*Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.*

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

## PHARMACIE G. DEMERS

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

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET  
— DE —

## REMEDES FRANCAIS

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

**LAVIOLETTE & NELSON,**  
PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT  
7-87-7 MONTREAL.

---

### Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE

#### Assemblée Semi-Annuelle

L'ASSEMBLÉE SEMI-ANNUELLE du Bureau des Gouverneurs (Bureau Provincial de Médecine) du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, aura lieu **Mercredi, le 8 Mai prochain, à 10 hrs. A.M., à l'Université Laval, Montréal.**

Les candidats à l'examen ou à la Licence devront faire parvenir au moins dix jours avant la date de l'assemblée, à l'un ou l'autre des Secrétaires soussignés, leurs certificats et attestations (y compris le certificat d'admission à l'étude) ainsi que la somme de \$20 pour droits du Collège. Les candidats à la Licence devront être présents et produire leur diplôme sur demande.

Montréal 9 Avril 1889.

A. G. BELLEAU, M.D., QUÉBEC.  
F. WAYLAND CAMPBELL, M.D., MONTRÉAL.

---

### COLLEGE DES MEDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUEBEC

BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE

#### EXAMEN PRELIMINAIRE pour L'ADMISSION à L'ÉTUDE de la MÉDECINE

L'EXAMEN pour l'admission à l'étude de la Médecine aura lieu

**JEUDI, le 2 MAI prochain, à 10 hrs. A.M., dans la Cité de Montréal, à l'Université Laval.**

Les certificats de moralité et une somme de dix piastres (\$10) devront être remis, au moins dix jours d'avance, à l'un ou à l'autre des Secrétaires soussignés.

Montréal, 9 Avril 1889.

A. G. BELLEAU, M.D., QUÉBEC,  
F. WAYLAND CAMPBELL, M.D., MONTRÉAL.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Les poisons et leurs antidotes ; premiers soins à donner aux empoisonnés ;

Leçon professée au " Collège de Pharmacie de Montréal,"

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

professeur de Matière Médicale et de Toxicologie.

---

Pour ne pas déroger à l'usage établi, nous allons consacrer la dernière leçon de ce cours à l'étude des poisons et à l'examen des moyens que nous avons à notre disposition pour en combattre les effets.

Ce n'est pas seulement au médecin qu'est utile ou nécessaire la connaissance des poisons et de leurs antidotes. Le pharmacien doit, aussi lui, être au courant de ce qu'il faut faire dans un cas d'empoisonnement, car c'est souvent à lui que l'on s'adresse pour les premiers soins, surtout si le poison, cause de l'accident, a été acheté à son officine. Or, de l'opportunité des premiers soins dépend très souvent le succès de tout le traitement.

Étant donné un cas d'empoisonnement aigu (nous ne parlerons pas ici, bien entendu, de l'intoxication chronique) le traitement se réduit à deux points principaux : 1<sup>o</sup> Faire rejeter le poison ; 2<sup>o</sup> Administrer les antidotes.

Le rejet du poison s'obtient, soit par des moyens purement mécaniques : titillation de la luette et de l'arrière-gorge par l'introduction du doigt ou d'une plume, d'un pinceau, etc., usage de la pompe gastrique, du tube de Faucher, etc., soit par l'administration des vomitifs : sulfates de zinc et de cuivre, tartre stibié, ipécacuanha, moutarde, apomorphine, et de liquides plus ou moins nauséux : eau tiède, lait chaud, huiles d'olive, de lin, de foie de morue, etc. Les moyens les plus prompts en même temps que les plus faciles d'application sont toujours les meilleurs. La titillation de la luette est à la portée de tous et on doit y songer même avant que de donner les vomitifs. Quant à ceux-ci, on donne la préférence aux sulfates de zinc et de cuivre, qui agissent plus promptement que les autres, (20 grains de sulfate de zinc, ou 8 à 10 grains de sulfate de cuivre, en solution dans l'eau, donnés toutes les 15, 20 ou 30 minutes jusqu'à effet satisfaisant.)

Le rejet du poison par le vomissement doit être la règle dans le cas de tous les poisons non narcotiques. Douze ou quinze bons vomissements, pleins et entiers, suffisent ordinairement. Il va sans dire que si le malade a vomi abondamment déjà, il peut devenir inutile de faire vomir davantage. Il est également inutile, et parfois dangereux, de faire vomir quand, dans le cas d'un poison narcotique, comme l'opium, le chloral, etc., le malade est tombé dans le coma. Alors, le rejet du poison s'obtient au moyen de la pompe gastrique, grâce à laquelle on peut soutirer de l'estomac tous les liquides et poisons liquides ou dissous qui y sont contenus. La raison pour laquelle on ne doit pas tenter de donner un vomitif quand le malade est dans le sommeil comateux, c'est que les liquides administrés alors courent risque de s'introduire dans les voies respiratoires et de produire la suffocation. Celle-ci peut encore avoir lieu durant les efforts de vomissements, les matières vomies refluant dans le larynx. Enfin, dans l'état comateux, l'estomac est plus ou moins stupéfié, surtout dans le cas de l'opium, et ne réagit pas sous l'action d'un vomitif. L'emploi de la pompe gastrique doit donc être la règle pour les cas d'empoisonnement par les substances narcotiques, quand le malade est inconscient, et même, je dirais, dans tous les cas d'empoisonnement, chaque fois que les vomitifs n'ont pas chance d'agir, que le malade ait ou non sa connaissance parfaite.

L'administration des antidotes, et parfois aussi la dilution du poison, marchent de pair avec son rejet.

Les antidotes sont de deux ordres. Les uns, dits *chimiques*, neutralisent chimiquement le poison *dans l'estomac*, c'est-à-dire avant sa pénétration dans le sang. Les autres, appelés *dynamiques*, agissent après que le poison a été absorbé dans le sang, et produisent sur l'économie des effets opposés à ceux du poison. Comme exemple des premiers, je citerai les acides dilués qui sont antidotes chimiques des alcalis concentrés, l'albumine qui est l'antidote chimique du sublimé corrosif. Comme exemple des seconds, nous avons le chloroforme qui est l'antidote dynamique de la strychnine, etc.

La neutralisation du poison par les antidotes chimiques est presque aussi importante que le rejet, chaque fois qu'elle est possible. Elle doit se faire aussitôt que possible après l'ingestion de la substance toxique et être suivie, à bref délai, du rejet du nouveau composé résultant de la combinaison du poison avec l'antidote, puis, nouvelle dose d'antidote, puis encore nouveau rejet, et ainsi de suite tant qu'on n'a pas la conviction que le poison a été presque totalement neutralisé. Pour certains poisons, tels que les acides et les alcalis concentrés, le sublimé, l'efficacité des antidotes chimiques est indubitable. Pour d'autres, tels que les sels d'arsenic, les alcaloïdes, elle est pour le moins douteuse et dans tous les cas, assez incertaine, car il ne faut pas croire que les choses se passent

toujours dans l'estomac comme dans un alambic ou dans une cornue.

Il est des poisons pour lesquels la simple dilution au moyen de l'eau ou autre liquide est aussi importante que la neutralisation chimique: c'est le cas pour les acides et les alcalis concentrés que l'on dilue très facilement au moyen de l'eau pure avant d'en opérer le rejet par les vomissements. Cette dilution peut se faire conjointement avec l'administration des antidotes.

L'administration des antidotes dynamiques est toujours consécutive au rejet du poison. Leur mode d'action n'est pas toujours susceptible d'une explication plausible, et leurs effets ne sont pas toujours aussi merveilleux qu'on le croirait. En effet, si l'antagonisme existe pour les doses physiologiques, il n'existe pas toujours pour les doses toxiques, et c'est tant pis.

Nous allons maintenant passer en revue les poisons les plus usuels et indiquer brièvement le traitement à leur opposer, en nous aidant toujours des considérations qui précèdent:

*Acides concentrés*:—Diluer le poison au moyen de l'eau pure ou mieux d'une eau alcaline, et le neutraliser chimiquement au moyen d'un alcali dilué: chaux, mortier, (au besoin, *dégrader* le mur), bicarbonates de potasse et de soude, ammoniacque, magnésie, craie, puis faire rejeter le tout. Subséquemment, boissons mucilagineuses, émoullientes, huiles fixes, etc, pour combattre l'irritation de l'estomac. S'il survient des symptômes de dépression, coma, etc, comme dans le cas de l'acide phénique, de l'acide oxalique, etc, stimuler avec l'alcool, l'éther, la caféine, etc.

*Alcalis concentrés*:—Diluer le poison au moyen de l'eau pure ou mieux d'une eau acidulée, et le neutraliser chimiquement au moyen d'un acide dilué: vinaigre (on l'a toujours sous la main), acide sulfurique, jus de citron, etc, puis faire rejeter le tout. Subséquemment, boissons mucilagineuses, émoullientes, huiles fixes, etc., pour combattre l'inflammation de l'estomac. Si le collapse survient, stimuler, comme pour les acides.

*Arsenicaux*, surtout l'acide arsénieux et le vert de Paris:—Rejet par titillation de la luette et émétiques (sulfates de zinc et de cuivre). Comme antidotes chimiques: magnésie hydratée ou calcinée, fer dialysé additionné d'ammoniacque, puis faire rejeter le tout. Boissons mucilagineuses, morphine pour calmer la douleur, puis, s'il le faut, stimuler.

*Antimoniaux*, surtout le tartre émétique:—Pas de vomitif, le poison étant à lui-même son propre émétique. Faciliter les vomissements au moyen de l'eau tiède. Comme antidotes chimiques: taunin, acide gallique ou toute substance qui en renferme, acides végétaux. Puis, stimuler, car l'antimoine est un déprimant énergique.



*Sublimé corrosif* :—Rejet du poison par vomitifs. Comme antidote chimique : albumine (blanc d'œuf), lait. Puis, traiter les symptômes locaux et stimuler.

*Nitrate d'argent* :—Émétiques. Comme antidote : chlorure de sodium.

*Chlore et solutions concentrées d'hypochlorites* :—Émétiques. Comme antidotes : albumine, lait, amidon.

*Sulfates de zinc et de cuivre* :—Pas d'émétiques, les poisons étant à eux-mêmes leur propre remède. Comme antidotes : albumine, bicarbonate de soude.

*Iode* :—Émétiques. Comme antidotes : amidon et substances qui en renferment.

*Acétate de plomb* :—Émétiques. Comme antidotes : acide sulfurique, dilué et sulfates solubles, albumine. Le reste du traitement comme pour arsenic.

*Phosphore* :—Émétiques. Comme antidotes : essence de térébenthine (acide). L'eau doit être préférée aux huiles pour faciliter le rejet du poison car elle ne dissout pas celui-ci. Boissons émollientes. On a recommandé les purgatifs.

*Opium et morphine* :—Rejet par émétiques si on est appelé assez tôt, ou mieux par pompe gastrique surtout s'il y a coma. Comme antidote chimique : tannin (action incertaine et peu sûre). Puis, stimuler en donnant les antidotes dynamiques : caféine (en injection hypodermique), infusions concentrées de thé et café (en injection rectale), alcool, ammoniaque (injection rectale). Ether, strychnine, atropine (sous la peau). Frictions stimulantes; rubefaction, (sina-pismes); réveiller la sensibilité (fer rouge, flagellation); faire marcher le malade si possible; en dernier ressort : respiration artificielle, application du courant électrique.

*Chloral* :—Mêmes moyens que pour opium, sauf tannin. On a conseillé, de plus, la picrotoxine dont 1/20 gr. représenterait la dose nécessaire à la neutralisation des effets produits par 30 grains de chloral; strychnine.

*Belladone, Jusquiame, Datura, et leurs alcaloïdes* :—Émétiques ou pompe gastrique. Comme antidote chimique : tannin. Comme antidotes dynamiques : opium à petites doses (?) chloral (?) pilocarpine, fève de Calabar; purgatifs (?).

*Digitale, Aconit, Conium, Lobélie, Tabac* :—Émétiques, puis stimulants internes et externes. Pour le tabac : strychnine; pour l'aconit et le conium : respiration artificielle; pour la digitale : position couchée.

*Chanvre indien* :—Émétiques ou pompe gastrique. Comme antidotes chimiques : acides végétaux (citrique et acétique). Puis stimuler avec alcool. Laisser dormir le malade. Vésicatoire à la nuque.

*Acide prussique et cyanures* :—Le traitement est d'ordinaire peu efficace, et, au reste, on n'a guère le temps de l'instituer. Si on est appelé assez tôt, on peut administrer, comme antidote chimique, l'oxyde de fer fraîchement précipité avec un carbonate alcalin. Sinon, affusions froides à la face, électricité, respiration artificielle.

*Cocaïne* :—Émétique et pompe gastrique. Stimuler le système nerveux et congestionner le cerveau : alcool, opium, caféine, nitrite d'amyle, position horizontale.

*Colchique* :—Émétique, puis stimuler : alcool, café, ammoniaque, morphine (en injection hypodermique)  $\frac{1}{4}$  à  $\frac{1}{2}$  gr.

*Cantharides* :—Émétique et pompe gastrique, faire boire de l'eau de préférence aux huiles, puis rejet. Boissons émollientes. Opium, camphre, purgatifs, fomentations chaudes, bains de siège.

*Huile de croton et autres drastiques violents* :—Émétiques ; boissons émollientes, opium, bains chauds.

*Noix vomique et strychnine* :—Rejet par émétiques de préférence à la pompe gastrique : puis calmer les convulsions tétaniques par chloroforme, éther (inhalés), chloral, bromures, morphine, tabac, aconit, conium, etc.

*Chloroforme, éther, etc* :—L'empoisonnement est ordinairement consécutif aux inhalations. S'il y a asphyxie, cesser toute inhalation, air pur et frais, respiration artificielle. S'il y a syncope : cesser les inhalations ; air pur ; inversion du malade, la tête en bas, stimuler au moyen de l'éther, caféine, alcool, ammoniaque, (en injection hypodermique), digitaline, atropine (en injection hypodermique), inhalations de nitrite d'amyle, électricité.

---

Contre les vomissements de la grossesse, le docteur POPP [*Pester. med. Presse*, 1888] a obtenu de bons succès de l'emploi de l'ingluvine. Dans un cas presque désespéré il prescrivit 8 grains d'ingluvine, à prendre une demi heure avant chaque repas, et à faire suivre, immédiatement après, de deux cuillerées à soupe d'une solution [1 p. 100] d'acide muriatique. La guérison était obtenue au bout de trois semaines.

## REVUE DE PÆDIATRIE

## A travers mes livres;

par SEVERIN LACHAPPELLE, M. D.,

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

**Purgatifs.**—Les laxatifs et les cathartiques sont les seuls purgatifs de la thérapeutique infantile.

**Laxatifs.**—Je ne mentionne que les principaux :

*Huile d'amandes douces et huile d'olive.*—C'est le purgatif des nouveau-nés. Dose : une demi-cuillerée à café, seule ou mêlée à quantité égale d'huile de ricin.

*Manne et mannite.*—La première se donne à la dose de 10 à 30 grammes, la deuxième de 5 à 15 centigrammes. Soluble dans l'eau et le lait, agréable au goût, la manne est le purgatif familier de la seconde enfance.

*Sirop de chicorée.*—Dose, pour un enfant d'un an : une demi-cuillerée à thé.

**Cathartiques.**—*Magnésie calcinée*—Aux enfants de deux ans, la dose sera une cuillerée à café, délayée dans de l'eau très sucrée.

*Citrate de magnésie.*—60 grammes dans un demi-verre de limonade constituent la dose pour un enfant de quatre à cinq ans.

*Crème de tartre ou Bitartrate de potasse.*—Deux grammes dans un verre d'eau. On peut l'associer à d'autres substances purgatives. La formule suivante convient particulièrement aux enfants affectés d'épanchements pleuraux ou d'œdèmes ne se rattachant pas à une affection rénale :

Bitartrato de potasse.....	2 grammes.
Oxymel scillitique.....	3 “
Sirop de chicorée.....	3 “

*Calomel.*—Purgatif. Dose : enfant à la mamelle..... 0.05  
 Altérant. Dose : “ “ 0.01

Contre la constipation des petits syphilitiques, 0.01 à 0.02 par jour.

N'oubliez jamais que le sel marin et les acides doivent être proscrits pendant la prise du calomel.

*Rhubarbe.*—C'est un purgatif et un stimulant de l'appétit; son usage est précieux dans bien des cas de dyspepsie accompa-

gnée de constipation, d'embarras gastrique, etc. Dose: 0.05 avant le repas. Le vin de rhubarbe est préférable, associé avec du vin de quinquina ou le sirop d'écorces d'oranges amères.

Chez les enfants souffrant d'atonie des voies digestives, on pourra administrer le bitter suivant, à la dose de 10 gouttes dans un peu d'eau froide :

Teinture de cascarille.....	10 grammes.
“ de rhubarbe.....	10 “
“ de cannelle.....	10 “
“ de colombo.....	10 “
“ de gentiane .....	10 “
“ de noix vomique.....	10 “

Nul doute que les purgatifs, comme les vomitifs, doivent être administrés avec prudence; “ la coutume banale de faire vomir et de purger les enfants à propos de tout, sans utilité et sans indication, est souvent la cause de désordres gastro-intestinaux dont on a ensuite bien de la peine à triompher.” (Blache.) Cette réflexion de Blache, qu'il nous donne comme un avertissement salutaire, doit nécessairement guider le praticien; la connaissance des écueils et des récifs de la mer ne doit pas tenir le matelot cloué au rivage, mais bien assurer sa marche, il en est ainsi pour le médecin de l'enfant, l'abstention est certes souvent fatale, et l'intervention mesurée est le salut.

Ainsi, dans les affections cérébrales, les purgatifs sont des dérivatifs puissants dont l'action doit être continuée pendant assez longtemps quelquefois.

Dans les éruptions cutanées, au contraire, les purgatifs seront administrés avec beaucoup de ménagement, leur emploi inconsidéré pouvant alors déterminer des colites souvent graves.

**Lavements.**—Le purgatif, comme tous les autres médicaments d'ailleurs, peut être donné en lavement. Voici quelques règles à suivre au sujet de ce mode d'administration des médicaments dans la thérapeutique infantile :

“ Le praticien ne doit pas oublier la facilité avec laquelle se fait l'absorption dans le gros intestin; aussi faut-il toujours mesurer soigneusement les doses et les donner, d'une manière générale, égales à celles qu'on administre par la voie gastrique. Cette règle ne concerne, bien entendu, que les médicaments à prendre en une seule fois. Il est évident que le lavement ne devra jamais renfermer la dose totale que contiendrait une potion à prendre par cuillerées plus ou moins espacées. Autre chose est, par exemple, d'ingérer dix gouttes de laudanum en une seule fois, par le rectum, ou de les introduire dans l'estomac par potions modiques et espacées.

“ Les lavements se donnent tièdes; la quantité d'excipient est variable suivant l'âge. Si le lavement a pour but de provoquer

des évacuations alvines, il faut employer pour les très jeunes enfants environ 60 à 90 grammes de liquide; pour les enfants de deux à cinq ans 120 à 180 grammes; pour ceux de cinq à huit ans, 240 grammes. Si l'on désire que les lavements soient conservés et absorbés, la dose de l'excipient doit être, pour les petits enfants, de 60 grammes seulement, et de 120 grammes pour les plus âgés, suivant le but que l'on se propose.

" Il est souvent nécessaire de faire précéder le lavement qui doit être absorbé par un lavement émollient de volume ordinaire destiné à évacuer les matières contenues dans l'intestin, à nettoyer la surface d'absorption, à émousser l'excitabilité de la muqueuse et à mettre le rectum en mesure de garder le liquide médicamenteux." (Barthez).

---

### De la cure radicale de la hernie ;

par le docteur M. MITIVIER,

de Holyoke, Mass.

---

Je n'ai pas l'intention de faire une longue dissertation sur les hernies. Je viens seulement vous décrire aussi succinctement que possible l'opération préconisée par Heaton, de Boston, il y a déjà plus de quarante ans.

Ce qu'il y a de plus surprenant c'est que cette opération ne soit pas mieux connue. J'ai souvent lu des essais sur le sujet des hernies, qui ont paru dans les colonnes intéressantes de L'UNION MÉDICALE, à diverses époques, et j'ai remarqué qu'on n'y a jamais fait allusion. Pourtant elle était pratiquée sur une grande échelle par l'auteur dès 1846, et son mode opératoire était déjà connu du public. Heaton est même passé en Europe de 1858 à 1860 et en a fait l'expérience dans plusieurs hôpitaux.

Après lui, les docteurs Warren, Davenport, Hufeland et autres, ont opéré avec succès des centaines de fois. Pourquoi n'est-elle pas mieux connue et mieux appréciée? Je ne le sais pas. Je ne peux pas comprendre pourquoi on en fait si peu de cas. Pourtant, de toutes les méthodes qui devraient se généraliser, c'est certainement celle-là qui est la plus facile, la moins douloureuse et la moins dangereuse.

La preuve qu'elle est sans danger, c'est qu'elle a été pratiquée plus de mille fois, sans cependant présenter un seul symptôme grave.

Maintenant, quant à son efficacité, les statistiques parlent par elles-mêmes. Heaton a fait l'opération plus de sept cents fois et dit n'avoir eu qu'une quinzaine de cas qui n'ont pas été soulagés.

Warren, Davenport, Hufeland et autres disent que l'opération a failli à peu près huit fois sur cent. On ne peut certainement pas espérer un meilleur résultat, quand on considère, surtout, que certaines hernies sont beaucoup plus rebelles les unes que les autres, telles que les hernies fémorales, ombilicales, celles qui ont acquis un volume énorme, etc., dont le canal contient peu de tissus tendineux.

Car il ne faut pas perdre de vue que c'est de la présence, en plus ou moins grande quantité, de ces tissus, que dépend la clef du succès. Premièrement, parce qu'ils contiennent peu de sang et beaucoup de lymphe plastique; deuxièmement, parce que la lymphe a une tendance à s'assimiler aux tissus d'où elle provient. Ainsi, plus le canal en contient, plus l'exsudation est abondante et par conséquent plus on a de chance de réussite. C'est en irritant ces tissus que l'on produit une exsudation du fluide plastique qui se dépose sur les parois du canal et s'organise, et qui a pour effet de donner plus de force aux tendons et aux aponévroses. Le volume du canal se trouvant ainsi diminué, et les parois étant plus fortes, offre naturellement plus de résistance à la pression intestinale et par conséquent à la sortie des intestins.

Mais pour obtenir ce résultat il faut que l'irritation s'arrête au seuil de l'inflammation; car en allumant celle-ci, on s'expose à provoquer l'absorption du dépôt plastique, quelquefois la suppuration et souvent la désorganisation des tissus. Ainsi l'opération consiste seulement à injecter dans le canal herniaire un fluide irritant afin d'exciter une exsudation de lymphe qui puisse rester en place et s'organiser.

Après huit ans d'expériences, Heaton a choisi en dernier lieu l'extrait aqueux du *Quercus alba*, auquel il ajoute un grain de morphine par once, comme étant le remède qui a donné les meilleurs résultats. Quelques-uns, depuis, ont vanté l'alcool. Mais peu importe quelle est la substance, pourvu qu'on ne provoque pas d'inflammation.

L'injection se fait avec une seringue adaptée à cette fin. Celle de Davenport est la plus en usage. Elle ne diffère de la seringue hypodermique ordinaire que par l'aiguille qui est terminée par une petite lame coupante, et par son conduit qui se termine par une ouverture de chaque côté de la lame.

Maintenant, voici comment l'on procède à l'opération. Il faut d'abord préparer le malade en lui donnant, la veille, un purgatif; et il faut que la hernie soit réductible. Le patient étant couché sur le dos, les genoux fléchis sur l'abdomen, on réduit la hernie. L'index de la main droite est introduit dans le canal inguinal, suit le cordon spermatique jusqu'à l'ouverture abdominale externe. En même temps l'index de la main gauche est poussé du dehors, dans cette ouverture et quand les deux index se sont rencontrés on retire la main droite pour saisir la seringue qui est chargée de l'extrait

fluide du quercus alba, et on enfonce la pointe de l'instrument à travers les téguments, jusque dans le canal. Là, on dirige l'aiguille à droite et à gauche, en faisant l'injection, afin de saturer toutes les parties à la portée de l'aiguille. L'injection terminée, on place une compresse dans l'aîne que l'on maintient avec un bandage fort, de six ou sept pouces de largeur. On doit ordonner le repos absolu pendant plusieurs jours.

Si la douleur menaçait une trop forte réaction, on ferait des applications d'eau froide, et on donnerait un opiacé.

Le bandage doit être maintenu pendant deux ou trois semaines et être remplacé par un bandage herniaire qui devra être porté pendant quatre ou cinq mois.

Voilà le sommaire de cette opération qui pourrait rendre de si grands services à l'humanité, si on ne la laissait pas tomber en désuétude.

## HOPITAUX, COURS ET DISPENSAIRES.

Notes recueillies par M. D. L.

Dans les affections mitrales, le pouls est toujours régulier tant que dure la compensation. (Prof. LARAMÉE.)

Ordinairement, les *laryngites* surviennent de préférence chez les sujets prédisposés à la tuberculose. (Prof. LARAMÉE.)

Dans les *métrorrhagies* dues à des fongosités utérines de nature bénigne, il y a peu ou pas du tout de douleurs. (Prof. BRENNAN.)

Un très grand nombre des femmes atteintes de *péritonite puerpérale* sont sous la dépendance de la diathèse tuberculeuse. (Prof. LARAMÉE.)

Dans la *vulvite vermineuse* : lavages à la lotion noire, toutes les 4 ou 5 heures, suppositoires à l'iodoforme. Toniques généraux. (Prof. BRENNAN.)

Dans les cas de *ménorrhagie* ou de *métrorrhagie* ayant résisté aux moyens ordinaires, on obtient parfois des résultats inespérés, par l'emploi de la teinture de noix vomique, à dose d'une goutte toutes les  $\frac{1}{2}$  heures. (Prof. DESKOSIERS.)

Les *métrorrhagies* sont fréquentes dans la blennorrhagie du col utérin. Traitement: curage minutieux; dilatation rapide mais modérée du col; application de collodion iodoformé. (Prof. BRENNAN.)

---

Le nombre des *affections de l'oreille moyenne*, serait réduit dans une proportion considérable si la muqueuse nasale et pharyngienne n'était pas si souvent le siège d'inflammation. (Prof. FOUCHER.)

---

Très souvent les enfants que l'on voit contracter la *diphthérie* sont des sujets tuberculeux. La plupart de ces tuberculo-diphthériques sont de *beaux* enfants, faisant la coquette de leur mère. (Prof. LARAMÉE.)

---

On ne doit jamais administrer conjointement avec de l'eau pure les teintures alcooliques des gommés-résines: tolu, gaiac, benjoin, chanvre indien. La seule forme liquide qui convienne à ces teintures est l'émulsion. (Prof. DESROSIERS.)

---

La *conjonctivite catarrhale* des enfants reconnaît très souvent pour cause le séjour prolongé dans des habitations humides. Le premier soin doit consister à mettre le patient dans de meilleures conditions hygiéniques. (Prof. FOUCHER.)

---

Dans un cas d'*accident chloroformique*, la méthode de Nélaton (inversion du malade) doit être mise en œuvre avant tout autre moyen s'il y a syncope respiratoire ou circulatoire. Dans le cas d'asphyxie, pratiquer immédiatement la respiration artificielle. (Prof. DESROSIERS.)

---

Un certain nombre d'*affections conjonctivales et cornéennes* sont dues à l'irritation réflexe causée par des dents cariées. Ce qui prouve l'exactitude de cet aphorisme, c'est la rapidité avec laquelle s'opère la guérison, du moment que la cause est enlevée. (Prof. FOUCHER.)

---

M. le professeur LARAMÉE fait observer que les *convulsions* sont plus fréquentes au début de la scarlatine qu'au début de toute autre fièvre éruptive. D'ordinaire, les convulsions sont en rapport direct avec l'élévation de la température; chez l'enfant, elles remplacent le délire que l'on remarque plus souvent chez l'adulte.



*L'antipyrine* donne de bons résultats dans le traitement des douleurs post-*puerpérales* (*after-pains*). Elle n'expose pas, dit-on, aux hémorrhagies, et peut s'administrer peu de temps après la délivrance. La dose est de 15 à 20 grains, à répéter au bout de une heure et demie s'il est besoin. (Prof. DESROSIERS.)

Dans un cas d'*eczéma de la vulve* avec *intertrigo*, M. le professeur BRENNAN recommande la formule suivante :

Biborate de soude, 1 à 2 drachmes.

Huile essentielle de menthe poivrée, 5 à 10 minimes.

Eau, 8 onces.—M. En lotions.

Faire suivre de l'application d'onguent de cade composé.

M. le professeur BROUSSEAU signale l'utilité de l'hydroscopie pour déterminer la translucidité du liquide de l'*hydrocèle*. Il dit que, dans la classe ouvrière, il vaut peut être mieux, la plupart du temps, faire une ponction tous les mois, opération inoffensive, du reste, que d'exposer les malades à perdre plusieurs jours de travail à la suite d'une injection pour cure radicale.

L'emploi de la *sonde utérine* exige la plus grande circonspection, une manipulation fort délicate, et des précautions antiseptiques rigoureuses avant et après son introduction. N'en faire usage que dans les cas d'absolue nécessité; se fier de préférence au toucher vaginal, délicatement pratiqué, surtout s'il est aidé de la palpation bi-manuelle. (Prof. BRENNAN.)

D'une manière générale, le *speculum* ne donne que des renseignements bien limités, et, dans un service hospitalier, pourrait bien être cause de contamination. Le spéculum bivalve est préférable pour les examens et applications ordinaires; celui de Ferguson pour les applications de liquides et de poudres; celui de Sims pour les opérations et les pansements méthodiques. (Prof. BRENNAN.)

M. le professeur LARAMÉE insiste sur l'utilité de faire l'*analyse de l'urine* dans tous les cas d'affections chroniques. On est quelquefois surpris du résultat de cette petite expérience, attendu que la plupart des sujets souffrant de diabète ou de mal de Bright n'accusent pas, lors de leur première entrevue avec le médecin, les symptômes classiques de ces maladies. Celles-ci passeraient souvent inaperçues si l'analyse des urines n'était faite.

Dans un cas de *congestion utérine* consécutive à des excès vénériens, M. le professeur BRENNAN institue le traitement suivant: Quinine, 4 grains toutes les 3 ou 4 heures; suppositoires de mor-

phine ( $\frac{1}{2}$  à 1 gr.), toutes les 4 ou 5 heures; fomentations chaudes sur l'abdomen; badigeonnages à l'iode morphiné sur les lombes; repos absolu au lit. Aucune injection ni application vaginale. Purgatif salin, au besoin.

Dans le traitement des maladies organiques du cœur, aucun des nouveaux médicaments cardiaques: adonidino, spartéine, strophanthus, n'a encore détroné la *digitale*, ni ne saurait la remplacer dans tous les cas. N'était le danger d'accumulation et d'intoxication consécutive qu'elle comporte toujours, la digitale resterait sans rivale comme tonique du cœur. On doit toujours proscrire l'infusion de préférence à la teinture. Quand le rein est malade, la caféine remplace la digitale très avantageusement. (Prof. DESROSNIERS.)

A propos des *fractures de jambe*, M. le professeur BROUSSEAU fait les remarques suivantes: Dans les fractures indirectes, la lésion siège généralement à la partie inférieure du membre. Le déplacement se fait toujours dans le sens opposé aux muscles les plus forts. Souvent, pour constater l'existence de la fracture et percevoir la crépitation, il est nécessaire d'obtenir le relâchement musculaire par la position du membre ou l'anesthésie. L'existence d'une douleur localisée en un point ne manque pas d'importance. On ne doit appliquer d'appareils inamovibles que lorsque le gonflement a disparu. L'appareil de Saltet est celui qui s'emploie de préférence à l'hôpital; c'est également celui qui se prête le mieux à toutes les indications. Dans tous les cas, il faut surveiller attentivement l'appareil, afin d'éviter les accidents dus à la compression, etc.

## SOCIÉTÉS SAVANTES

### SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.

Séance du 1er mars 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

#### Obstruction osseuse de la cavité nasale.

Le docteur ROLLAND relate un cas d'obstruction osseuse congénitale de l'arrière cavité nasale gauche. La muqueuse des cornets de ce côté était atrophiée, les piliers du voile du palais congestionnés, la paroi postérieure du pharynx buccal granuleuse. Le malade, rhumatisant, a dans sa famille des antécédents de phthisie.

L'obstacle fut brisé à l'aide de la gouge et du maillet, aidés plus tard de l'action de fraises mues par un moteur électrique.

Six mois après, l'obstruction ne s'est pas renouvelée, et l'état de la muqueuse naso-pharyngienne s'est amélioré.

Le docteur FOUCHER fait quelques remarques relativement aux dangers pouvant résulter de l'emploi de la tréphine mue par un moteur électrique, surtout sur les parties postérieures des fosses nasales. L'accident qui peut se produire dans ces cas résulterait de la brusque perforation de l'obstacle osseux et de l'action de la tréphine sur la paroi postérieure du pharynx nasal.

Séance du 15 mars 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

### Bronchite et syphilis.

Le docteur BRENNAN rapporte un cas de bronchite survenue chez un malade ayant présenté, pendant le cours du traitement, des symptômes marqués d'une syphilis récente. Il se demande si des symptômes aussi accusés de vérole ont pu exister sans que la syphilis fût en cause. Le malade nie tout accident primaire. Cependant, dans le cours de deux mois, le patient a souffert de roséole, de rhumatisme articulaire, d'alopécie, de divers accidents cutanés à teinte cuivrée, et finalement, d'iritis plastique double. Le traitement anti-syphilitique a été suivi de guérison.

Le docteur BROSSÉAU émet l'opinion que certaines affections, telles que le rhumatisme, peuvent donner le change et faire croire à tort à l'existence de la syphilis. Dans le cas cité par le docteur Brennan, il a pu en être ainsi. Une affection étrangère a pu déterminer des métastases à la peau.

Le docteur CLÉROUX considère le cas comme devant se rapporter entièrement à la syphilis. La fièvre, la roséole et les autres affections secondaires typiques ont existé. Le chancre a dû exister aussi, encore que le fait ait été nié par le malade.

Les docteurs BARRY et CASGRAIN se rattachent également à cette opinion. Le docteur Barry ajoute que l'affection pulmonaire signalée au début de la maladie a pu être une manifestation syphilitique ayant précédé les accidents secondaires. Il dit avoir eu à traiter un cas de ce genre.

Le docteur FOUCHER fait remarquer que l'iritis qu'il a eu à traiter dans ce cas était plastique, simple, et devait coïncider dans un cas de syphilis normale avec la période s'étendant du 6<sup>e</sup> au 12<sup>e</sup> mois après l'apparition du chancre primitif. Tous les symptômes accusés par le malade ont été ceux de syphilis classique, sauf la rapidité dans l'apparition et la succession des manifestations secondaires. Ce serait, pour lui, une syphilis anormale parfaitement justifiable d'un traitement spécifique rigoureux.

M. le PRÉSIDENT attache généralement peu d'importance aux dires des malades. Les uns nient et sont syphilitiques, les autres font des confessions complètes et exagèrent la nature des lésions qu'ils ont présentées. Il ne faut pas se fier aux apparences, mais savoir reconnaître la syphilis à ses manifestations. Il (M. le président) se rattache donc à l'opinion générale en attribuant la syphilis comme cause des lésions observées chez le malade du docteur Brennan.

### Lymphome du cou.

M. le PRÉSIDENT relate un cas de lymphome du cou. La tumeur pesait 7 livres et a été énucléée au moyen du doigt. La patiente est revenue quelque temps après avec un développement exagéré de la cavité abdominale faisant croire à l'apparition de tumeurs de même nature développées rapidement à cet endroit.

### Intoxication saturnine.

Le docteur CLÉROUX relate sept cas d'empoisonnement par le plomb, observés dans cinq familles. L'un de ces malades est peintre et la cause est facile à trouver. Dans deux familles il a soupçonné l'usage des vases de cuivre dont l'étamage était défectueux. Dans les deux autres familles il ne voit que l'eau qui aurait pu produire cet empoisonnement. Il fait remarquer que depuis deux ans ils constatent des cas de ce genre, à la même époque. Ce fait ne s'accorde pas avec l'expérience de Tanquerel qui a observé que les températures élevées favorisent l'intoxication. Il se demande si on ne pourrait pas expliquer la production de ces intoxications à la fin de l'hiver par la diminution de la transpiration cutanée à cette époque.

## ASSOCIATION

### DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 21 mars 1839.

Présidence du docteur H. E. DESROSNIERS.

M. le PRÉSIDENT présente quelques observations relatives à l'

### Emploi de la saignée dans la congestion pulmonaire et la pneumonie.

*Observation I.*—Mme H. B. est âgée de 62 ans. Tempérament nerveux; pâle, plus ou moins amaigrie; a eu 5 ou 6 enfants, couchés heureux et non compliqués.

*Antécédents pathologiques.*—Dilatation de l'estomac; calculs biliaires; nervosisme; cœur plus ou moins hypertrophié, vieux.

Le 25 août 1888, vers 7 hs. du soir, est prise de frissons suivis de toux et dyspnée. La toux est persistante, incessante; d'abord sèche, puis avec expectoration spumeuse et non colorée; dyspnée assez intense; pas de douleurs.

Vers 11 hs. même état. De plus, l'expectoration est rosée, presque uniformément, et abondante, toujours spumeuse. C'est vers minuit que je vois la malade, et constate ce qui suit: Dyspnée intense, respiration à 48 par minute; pouls 124; temp. 101° Fahr. Expectoration spumeuse et rose, abondante; sur toute l'étendue du thorax, des deux côtés, râles sous-crépitants innombrables, une véritable pluie, suivant l'expression de Peter, mais l'air pénètre partout dans les deux poumons. Le pouls est fort, plein, résistant. Légère cyanose de l'extrémité des doigts.

*Traitement* :—Saignée de 28 à 30 onces, (la malade étant couchée), arrêtée quand le pouls commence à faiblir quelque peu. Une heure après: Pouls 90. Respir. 30. Toux considérablement diminuée. Râles peu abondants. Expectoration spumeuse. Nausées, efforts de vomissements. Sinapisme à toute l'étendue de la poitrine. A l'intérieur, opium et digitale à petites doses.

Le lendemain, 26 août, à 10 hrs a. m. Pouls, 80 et fort. Temp. 99°. Respir. 24. Toux presque complètement disparue. Expectoration seulement spumeuse, pas rouge, et peu abondante. La malade se sent immensément soulagée. Le 27, elle descendait à la table de famille.

*Observation II.*—Le 20 décembre, la même malade est, vers minuit, après exposition au froid dans la journée précédente, prise de symptômes analogues à ceux éprouvés dans l'attaque précédente: Toux, dyspnée, expectoration spumeuse blanche.

Je la vois vers 4 hrs a. m.: Toux très prononcée, mais pas aussi incessante que la première fois. Respiration à 40. Pouls 125. Pas pris la température. Râles en pluie sur tout le thorax. J'opine pour la saignée, mais j'hésite un peu, la malade étant restée toujours faible depuis l'attaque de septembre.

M. le docteur Rottot la voit en consultation à 5 hrs, alors que l'état est le même que ci-devant, sauf que l'expectoration, toujours abondante, est rosée. Pluie de râles sous-crépitants fins dans toute l'étendue des deux poumons. Sonorité normale.

La saignée est décidée, et, après ablation de 24 onces de sang [position assise], on cesse quand la malade se sent faible. Soulagement immédiat.

Je revois la malade à 9½ heures :

Pouls normal, fort et résistant. Température 99½. Respiration 22. Expectoration peu abondante, muqueuse, spumeuse, mais pas rosée.

Convalescence moins rapide que la première fois, la malade ne pouvant se lever qu'au bout de 5 ou 6 jours.

*Observation III.* — A. B., 25 ans, est pris, le dimanche matin, d'une pneumonie franche (à frigore ?) du lobe inférieur du poumon droit. Expectoration sanguinolente. Dyspnée pas très intense. Pouls 100. Temp. 100½.

*Traitement* : Aconit, sinapismes et fomentations. Du lendemain, lundi, au mercredi, la pneumonie évolue, suivant une marche envahissante et s'étendant au lobe moyen.

Dans la nuit du mercredi au jeudi, le poumon gauche est envahi à son tour. Dyspnée *intense*, cyanose des extrémités, angoisse.

Les docteurs Laramée et Breunau voient la malade avec moi, et l'on décide, vu l'urgence, d'en venir à une saignée générale. On enlève à peu près 24 onces de sang. Soulagement marqué, et disparition des symptômes les plus alarmants, surtout de la dyspnée et de la cyanose.

La pneumonie du côté gauche n'alla pas loin et se limita à la moitié du lobe inférieur. Celle du côté droit, déjà étendue à tout le poumon, se termina par résolution dans le lobe inférieur, et par suppuration dans le lobe moyen. Il y eût plus tard expectoration purulente profuse, formation de vomiques ; la convalescence fut longue, périlleuse, mais le malade guérit finalement.

Ce qui précède doit confirmer une fois de plus le principe de thérapeutique, connu de tous, qui dit que, au début de la pneumonie, à la période de congestion, de même que dans la simple hyperémie du poumon, la maladie peut être positivement enrayée dans sa marche envahissante et *avorter* par la saignée judicieusement faite, quelque soit l'état d'anémie apparente ou réelle du sujet. Il est des cas, dit Peter, où le médecin le plus temporisateur a la main forcée par l'urgence.

On dira peut-être que dans les cas qui précèdent, surtout dans les deux premiers, on aurait pu obtenir le même résultat au moyen des médicaments : aconit, digitale, émétique. La chose est des plus improbables.

Le docteur BRENNAN se demande si, en admettant l'origine microbienne de la pneumonie, la saignée n'aurait pas une double indication au début de cette maladie : action antiphlogistique et élimination du microbe. L'action du microbe se trahissant par une dépression cardiaque, la saignée ne pourrait-elle pas être pratiquée lors même que le pouls ne serait pas un "pouls de saignée" ?

#### Suppositoires de glycérine. — Walliczek.

P. — Stéarine.....	10.0 grammes
Carbonate de soude.....	5.30 "
Glycérine.....	135.0 "

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**Traitement de la fièvre typhoïde.**—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Ce traitement comprend une partie uniforme, toujours identique et applicable à tous les cas, complétée parfois de moyens inconstants, variables suivant les cas particuliers.

1<sup>o</sup> *Traitement uniforme.* — Dès que le diagnostic de dothiénentérie peut être affirmé, le malade est soumis au régime suivant : lait, un litre et demi à deux litres par vingt-quatre heures.

Un des premiers dangers fondamentaux de la typhoïde est l'insuffisance urinaire (qualité et quantité); le lait assure une diurèse convenable en même temps qu'il soutient les forces du malade. Tous les typhiques le prennent avec plaisir, même ceux qui n'en font jamais usage à l'état de santé. On complète le régime avec un peu de bouillon et surtout avec 250 grammes de vin de Bordeaux que le malade prendra pur ou coupé d'eau.

En même temps, on institue une médication *antithermique* qui modère la température en s'adressant à la chaleur déjà émise, en soustrayant pour ainsi dire une partie de cette chaleur. Il y a là une différence avec les antipyrétiques qui modèrent la température en agissant sur les sources mêmes qui produisent la chaleur.

Le moyen antithermique par excellence, ce sont les *lotions froides* faites avec du vinaigre aromatique. Faire quatre lotions avec une température vespérale de 39°, six avec 39, 5, huit avec 40° et au delà; ces lotions peuvent être continuées jusqu'au début de la convalescence.

L'effet antithermique se manifeste par un abaissement de 0,70 à 1° durant l'espace d'une demi-heure à une heure. Cet abaissement temporaire ne manque jamais, et parfois au bout de quelques jours s'ajoute-t-il un abaissement permanent de toute la courbe.

En même temps, on donne une médication stimulante sous la forme suivante : rhum ou cognac de 40 à 80 grammes avec 3 à 4

grammes d'extrait de quinquina; si l'adynamie persiste, ajouter 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque; le tout dans un julep gommeux.

Si le catarrhe bronchique est intense, appliquer matin et soir 40 ventouses sèches au moins sur les membres inférieurs.

Tels sont le régime et la médication qui s'appliquent à tous les cas sans exception. Voyons maintenant les parties accessoires du traitement.

Les médicaments *accessoires* sont la *quinine*, l'*acide salicylique*, la *digitale*.

Les deux premiers sont des antipyrétiques qui s'adressent à l'élément fièvre; la digitale n'est indiquée que dans les cas de faiblesse cardiaque.

Lorsque l'observation de deux ou trois jours prouve que l'abaissement produit par les lotions n'est pas suffisant, c'est que la fièvre est grave par elle-même et l'on aura recours aux autres antipyrétiques. Mais il ne faut pas juger de cette gravité seulement par l'élévation vespérale. En effet, un chiffre vespéral élevé ne signifie rien, et même une série de chiffres vespéraux oscillant entre 40, 5 et 41° peut être moins grave qu'une série oscillant entre 39,5 et 40. *Le plus ou moins de gravité se juge par la gravité matinale.*

Une bonne rémission doit être au moins égale à l'oscillation de la température. On appelle oscillation diurne la différence physiologique présentée par le corps humain le soir et le matin; cette oscillation varie normalement entre 0,8 et 1°.

L'antipyrétique le plus souvent employé est la *quinine* (jamais plus de trois jours de suite).

Premier jour, dose maxima: 2 grammes de bromhydrate de quinine divisés en paquets de 50 centigrammes ou de 25 centigrammes, à prendre dans du pain azyme de quart d'heure en quart d'heure, de sorte que la dose totale de 2 grammes soit absorbée en une heure.

L'élimination de la quinine étant très rapide, si on espace les doses, on n'aura pas cette accumulation du médicament, qui est nécessaire à son efficacité.

L'administration doit se faire sept à huit heures avant l'apparition de l'élévation de la température à modifier, soit matinale, soit vespérale. Liebermeister veut qu'on agisse toujours sur celle du matin. Il est raisonnable de se laisser guider par les indications.

Deuxième jour, 1 gr. 50 de bromhydrate.

Troisième jour, 1 gramme seulement.

Ne pas prolonger l'administration du médicament au-delà de trois jours, attendre le même laps de temps et recommencer de la même façon s'il est nécessaire.

L'acide *salicylique* s'emploie aux mêmes doses, aux mêmes moments et pendant le même temps que la quinine.



Son action sur la température est au moins égale à l'action de cette dernière. Il a une action plus directe sur la diurèse, car étant éliminé sous forme d'acide salicylurique il entraîne beaucoup de principes azotés. On obtient cette diurèse par le lait.

Il possède une action antiseptique supérieure à celle de la quinine.

Contre-indications absolues : faiblesse du cœur, lésions rénales, accidents cérébraux internes, alcoolisme, intensité des lésions thoraciques.

*Digitule.*—A la fin du deuxième septenaire, rarement avant, la fièvre étant modérée, on peut trouver un pouls petit, misérable; on ausculte le cœur, on constate la faiblesse de l'impulsion et un affaiblissement du premier bruit pouvant aller jusqu'à l'extinction. Dans ces cas, au traitement général on ajoutera la digitale : le premier jour 60 centigrammes en infusion dans les vingt-quatre heures, le lendemain 40, puis on suspend pendant deux ou trois jours et l'on reprend s'il en est besoin.

S'appuyant sur la théorie que l'état infectieux général résulte de l'absorption faite au niveau de l'intestin des microbes ou de leurs productions (absorption continue dans les cas ordinaires et intermittente dans quelques cas exceptionnels), M. Jaccoud recommande de ne jamais combattre la diarrhée, de la provoquer au besoin, cette diarrhée évacuant les matières septiques et les soustrayant ainsi à l'absorption, mieux que toutes les méthodes d'antiseptie intestinale, dont le résultat le plus fréquent est trop souvent d'amener la constipation.—*Praticien.*

### **Passage des bactéries dans l'urine, par le docteur A. BERLIOZ.**

—Voici les conclusions de ce jeune médecin dans la thèse qu'il vient de publier :

Si maintenant il m'est permis de résumer rapidement les données qui résultent de mes observations et de mes expériences, je dirai :

1<sup>o</sup> Que dans les maladies infectieuses du domaine de la pathologie humaine, il est exceptionnel de constater la présence de l'agent pathogène dans l'urine.

2<sup>o</sup> Quand cela est, le passage des bactéries à travers le rein est d'autant plus facile que la lésion de cet organe est plus intense.

3<sup>o</sup> Les bactéries sont dans la plupart des cas la cause de la néphrite observée dans le cours de ces maladies.

4<sup>o</sup> L'idée qu'il existe une élimination des micro-organismes par l'urine dans la période critique des maladies d'une façon générale ne doit pas être reconnue comme vraie.

5<sup>o</sup> Dans les maladies expérimentales, si l'on observe souvent le passage des microbes dans l'urine des animaux, ce fait est le résultat des conditions dans lesquelles on opère, et ces conditions sont rarement réalisées en clinique.

6° La constatation seule de bactéries dans l'urine est bien insuffisante, il faut encore faire des cultures et des injections de ce liquide.—*Paris médical.*

**De la fièvre typhoïde et de ses formes abortives; difficultés du diagnostic au début.**—Clinique de M. le professeur JACCOUD, à l'hôpital de la Pitié.—Rien dans les premiers jours d'une forme abortive de la fièvre typhoïde, ne peut la faire distinguer, d'une façon certaine, de la forme vulgaire de cette même maladie: les deux formes se distinguent seulement par leur durée; leurs manifestations symptomatiques sont semblables. A partir du huitième jour, il est vrai, quelques indices sont fournis par la marche de la température, qui, dans la forme abortive commence à descendre plus tôt que dans la forme vulgaire; encore cette règle n'est-elle pas constante: il arrive parfois que, dans la première, la défervescence est brusque au lieu d'être graduelle; de sorte que, quarante-huit heures avant le début de la convalescence, les symptômes sont identiques dans les deux cas. On comprend dès lors l'embarras, la situation fautive du médecin, qui, après avoir à bon droit annoncé l'existence d'une fièvre typhoïde, se voit obligé, au huitième ou au dixième jour, de déclarer que le malade est guéri d'une affection dont tout le monde connaît la longue durée habituelle.

On a bien dit que la forme abortive est surtout fréquente chez les sujets jeunes, âgés de 16 à 28 et 30 ans, qu'elle atteint principalement le sexe masculin, qu'elle est l'apanage des individus de forte constitution, qu'elle est fréquente dans certaines épidémies, rare dans d'autres. Mais ces renseignements ont peu de valeur au point de vue du diagnostic, alors que, encore une fois, tous les symptômes peuvent non seulement être les mêmes, mais encore se présenter avec la même intensité que dans les formes graves. Certains symptômes qu'on considère comme propres à ces dernières, peuvent même être présents dans la forme abortive: tels sont le délire, l'albuminurie. Bien plus, un symptôme qui n'est pas inquiétant dans le cours du troisième ou du quatrième septennaire, mais qui passe pour fâcheux dans le premier, la rétention d'urine poussée au point de nécessiter le cathétérisme, existe parfois dans la forme abortive.

La durée de celle-ci, mesurée par la date de la défervescence finale, est le plus souvent de dix à douze jours; puis vient, au point de vue de la fréquence, l'intervalle du huitième au dixième jour; exceptionnellement, la défervescence a lieu le septième jour. En somme, c'est du huitième au douzième jour que débute la convalescence et les preuves certaines de l'existence de la fièvre typhoïde ne sont alors tirées que de la totalité des symptômes, particulièrement de la présence de l'exanthème et de la marche classique de la température par ascension graduelle. Dans

ces conditions, le médecin devra, du moment où les symptômes observés l'obligent à dire qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde, renseigner l'entourage du malade sur l'existence des formes courtes de cette maladie, généralement inconnues du public, et prévenir que c'est peut-être à l'une d'elles qu'on a affaire dans le cas particulier : c'est le meilleur moyen de réserver l'avenir et de sauvegarder sa réputation.

Du reste, le diagnostic des formes vulgaires de la fièvre typhoïde, présente lui-même des difficultés spéciales pendant le premier septenaire, ou plutôt jusqu'à l'apparition de l'exanthème, qui a lieu normalement du septième au neuvième jour. A ce moment, l'incertitude disparaît, car si les taches se montrent, elles assurent le diagnostic ; sinon, les autres symptômes sont assez bien établis à cette date pour que les doutes soient levés. Jusque-là, les difficultés subsistent, et pour leur faire face *autant que possible*, il est indispensable de connaître les différentes modalités du début de la fièvre typhoïde.

La distinction la plus utile à ce point de vue est celle-ci : tantôt la fièvre typhoïde qui s'établit a une période préfébrile (période des prodromes des anciens auteurs) ; tantôt elle n'en a pas.

Dans le premier cas, la *période préfébrile* a des caractères sans localisation manifeste, altération croissante de la santé, abattement, sommeil agité, céphalalgie, inappétence, vertiges, bourdonnements d'oreilles, parfois épistaxis, etc. Si cette période dure longtemps (4, 5, 6 jours), sa persistance même est suffisamment caractéristique d'un début de fièvre typhoïde. Mais parfois elle revêt une autre forme, celle de l'embarras gastrique pur et simple : il n'y a pas autre chose, la similitude entre les deux états est complète pendant un ou deux jours, jusqu'à ce que les effets du traitement se manifestent : or, si l'on administre un vomitif ou un éméto-cathartique, comme c'est l'usage dans l'embarras d'estomac, le malaise disparaît définitivement quand celui-ci seul est en cause ; il dure seulement un ou deux jours en cas de fièvre typhoïde et, après le soulagement artificiel, la maladie reprend son cours ; il n'y a pas d'autre moyen d'éviter l'erreur.

Quand la *période fébrile manque*, le diagnostic est encore plus difficile. Tantôt le début se fait soudainement par une fièvre continue et la céphalalgie ; l'ensemble caractéristique qui précède fait défaut. Tantôt le début a encore lieu d'une façon rapide, par la douleur de tête et la fièvre ; mais celle-ci au lieu d'être continue d'emblée, procède par accès intermittents pendant les deux ou trois premiers jours ; entre les accès la détente n'est pas complète, il y a un certain degré de malaise, mais la fièvre tombe. Ainsi, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, la période préfébrile n'est pas constante ; la fièvre, au lieu d'être continue dès le début, peut être intermittente les premiers jours.

Dans le premier mode de début (fièvre continue et céphalalgie).

le diagnostic est momentanément suspendu ; si les difficultés concernant la possibilité d'une phlogmasie viscérale (pleurésie, pneumonie, etc), sont réglées en quarante-huit heures, celles que soulève l'éventualité d'une fièvre éruptive ne disparaissent que quand on a passé les délais maxima de l'éruption, et c'est avec la rougeole qu'on a le plus sérieusement à compter, parce que les taches n'apparaissent qu'après quatre ou cinq jours qu'il y a des râles dans la poitrine, que les rémissions fébriles sont prononcées ; en pareil cas, il faut avouer franchement qu'on ne peut se prononcer. Dans le deuxième mode (fièvre intermittente), le diagnostic est différé jusqu'à ce que la fièvre devienne continue, surtout si le médecin exerce dans un pays suspect de malaria.

A cette même période de début, certains phénomènes caractéristiques ne sont pas constants ; leur absence obscurcit le diagnostic, mais ne suffit pas à faire exclure l'idée d'une fièvre typhoïde. Ainsi l'ascension graduelle de la température, en échelons, jusqu'à ce qu'elle ait atteint le maximum thermique (cinquième soir), n'existe pas toujours ; dans près de la moitié des cas, ce maximum peut être atteint dès le deuxième ou troisième soir : ainsi se trouve démentie la loi ancienne, d'après laquelle une maladie qui, le soir du deuxième jour, présente une température voisine de 40 degrés, n'est pas la fièvre typhoïde.

Autre difficulté du diagnostic : On a dit que celui-ci pouvait être aidé par ce fait que, dans le cortège symptomatique des sept premiers jours, ne figuraient pas les vomissements. Ce fait est général, mais non absolu ; si au lieu d'une ascension de la température en échelons, on a une ascension brusque, on est à peu près sûr d'avoir des vomissements, ce symptôme étant très en rapport avec la rapidité, et non avec la présence, de l'ascension thermique.

On a dit encore que, dans la fièvre typhoïde, les douleurs de ventre manquaient pendant les premiers jours ; il est de règle, en effet, qu'il n'y ait pas de douleurs abdominales pendant le premier septenaire, mais l'inverse peut avoir lieu.

Enfin on a prétendu que, dans les cinq premiers jours, le facies n'avait rien de caractéristique, qu'il n'était pas animé comme dans les fièvres éruptives. Mais quelquefois la face est rouge, animée, vultueuse, les yeux sont brillants, aspect qui rappelle le début de la rougeole, et qui peut durer pendant quarante-huit heures ; on l'observe surtout dans les cas d'ascension brusque de la température. Il peut même y avoir une suffusion sur tout le tégument externe, des plaques rouges, séparées par des intervalles de peau rosée.

En résumé, plus on connaît les variétés d'invasion de la fièvre typhoïde, plus on comprend que le diagnostic présente de difficultés et nécessite de réserves au début de cette maladie.—

*Scalpel.*

**Pleurésie et kyste de l'ovaire.**—Le docteur BUFFET, à la suite d'un travail sur la pleurésie compliquant les kystes de l'ovaire, formule les conclusions suivantes :

10.—La pleurésie complique assez souvent les kystes de l'ovaire.

20.—Cette pleurésie évolue d'une façon insidieuse dont il est utile d'être prévenu.

30.—Elle est une indication d'une intervention chirurgicale.

40.—Cette intervention doit s'adresser au kyste de l'ovaire et non à la pleurésie, qui est sous la dépendance de ce dernier et qui disparaît avec le kyste.

50.—Toute médication s'adressant directement à la pleurésie échoue fatalement.—*Normandie médicale.*

**De la bronchite.**—(1) La bronchite est extrêmement diverse, variable dans ses allures. C'est en général une maladie transitoire et sans aucune gravité, sauf quand elle se généralise et devient chronique. C'est pourquoi le pronostic de la bronchite est difficile à établir ; on ne peut prévoir la terminaison.

Une bronchite dure toujours plusieurs semaines et toutes les médications parviennent difficilement à arrêter son évolution.

L'âge est une cause d'aggravation de la bronchite.

Elle offre plus de dangers chez les jeunes et chez les vieux que chez les adultes. Chez l'enfant, la bronchite gagne facilement les petites bronches et donne naissance à la broncho-pneumonie. Chez les vieillards, elle prend une gravité spéciale ; leur poumon en effet a été réduit par des bronchites précédentes, par l'emphysème ; si donc dans ce cas la respiration est entravée, elle devient rapidement insuffisante et l'asphyxie arrive facilement. Les vieillards, en outre, ont une énergie moindre pour respirer.

La bronchite *chronique* devient grave par tous les accidents qu'elle entraîne à sa suite : emphysème, dilatation du cœur droit et ensuite troubles de l'organisme tout entier. C'est ainsi que le malade atteint de bronchite chronique arrive peu à peu à l'asphyxie chronique et à la cachexie asphyxique.

Chez les tuberculeux, la bronchite elle-même est une cause d'extension de la tuberculose. La maladie ne dépend pas seulement du bacille. Si le bacille s'installe quelque part c'est qu'il y trouve facilité ; les irritations du parenchyme pulmonaire ou bronchique lui préparent un milieu de culture. D'où il suit qu'il n'est pas du tout indifférent d'éviter les bronchites aux tuberculeux. Et au point de vue thérapeutique, ceci prouve que ce n'est pas exclusivement à la mort du bacille qu'il faut s'attacher.

Nous avons déjà vu que chez les sujets atteints de diathèses les bronchites prennent un caractère spécial de ténacité (scrofuleux) ou de rapidité (rhumatisants), etc.

---

(1) Suite et fin, voir la dernière livraison.

Quand on fera le *diagnostic* de la bronchite, il faudra donc faire aussi le diagnostic de la cause, déterminer ces toux nerveuses sympathiques. Quelquefois on constate seulement que le malade tousse, sans autres symptômes. En pareil cas on peut trouver l'origine d'affections diverses. On pourra reconnaître une toux hystérique qui prend quelquefois un caractère tout spécial ; on recherchera alors, chez la malade, les signes de l'hystérie.

Il y a aussi la toux nerveuse, dite toux sympathique ; elle apparaît chez des gens n'ayant aucun catarrhe bronchique ; mais si l'on recherche avec soin, on trouvera une irritation du pharynx, de la partie postérieure des fosses nasales, etc. On peut trouver aussi chez les enfants la toux vermineuse, toux dont on a beaucoup abusé. Les irritations de l'estomac peuvent dans certains cas donner lieu à de la toux, la toux gastrique. Chez la femme, les organes utéro-ovariens peuvent donner lieu à ce réflexe. Enfin, dans certains cas, une simple facilité des bronches à réagir donne naissance à de la toux.

*Traitement.*—Il peut être très compliqué ou très simple. S'il s'agit du rhume simple, habituel, le traitement sera lui-même facile.

Au début on peut donner l'alcool ; on se trouvera également très bien des dérivations cutanées localisées, cataplasmes sinapisés, par exemple. On ne sait pas comment le cataplasme sinapisé ou même simple agit, mais ses effets sont excellents. On relèvera aussi de bons effets d'application de collodion, mais c'est quelquefois d'un emploi difficile.

Des médicaments administrés à l'intérieur, il faut citer en première ligne le vomitif, qui produit généralement un effet utile. Certains médicaments passent pour faciliter l'expectoration, tels sont les *kermès*, l'*oxyde blanc d'antimoine*, etc., mais ils sont d'un emploi difficile. Il est alors préférable d'employer l'*émétique*, que l'on donne à dose assez faible pour ne pas provoquer la nausée (1 millig. à 1 millig. 1/2) répété deux ou trois fois par jour.

Parmi les sédatifs, on a eu recours à l'*opium*, la *belladone*, le *datura*, mais quelquefois l'effet thérapeutique est voisin de l'effet toxique. Il est préférable d'user de la *jusquiame* associée à l'*opium* (1 cent. d'extrait thébaïque, 1 cent. d'extrait de jusquiame et 1 mill. d'émétique).

La scille, le polygala, trouvent leur emploi à une époque plus tardive de la bronchite. Viennent aussi à ce moment là les balsamiques, le *tolu*, la *terpine*, le *copahu*, etc., qui agissent quand ils sont employés avec discernement.

Chez les herpétiques, la médication arsenicale fait merveille. Dans la forme de catarrhe sec avec expectoration perlée, les eaux du Mont-Dore sont tout à fait indiquées.

Dans les formes arthritiques, on aura recours aux eaux sulfureuses, Luchon, Eaux-Bonnes, Caunterets.

Pour les scrofuleux, les eaux chlorurées seront d'un bon effet, celles d'Uriage, par exemple.

La bronchite syphilitique sera justiciable du traitement spécifique.

Enfin on soignera d'après les indications qui naîtront du réflexe occasionnant la toux.—*Praticien.*

---

## CHIRURGIE

---

**Maladie kystique de la mamelle.**—Clinique de M. le docteur RECLUS à l'Hôtel-Dieu. Pour M. Reclus, la maladie kystique de la mamelle, et l'affection décrite par M. Phocas sous le nom de "maladie noueuse", sont jusqu'à plus ample informé une seule et même affection.

M. Phocas défend l'autonomie de la maladie noueuse.

La maladie kystique présente trois caractères : 1o Il n'existe pas à proprement parler de tumeur ; dans toutes les parties de la glande se trouvent des nodosités variant de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une noix ou d'un œuf. Quand les tumeurs atteignent ce développement ; souvent les petites nodosités passent inaperçues ;

2o L'affection est presque toujours bilatérale. Les deux seins semblent injectés au suif ;

3o Ces nodosités ont une consistance ligneuse : on croit à des tumeurs solides. Mais il n'en est rien, ce sont de petits kystes. Mais on peut s'assurer du diagnostic par des aspirations à la seringue de Pravaz : on retire un liquide diversement coloré.

Presque toujours la glande est indolore. Le mamelon ne laisse rien s'écouler. Les ganglions, quelquefois engorgés, ne sont nullement dégénérés. La peau est toujours mobile.

La description de la maladie noueuse de M. Phocas est la même. Il dit du reste qu'au début les deux maladies se confondent, mais que la marche est différente. D'après lui, la maladie kystique nécessite l'opération, tandis que la maladie noueuse procède par poussées et guérit seule, soit par une thérapeutique appropriée.

On prétend que la maladie kystique est grave. Dans un cas de Monod, en 1875, on enlève le sein à une malade atteinte de maladie kystique ; l'autre sein n'ayant pas été opéré, la malade meurt en 1881, sans récidive du côté opéré. Deux cas de Poncet sont aussi probants. Chez une malade de Maunoury, la maladie a duré trente-trois ans.

D'autres exemples encore prouvent que cette affection a une marche bénigne.

D'après Phocas, la maladie *récidive*. M. Reclus n'en connaît pas un seul fait. Il y a quelquefois continuation du mal, mais jamais récidive.

La tumeur peut rétrograder quelque peu, mais jamais elle ne disparaît complètement et spontanément.

M. Phocas ne donne pas une seule observation indiscutable de guérison de la maladie noueuse. Jamais il n'a vu la mamelle reprendre absolument son aspect normal.

La maladie noueuse n'est autre que la maladie kystique.

Cette affection peu connue passe souvent inaperçue : on la prend souvent pour des fibromes, tumeurs bénignes qu'on n'opère pas. Il ne faut donc pas omettre de se servir de la seringue de Pravaz comme moyen de diagnostic.

Pourquoi, la maladie étant bénigne, M. Reclus ne se contente-t-il pas de l'abstention pure et simple ?

C'est que quelquefois la tumeur s'est transformé en squirrhe.

On sait, en effet, que tout néoplasme de la mamelle, quelque bénin qu'il soit, peut donner lieu, vers l'âge des cancers, à une tumeur maligne.—*Praticien*.

**Un nouveau procédé opératoire pour le traitement des hernies étranglées.**—En 1882, dit le Dr. Zeinemann-Lange, de Weimar, FENKELSTEIN, fit connaître un procédé de réduction des hernies étranglées qu'il appela l'éthérisation locale. Les résultats obtenus étaient satisfaisants. Ce procédé ne paraît pas avoir obtenu l'attention qu'il méritait. L'auteur a employé l'éthérisation locale dans tous les cas d'étranglement herniaire qu'il a eu à traiter depuis ce temps, et il a toujours obtenu des succès. Le dernier fut observé chez une paysanne âgée de 45 ans. Une hernie inguinale droite s'était étranglée sans cause connue. Après qu'on eut fait en vain plusieurs tentatives de réduction, Zeinemann fut appelé (dix heures environ après le début des accidents d'étranglement). Il trouva dans la région inguinale droite une tumeur du volume du poing, d'une dureté pierreuse. L'état général laissait à désirer. La malade était apnée, elle avait un hoquet continu ; plusieurs vomissements, renvois incessants. Pouls faible ; une nouvelle tentative de taxis est sans résultat. Zeinemann fit coucher la malade sur le dos, le bassin élevé, les jambes fléchies sur le bassin. A de courts intervalles, l'auteur versa sur la région de l'anneau inguinal externe de l'éther sulfurique par cuillerées, afin d'éviter que l'éther produisît une sensation désagréable sur la vulve ou l'anus, il fit enduire la région avec de l'huile. Au bout d'une demi-heure, la tumeur avait notablement diminué de volume, une tentative de taxis suffit pour la réduction. Le lendemain, la malade allait très bien. Si l'on veut obtenir un prompt résultat de l'anesthésie locale, il ne faut pas perdre le temps en tentatives de taxis ; plus l'éthérisation est faite de bonne heure,



plus elle a de chances de succès. Il est probable que l'éther agit surtout par la réfrigération qu'il produit par suite de la constriction de l'intestin; sous son influence, la masse gazeuse remplissant l'anse herniée diminue. En outre, les mouvements péristaltiques excités par le froid aident à la réduction. Ce procédé est d'autant plus indiqué que les résultats donnés par la kélotomie, même avec les précautions antiseptiques, sont loin d'être brillants, parce qu'on la fait souvent trop tard.—*Paris médical.*

**De Postéomyélite juxta-épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur.** Clinique de M. KIRMISSON.—L'ostéomyélite juxta épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur n'a pas encore été, dans les livres classiques, l'objet d'une description particulière: et cependant elle mérite une mention toute spéciale à cause de sa fréquence et des complications auxquelles elle peut donner lieu.

Un malade que je vais tout à l'heure opérer devant vous nous fournira l'occasion de parler de cette localisation si fréquente de l'ostéomyélite. Il s'agit d'un garçon de 25 ans, actuellement porteur d'une ankylose du genou droit dans une flexion très prononcée. Bien portant jusqu'à l'âge de 16 ans, ce jeune homme vint alors à Paris, où il se plaça comme garçon marchand de vins. Au bout de cinq à six mois, étant tombé gravement malade, il entre à l'Hôtel-Dieu où, pendant un mois, il présente de violents maux de tête, du délire, une fièvre vive avec perte de connaissance; nul doute qu'il n'ait eu à ce moment une fièvre typhoïde. Au sortir de cet état, il ressentit des douleurs dans le genou gauche; au bout de deux mois, un abcès se produisit au niveau de ce genou. Quelques mois plus tard (le malade avait alors 17½ ans) il ressentit des douleurs dans l'avant-bras et le poignet gauches; des suppurations se montrèrent en ces points. Plus tard encore, à 19 ans, le malade eut de nouvelles suppurations sur les parties latérales du thorax et à l'angle droit de la mâchoire inférieure. Revenu à Paris en mai 1887, ce jeune homme a eu des douleurs, puis un abcès au niveau du genou droit; enfin, depuis quatre à cinq mois, ce genou est fléchi et ankylosé dans son attitude vicieuse.

Actuellement notre malade porte sur différents points du corps des cicatrices qui sont la trace des suppurations que nous venons de signaler. Au genou droit notamment, on voit une cicatrice adhérente au niveau du condyle interne, et une autre au niveau de la tête du péroné. Le genou est fléchi à 110° environ. La rotule est très peu mobile; il existe quelques mouvements de flexion très peu marqués dans l'articulation. En outre, l'extrémité supérieure du tibia présente une déformation particulière, autrefois signalée par Sonnenburg, et dont j'ai déjà rencontré plusieurs exemples. Il s'agit d'une flexion dans le cartilage ép-

physaire du tibia, qui donne à l'extrémité supérieure de cet os une apparence arquée et pourrait en imposer pour une subluxation du tibia en arrière.

Le diagnostic ne paraît pas douteux ; en effet, il n'existe chez ce malade aucune trace de tuberculose. Il y a bien eu de la suppuration au voisinage du genou, mais l'articulation n'a pas été atteinte primitivement ; il n'y a eu, ni gonflement de la jointure, ni douleurs vives, et le malade a pu continuer à marcher. C'est seulement d'une façon secondaire que l'articulation du genou a été envahie.

Les suppurations multiples que ce jeune homme a présentées du côté des extrémités épiphysaires sont chez lui consécutives à la fièvre typhoïde ; le fait n'est pas rare, vous le savez ; et déjà j'ai eu l'occasion de vous citer un jeune homme opéré par moi récemment à l'hôpital Broussais, et qui, comme traces d'une fièvre typhoïde, portait des suppurations multiples au niveau des fémurs et des tibias.

Outre le malade dont je viens de vous retracer l'histoire, nous avons encore actuellement dans notre service deux jeunes gens qui présentent des exemples de cette ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur que nous étudions en ce moment.

L'un est ce malade auquel j'ai pratiqué la trépanation de l'extrémité inférieure du fémur pour une hyperostose, en même temps que je lui ai fait le redressement forcé du genou, après ténotomie du biceps et demi-tendineux et droit interne.

L'autre est un jeune homme de 17 ans qui après les phénomènes douloureux au niveau du poignet gauche, présente les symptômes d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur du même côté. On dut lui ouvrir, au côté interne et postérieur du genou, un abcès communiquant avec l'articulation. Aujourd'hui, comme trace de suppuration, le malade conserve une ankyllose du genou dans la position rectiligne.

Tant à cause de sa fréquence que des désordres graves auxquels elle peut donner lieu, l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur, mérite, je le répète, une description spéciale. M. Daniel Mollière (de Lyon) l'a compris, et il a publié sur ce sujet une leçon clinique, où il relate l'histoire de quatre malades porteurs de cette affection.

Cette forme spéciale de la maladie est particulièrement intéressante à cause des lésions qu'elle détermine du côté du genou. Elle peut retentir de deux façons sur cette articulation ; ou bien la lésion initiale se montre au-dessus du cartilage épiphysaire, à la partie inférieure de la diaphyse, et l'inflammation se propage *par contiguïté* jusqu'aux surfaces articulaires ; ou bien il arrive que l'épiphyse se prend pour son propre compte. Le pus soulève le cartilage diarthrodial, le perforé, et détermine une arthrite *suppurée par continuité*. Cette seconde forme est beaucoup plus

rare que la première. Elle a été étudiée par W. Müller dont la description repose sur 25 observations recueillies à la Clinique de Gœtingue.

Outre cette propagation des lésions inflammatoires à l'articulation, il faut encore signaler la marche spéciale de la maladie qui, débutant par un point quelconque de l'extrémité inférieure du fémur, tend à gagner la face postérieure de l'os. C'est en effet dans le triangle suscondylien, limité par les branches de bifurcation de la ligne âpre, que vient surtout évoluer l'ostéomyélite; elle a par là la même tendance à gagner le creux poplité. Ce fait a attiré l'attention de P. Vogt, qui, dans un mémoire inséré parmi les *Jammlung* de Volkmann, se demande pourquoi la maladie se localise si fréquemment à l'extrémité postérieure et inférieure du fémur. Il en trouve la raison dans la présence, entre les deux branches de bifurcation de la ligne âpre, d'un tissu cellulaire abondant, mince, riche en vaisseaux, sans tendons et sans insertions aponévrotiques. La présence de ce tissu cellulaire lâche, facile à décoller, l'absence de tout organe propre à servir de barrière à l'inflammation, l'influence enfin de la déclivité, expliquent comment cette région est le point dans lequel viennent se manifester toutes les lésions de l'ostéomyélite. C'est là qu'on trouve les abcès, les larges dénudations osseuses, les sequestres.

Jepudi dernier vous avez eu sous les yeux un exemple frappant de cette marche envahissante du côté du creux poplité. Vous m'avez vu, après avoir fait une incision au niveau du condyle interne du fémur, pénétrer avec la sonde cannelée, grâce à un décollement du périoste, jusqu'à la partie médiane du jarret où j'ai pratiqué une contre-ouverture. De même encore, au commencement de ce mois, j'ai opéré, à l'hôpital Broussais, un malade dont l'histoire mérite d'être rapprochée de la précédente, parce qu'il présentait absolument les mêmes lésions. Il s'agissait d'un garçon de 23 ans, présentant, depuis l'âge de 18 ans, tous les symptômes d'une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit. Chez lui, comme chez notre malade de jeudi dernier, j'ai dû, après avoir pratiqué une incision au niveau du condyle interne, décoller le périoste, de façon à pouvoir établir un drainage dans le creux poplité non sans avoir dénudé le nerf sciatique poplité externe, qu'il m'a fallu rejeter en dehors pour éviter la blessure.

Cette localisation particulière de l'ostéomyélite du côté de la face postérieure du genou a des conséquences faciles à prévoir. L'hyperostose consecutive ou la collection purulente qui se forme dans cette région, entraînent à leur suite des phénomènes de compression de la veine poplitée, qui se manifestent par un œdème du membre. Notre malade de jeudi dernier en a présenté un exemple, et Mollière a signalé le fait.

Mais une lésion beaucoup plus grave encore, c'est l'ulcération de l'artère poplitée elle-même. De nombreux exemples de cette

terrible complication se trouvent aujourd'hui dans la science, et il suffit de parcourir les dernières années des *Bulletins de la Société de chirurgie* pour en rencontrer plusieurs cas.

D'après les exemples précédents, vous voyez donc que l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur peut affecter la plus haute gravité. Elle mérite une description spéciale, et doit être bien connue, tant à cause de sa grande fréquence que de sa marche constante, qui dirige vers le creux poplité tous les produits inflammatoires auxquels elle donne lieu. Sa gravité tient à son retentissement sur l'articulation du genou ; nos trois malades actuels en sont un exemple, puisque tous les trois présentent actuellement une ankylose de cette articulation. Cette gravité est encore exagérée par la possibilité d'une ulcération de l'artère poplitée et des accidents hémorragiques redoutables auxquels elle donne lieu.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic. Le seul point délicat est celui que je vous ai déjà signalé, savoir la distinction à établir entre l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur et l'arthrite tuberculeuse du genou. On évitera assez aisément l'erreur en se rappelant que les deux maladies ont une marche très différente. Dans l'ostéomyélite, c'est le fémur qui est atteint le premier ; l'articulation n'est prise que secondairement. De plus, dans l'ostéomyélite, les lésions sont limitées au fémur, tandis que, dans la tuberculose du genou, les deux extrémités osseuses sont atteintes simultanément.

Je n'aurais rien à vous dire du traitement, vous ayant précédemment exposé celui de l'ostéomyélite en général, si, dans l'intervention que nécessite la maladie localisée à l'extrémité inférieure du fémur, il n'y avait plusieurs points particulièrement délicats. L'envahissement de la face postérieure du fémur imposera dans la plupart des cas l'obligation de faire des incisions dans le creux poplité. Souvent, avons-nous dit, la sonde cannelée enfoncée par un orifice fistuleux ou une incision pratiquée au niveau du condyle interne, pénétrera, grâce au décollement du périoste, jusque dans le creux du jarret. Mais on ne pourra, sans s'exposer à sectionner l'artère poplitée elle-même ou quelque grosse collatérale, sectionner tous les tissus soulevés par la sonde cannelée. Force sera donc de pratiquer, de dehors en dedans, une contre-ouverture dans le creux poplité, en se guidant toujours sur les notions anatomiques qui permettront d'éviter la blessure des vaisseaux et nerfs importants de la région.

Il est encore une considération fort intéressante, et qui a trait au drainage. Le tube allant du condyle interne du fémur au creux poplité, passe entre l'os et les vaisseaux. Si donc vous repliez ce tube vers le creux poplité, il comprendra dans sa concavité l'artère et la veine ; et vous vous exposerez, comme on l'a très bien démontré dans la discussion de la Société de Chirurgie,

à voir se produire une ulcération vasculaire, sous l'influence des frottements répétés du drain contre les parois artérielles ou veineuses. Il est donc de toute nécessité, et c'est un point sur lequel j'insiste en terminant, de ramener en avant les deux extrémités du tube, de sorte que l'anse du drain réponde par sa concavité à la face postérieure du genou. C'est là la conduite que j'ai tenue chez le malade opéré jeudi dernier devant vous. On doit, du reste, poser en principe absolu de ne jamais comprendre dans l'anse d'un drain des vaisseaux volumineux.—*Bulletin médical.*

**La tumeur blanche du pied, ostéo-arthrite tuberculeuse.** Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel Dieu.—La femme atteinte de cette ostéo-arthrite du pied n'a pas le facies tuberculeux. Dans ses antécédents pas plus que dans son état actuel, on ne trouve aucun symptôme de la diathèse tuberculeuse. Elle est en outre âgée de soixante et un ans. La fièvre et le gonflement constituant les premiers symptômes avaient fait croire à des rhumatismes. Elle fut d'abord soignée dans un service de médecine, puis des fongosités apparurent.

Le mari de la malade est mort tuberculeux en 1884; elle a eu une jeune fille qui est morte tuberculeuse. Quant à notre malade, elle a été bien portante jusqu'au début de la maladie actuelle.

Il s'agit probablement ici de tuberculose par contagion. Le père, tuberculeux, aurait engendré une fille tuberculeuse après avoir communiqué la maladie.

Le traitement ne consistera ni en grattage, ni en curage, ni en résection partielle. On devra amputer la jambe au 1/3 inférieur, ou au-dessus de la malléole ou au lieu d'élection, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

La bottine présentant de nombreux inconvénients au point de vue de la fatigue, de la cherté, etc., on a établi une classification peu démocratique: l'amputation du pauvre, qu'on fait au lieu d'élection et après laquelle on met un pilon, et l'amputation du riche qui a lieu au 1/3 inférieur ou au-dessus de la malléole et après laquelle l'amputé se sert d'une bottine.

Au point de vue de la gravité, les deux opérations ne diffèrent pas.

L'amputation dont il s'agit doit être faite au lieu d'élection, ou par circulaire, ou à lambeaux, ou plutôt à un lambeau pour que l'os ne soit pas en contact avec la cicatrice. Le lambeau, on peut le prendre à la partie intérieure, mais le trop grand volume du muscle peut faire descendre la cicatrice. Il faut donc faire une amputation à lambeau externe par transfixion. On a toujours de la gangrène du lambeau, parce que l'artère tibiale antérieure, n'est généralement pas dans le lambeau. Il faut, à partir du point où doit porter la section de l'os, faire une incision parallèle à la

crête du tibia, incision égale au diamètre plus un tiers, puis contourner la face externe et remonter au point diamétralement opposé. On devra ensuite diviser la peau et la couche grasseuse, puis disséquer la peau en une longueur de trois centimètres pour avoir un lambeau cutano-musculaire. On remplacera ensuite le couteau par un bistouri, on disséquera la face externe du tibia pour arriver au ligament inter-osseux qu'on entamera même pour comprendre l'artère.

Il faudra ensuite relever les muscles de l'autre face on disséquant les péroniers et faire même un petit lambeau interne. On émoussera avec une lime la crête du tibia.—*Praticien.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**De la délivrance artificielle.** Clinique de M. le prof. BUDIN, à l'hôpital de la Charité.—Par délivrance on entend, d'une façon générale, l'expulsion ou l'extraction de l'arrière-faix. Il y a expulsion, lorsque la délivrance s'accomplit sous l'action des seules forces de la nature, c'est à dire quand elle est déterminée par les contractions utérines, par les contractions vaginales et par l'effort combinés. Il y a extraction, au contraire, lorsque l'accoucheur intervient d'une façon quelconque.

Si j'emploie dans ma définition le terme d'arrière-faix et non celui plus couramment usité de placenta, c'est que je veux attirer votre attention sur les membranes ; elles font partie de l'arrière-faix, comme le cordon et le placenta, et leur sortie ne doit pas être envisagée comme un simple épiphénomène dénué d'intérêt au point de vue clinique.

Je ne veux pas vous décrire aujourd'hui le mécanisme de la délivrance ; je vous en rappellerai seulement les trois temps, de façon à pouvoir m'appuyer sur l'acte physiologique pour mieux vous montrer une anomalie, ses accidents, ses complications, ainsi que les moyens d'y porter remède.

Dans le premier temps, le placenta se détache de la paroi utérine ; dans le deuxième, il passe de la cavité utérine dans le vagin ; dans le troisième, il quitte la cavité vaginale et est expulsé hors des voies génitales.

Toutes les fois que l'arrière-faix se détache de l'utérus, franchit le col, le vagin et la vulve, sous la seule influence des contractions et de l'effort, on dit que la délivrance est *spontanée*.

D'autres fois, et c'est là un fait habituel, le placenta s'est décollé, a traversé le col et s'est arrêté dans le vagin ; on intervient pour le troisième temps, soit par des tractions sur le cordon, soit par des pressions manuelles exercées de haut en bas sur

l'utérus, soit par ces deux modes d'action réunis. La délivrance est alors dite *naturelle*. N'oubliez jamais que la première condition qui doit exister pour qu'on soit autorisé à pratiquer la délivrance naturelle est le décollement préalable du placenta et des membranes. C'est quand ces dernières sont complètement séparées de la paroi utérine que le placenta arrive en général jusqu'à la partie inférieure du vagin. S'il n'y a pas d'indication spéciale, tenter la délivrance naturelle alors que le placenta est encore élevé, serait s'exposer à la déchirure et à la rétention des membranes. Leur adhérence à la paroi utérine peut être très intime et je me souviens d'un fait d'opération césarienne, dans lequel mon collègue M. Ribemont-Dessaigne eut beaucoup de peine à les détacher avec la main, bien qu'il procédât à ciel ouvert.

Il arrive parfois cependant que le premier temps s'exécute normalement, mais que le placenta ne franchit pas l'orifice externe. La cause de cet arrêt peut être toute mécanique et tenir, soit à un excès de volume du placenta, comme nous l'avons observé récemment dans un cas de grossesse multiple, soit à ce que l'utérus en antéflexion présente un coude qui s'oppose à l'issue de l'arrière-faix. Dans ces circonstances, l'expression utérine seule ou mieux encore combinée avec quelques tractions exercées dans une direction convenable sur le cordon, triompheront facilement de l'obstacle. Il s'agit encore là d'une délivrance naturelle, bien qu'on intervienne pour le troisième et pour le second temps.

Si le placenta, arrêté sur l'orifice ou en partie engagé dans le col, est facilement accessible par le vagin, on peut aussi le saisir avec deux doigts ou avec la main tout entière et l'entraîner au dehors. C'est là ce qu'on a appelé méthode de préhension directe du placenta et ce qu'on peut nommer plus simplement, avec M. Loviot, la délivrance *manuelle*. Cette délivrance manuelle est distincte de la délivrance artificielle, telle que nous allons l'envisager.

Cette délivrance *artificielle* consiste dans l'introduction totale de la main dans l'utérus ; cette introduction a pour but de déterminer ou de compléter le décollement du placenta. Dans la délivrance artificielle on intervient donc pour le premier temps.

Je ne veux que vous indiquer succinctement les *indications* de la délivrance artificielle pour m'attacher surtout à la description du manuel opératoire. Parmi ces indications la première à citer et par son importance et par sa fréquence, est l'hémorrhagie. Une femme accouche, peu de temps après elle perd une notable quantité de sang ; cette hémorrhagie se produit soit spontanément, soit parce qu'on a exercé des tractions intempestives sur le cordon ombilical ; on touche et le doigt ne rencontre l'arrière-faix ni dans le vagin, ni dans le col ; il y a eu décollement partiel du placenta et inertie de l'utérus. Il faut de suite, pour obtenir l'hémostase, pratiquer la délivrance artificielle. Telle est la

cause qui a nécessité notre intervention dans deux des trois cas que je viens de vous signaler.

Dans d'autres faits, le placenta reste adhérent en totalité ou en partie à la paroi utérine et la délivrance n'a pas lieu. Quand l'adhérence est totale, il n'y a pas d'hémorrhagie, puisqu'aucun sinus n'est ouvert; quand l'adhérence est partielle, l'hémorrhagie ne survient que si, en même temps, il y a inertie.

Il y a des degrés dans la solidité comme dans l'étendue des adhérences. Tantôt le placenta se trouve assez fortement fixé à l'utérus et il ne peut être détaché par des simples tractions sur le cordon ou par l'expression; et cependant il se décolle assez facilement sous l'action directe de la main. Tantôt les connexions qui existent entre l'utérus et le placenta sont tellement intimes, qu'il semble y avoir continuité directe entre les tissus. Assurément, il s'agit là de faits rares; il me serait facile cependant de vous en citer plusieurs. Je me souviens qu'un jour, en 1872, pendant mon internat à la Maternité, M. Tarnier m'apporta un placenta en me priant de rechercher s'il n'était pas resté de fibres musculaires à sa surface, tant la délivrance artificielle avait été rendue laborieuse par le fait des adhérences. Cette même année, j'eus à faire l'autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie. On croyait que l'extraction de l'arrière faix, pratiquée par la sage-femme en chef, avait été complète; cependant, à l'ouverture de l'utérus, on constata la présence d'un cotylédon placentaire long de trois à quatre centimètres, dont l'adhérence était si intime qu'on ne put le détacher qu'avec l'aide du scalpel.

Dans une troisième catégorie de faits, le placenta se trouve emprisonné dans l'utérus qui est revenu sur lui-même.

Lorsqu'on assiste à une délivrance, il est impossible de préciser à l'avance au bout de combien de temps la simple rétention du placenta deviendra une véritable incarcération: mais on peut souvent reconnaître à quel moment cette dernière va se produire. Il faut pour cela surveiller attentivement par le palper et surtout par le toucher le retrait de l'utérus. Au moment où son orifice se renferme, il devient nécessaire de pratiquer la délivrance. Quelquefois le retrait de l'organe est très rapide et on doit particulièrement le redouter lorsque du seigle a été administré. Deux observations que je vais vous rapporter vous montreront combien il faut être prudent dans l'emploi de ce médicament. Le professeur Depaul avait l'habitude, dans les cas de présentation du siège, de faire prendre aux femmes du seigle ergoté pour faciliter l'expulsion de la tête restée la dernière; dans un cas de ce genre qui se passa à l'ancienne Clinique, on eut à ranimer l'enfant né en état de mort apparente. Après une demi-heure d'efforts, d'ailleurs couronnés de succès, consacrés à soigner l'enfant, la sage-femme en chef revint à l'accouchée qui ne perdait pas de sang. Le placenta se trouvait emprisonné et l'utérus, complètement



revenu sur lui-même, s'opposait à la pénétration de la main et même du doigt : on attendit et on eut recours aux antispasmodiques pour faire céder l'obstacle. Rien ne fit ; le placenta se putréfia et la femme mourut sans avoir été délivrée.

Je me souviens encore d'une jeune femme assez riche qui, après avoir consulté M. Tarnier pendant sa grossesse, crut devoir se confier pour son accouchement aux soins d'un vieux médecin, n'ayant pas même le titre de docteur. Avant la délivrance, il survint une perte de sang très abondante, et ce praticien, au lieu de faire immédiatement l'extraction du délivre, lui administra une forte dose de seigle ergoté. Appelé la nuit auprès de la malade, je la trouvai très pâle, presque exsangue ; l'utérus totalement revenu sur lui-même avait la consistance d'un morceau de bois, et son orifice, rétracté, étranglait pour ainsi dire le cordon qui pendait au dehors. Malgré l'emploi du chloroforme et de la morphine, il fut absolument impossible de vaincre cet état tétanique, et la femme succomba à la septicémie.

En dehors du retrait total de l'utérus, lié le plus souvent à l'emploi malheureux du seigle ergoté, on peut encore observer la rétraction limitée à la partie inférieure du corps. Dans ce cas, l'organe prend dans son ensemble la forme d'un sablier, c'est l'hour-glass.

Parfois c'est une autre portion du corps de l'utérus qui se contracte isolément et retient le placenta. Le fait se produit en général au voisinage d'une des cornes, ce qui s'explique par l'existence des cercles musculaires autour de l'orifice des trompes : il y a enchatonnement du placenta qui se trouve emprisonné en totalité ou en partie, qu'il soit demeuré adhérent ou non à la paroi utérine. L'existence de cet enchatonnement a été mise en doute, mais je puis vous affirmer qu'elle est réelle ; j'en ai observé pour ma part plusieurs exemples très nets.

Telles sont les trois grandes indications de la délivrance artificielle : les hémorrhagies, les adhérences et l'emprisonnement du placenta. Nous en aurions d'autres à étudier, mais elles ont trait à des cas trop spéciaux pour que je veuille les aborder en détail. On peut, en effet, pratiquer cette opération lorsqu'il existe une rupture utérine, lorsque la femme est agonisante ou dans certains cas de placenta prævia qui ont été le point de départ d'une hémorrhagie très grave, en un mot lorsqu'il faut terminer l'accouchement le plus tôt possible. Citons enfin, pour mémoire, la délivrance artificielle dans l'avortement, dans l'inversion utérine, dans l'opération césarienne ou dans la laparotomie pratiquée pour une grossesse extra-utérine.—(A suivre.)

**Quand faut-il appliquer le forceps.**—(1) Voyons maintenant un autre groupe de cas dans lesquels l'intervention à l'aide du

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

forceps est nécessaire : le travail dynamique est normal, la contraction utérine est régulière et suffisante, il n'y a pas de disproportion entre le volume du fœtus et les dimensions du bassin ; et cependant il y a intérêt à intervenir rapidement par suite d'un incident qui menace la vie du fœtus ou la vie de la mère.

L'indication la plus fréquente dans cet ordre d'idées est fournie par le ralentissement, l'irrégularité ou l'absence des *bruits du cœur fœtal*. Il n'est pas besoin de dire que l'accoucheur doit toujours avoir à sa disposition un stéthoscope et qu'il doit s'en servir fréquemment pendant la période d'expulsion. Si donc les battements du cœur qui tout à l'heure étaient normaux, deviennent irréguliers, très précipités ou très ralentis, si surtout ils viennent à disparaître en dehors de toute contraction utérine, il faut recourir au forceps et extraire rapidement l'enfant dont l'état de souffrance est encore souvent traduit par l'issue du méconium et la formation d'une bosse séro-sanguine considérable.—Quelle que soit la cause de cette perturbation dans la circulation fœtale (compression du cordon, travail trop prolongé, hémorrhagie, etc.), il faut intervenir rapidement—sous peine de laisser périr l'enfant.

D'une manière générale, on peut dire que toute cause qui met gravement en danger la vie de la mère ou du fœtus, crée une indication formelle pour recourir au forceps, lorsque, bien entendu, les conditions requises sont réalisées. Ainsi, lorsqu'une femme est prise, en plein travail, d'une attaque d'*éclampsie*, il y a grand intérêt à la délivrer aussi promptement que possible ; on a ainsi, de plus, des chances d'avoir un fœtus vivant et de faire cesser les accidents convulsifs. De même, toute tare qui gêne la mère pour faire des efforts suffisants au moment de la période d'expulsion (tuberculose, affection cardiaque, hernie, etc.) nécessite l'intervention de l'accoucheur. De même, lorsqu'on a quelque raison de craindre qu'une rupture utérine ne se soit produite ou lorsqu'une hémorrhagie inquiétante détermine des tendances syncopales.

Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les *présentations du sommet* : c'est qu'en effet le forceps, qu'ils s'agisse du forceps de Levret ou du forceps de Tarnier, (que nous préférons avec nombre d'accoucheurs modernes), le forceps est construit de manière à n'être appliqué que sur le sommet et même sur le sommet fléchi. Cependant on y a recours dans la pratique pour les présentations de la face et même pour les présentations du siège.

Pour les *présentations de la face*, nous dirons qu'il ne faut recourir que *très tardivement* au forceps ; l'expectation peut d'ailleurs être prolongée beaucoup plus longtemps que dans les présentations du sommet. De plus, lorsqu'on applique le forceps sur la face, on se trouve entre deux écueils ; ou bien la prise n'est pas solide et l'on risque de déraper, ou bien la prise est très solide, mais on n'obtient cette solidité qu'au risque très grand de fléchir la tête. Cependant, dans nombre de cas où la face est déjà engagée et où il y a intérêt à terminer l'accouchement rapidement, le forceps rend de grands services.

Nous ne dirons que peu de choses des indications du forceps dans les *présentations du siège* ; c'est un élève du prof. Tarnier, le Dr. Olivier, qui a essayé récemment de les remettre en honneur. On n'est autorisé à se servir du forceps que lorsqu'il y a une présentation du siège décomplétée (mode des fesses), lorsque le sacrum est en arrière et qu'on éprouve de grandes difficultés pour abaisser un pied.

Nous ne parlerons pas non plus de l'application du forceps sur la tête dernière, qui est une opération obstétricale exceptionnelle.

Lorsqu'on a la certitude absolue que le fœtus à terme est mort depuis quelque temps, qu'on n'a aucune chance de le ranimer, l'application du forceps ne peut être qu'une méthode de nécessité : il lui faut préférer la basiotripsie, opération plus facile à pratiquer et qui cause, toutes choses égales d'ailleurs, moins de lésions du côté des parties maternelles.

En résumé, nous avons vu que les principales indications de l'application du forceps étaient les suivantes : inertie utérine, insuffisance des contractions utérines, incident indiquant que la mère ou le fœtus sont en danger.

Nous ajouterons que, dans quelques cas, certaines manœuvres non instrumentales suffisent à amener l'expulsion du fœtus. C'est ainsi que le cathétérisme de la vessie est parfois très utile et qu'à près avoir vidé la vessie, on est tout étonné de voir les contractions utérines devenir plus fortes et l'accouchement se terminer rapidement : parfois il suffit de pratiquer le cathétérisme évacuateur pour qu'une tête fœtale, qui jusque-là était restée élevée, s'engage profondément et pour que l'expulsion du fœtus ait lieu rapidement, alors qu'on pouvait craindre quelques instants auparavant d'être obligé de recourir au forceps.—C'est ainsi qu'à l'aide de la manœuvre indiquée par le professeur Tarnier on peut réduire les positions postérieures en antérieures et faciliter ainsi l'accouchement.—C'est ainsi encore qu'en relevant le siège de la femme à l'aide d'un drap roulé, on rend plus efficace les contractions utérines.—Enfin, les injections très chaudes peuvent souvent réveiller la contractilité de la fibre utérine et éviter à la femme une intervention.

Il faut songer à tous ces petits moyens, lorsqu'on se trouve en présence d'une femme chez laquelle on craint d'être obligé de recourir au forceps ou même chez laquelle on est appelé pour faire une application de forceps ; il faut être bien convaincu que la patience doit être la qualité dominante de l'accoucheur. Il faut se rappeler qu'on fait souvent une œuvre bien plus utile en sachant attendre, en aidant la terminaison spontanée de l'accouchement, qu'en délivrant rapidement la femme à l'aide d'une opération même brillante ; il faut se rappeler que la première condition pour qu'une application du forceps soit une bonne opération, c'est qu'elle soit *utile* et surtout *nécessaire*.—Dr. LEPAGE in *Concours médical*.

**De la mort subite puerpérale,** par le Dr. AUVARD.—Parmi les différentes causes de mort subite, les plus fréquentes sont les suivantes : a) embolie pulmonaire ; b) ontrée de l'air dans les veines ; c) syncope ; d) choc ; e) hémorrhagies ; f) maladies diverses. De toute cette série de causes, les trois premières seules produisent, à proprement parler, la mort subite, imprévue, qui frappe la femme dans un état de santé bon en apparence ; dans les autres cas, l'accoucheur est toujours plus ou moins prévenu d'une terminaison fatale possible. Étudions les unes après les autres les causes de mort subite.

a) *Embolie pulmonaire.*—La mort est alors due à la pénétration dans le cœur droit et à l'arrêt dans le tronc de l'artère pulmonaire ou de ses branches, d'un caillot migrateur provenant d'une veine périphérique. Pour qu'il y ait embolie pulmonaire, il faut donc : 1<sup>o</sup> qu'il y ait coagulation du sang dans une veine ; 2<sup>o</sup> que le caillot se détache et soit entraîné par le courant sanguin jusqu'au cœur droit. Les accidents diffèrent suivant que le caillot est plus ou moins volumineux ; le lieu commun entre ces accidents, c'est leur gravité et la soudaineté de leur apparition dans un état de santé relativement excellent. Quand la mort subite survient, il s'agit généralement d'une femme qui se lève pour la première fois après ses couches, ou qui s'assied sur son lit pour changer ce linge, pour prendre son repas ; aussitôt elle pousse un cri, une plainte, souvent à peine a-t-elle le temps de s'écrier : " J'étouffe, je meurs," la tête et le tronc se renversent en arrière : la femme a cessé de vivre. Quelquefois la mort est moins rapide, mais non moins terrifiante. Le diagnostic est assez facile pour les raisons suivantes : soudaineté des accidents, cause de leur production (mouvement de s'asseoir ou de se lever), phlegmatia antérieure, dyspnée, suffocation immédiate, faiblesse du pouls, refroidissement des extrémités.

Le traitement ne peut enrayer les accidents ; mais il faut s'opposer à la production de l'embolie en traitant la cause, c'est à-dire la phlébite, et en exigeant à la suite de cette maladie une longue période de repos.

b) *Entrée de l'air dans les veines.*—On admet aujourd'hui la possibilité de l'introduction de l'air dans les veines par les sinus utérins et l'existence de la mort subite par ce mécanisme. L'intensité des symptômes dépend de la quantité d'air qui a été introduite dans la circulation pulmonaire. Ces symptômes ressemblent d'ailleurs beaucoup à ceux de l'embolie pulmonaire : même soudaineté des accidents, même dyspnée, même suffocation, même soif d'air, même anxiété. Les dissemblances portent : 1<sup>o</sup> sur le moment d'apparition des accidents qui surviennent pendant ou peu après l'accouchement dans les cas d'entrée de l'air dans les veines ; 2<sup>o</sup> sur l'existence de convulsions qui manquent dans l'embolie pulmonaire ; 3<sup>o</sup> sur l'auscultation qui fait entendre au

niveau de la région précordiale un bruit particulier, un bruit de battage.

Quand la mort n'est pas instantanée, il faut agir comme si l'embolie aérienne ne devait pas être mortelle et pratiquer la respiration artificielle. La prophylaxie de ces graves accidents est très importante : faire garder à la femme le repos absolu après l'accouchement, lui défendre de s'asseoir et surtout de se lever ; la faire coucher sur le dos ; ne rien faire pour que l'expulsion du placenta soit très rapide. De plus, quand on fait une injection vaginale ou une injection intra-utérine, il faut prendre garde de ne pas injecter de l'air en même temps que le liquide.

c) *Syncope*.—Les cas, décrits sous ce titre étiologique, ne sont souvent que des faits où on ignore le pourquoi de la mort : l'autopsie est négative, on ne trouve pas de cause suffisante pour expliquer la mort des femmes en couches et on se range, comme pis-aller, au diagnostic syncope.

Cet accident peut survenir à la suite d'hémorragies très abondantes ou répétées, à la suite de l'évacuation trop rapide du contenu utérin (hydropisie de l'amnios, grossesse multiple), ou bien à la suite d'une forte émotion morale. Aussi ne faut-il pas changer de position la femme très anémiée qui vient d'accoucher : l'usage du lit de misère doit donc être proscrit.

d) *Choc*.—Les cas de mort rapide par choc surviennent pendant le travail ou peu après l'accouchement : la symptomatologie est plus ou moins analogue à celle du choc consécutif aux grandes opérations et aux grands traumatismes. Il s'agit presque toujours de femmes épuisées par un long travail, par des douleurs vives et prolongées. La rupture de l'utérus, l'inversion utérine totale peuvent encore produire ces phénomènes mortels de choc.

e) *Hémorragies*.—En dehors des hémorragies graves de la grossesse, comme celles qu'amène l'insertion vicieuse du placenta ou la rupture d'une varice génitale, et qui peuvent être causes de mort rapide, on peut citer trois variétés d'hémorragies qui, après l'accouchement, sont susceptibles de produire une mort subite ou plutôt prompte. Ce sont :

1° L'hémorragie foudroyante causée par l'inertie utérine ;  
2° l'hémorragie latente ou interne qui se fait dans l'intérieur de l'utérus relâché ou dans le péritoine à travers une solution de continuité du muscle utérin ; 3° l'hémorragie silencieuse dans laquelle le sang s'accumule dans le vagin et ne s'écoule que peu à peu au dehors.

f) *Maladies diverses*.—Par ordre de fréquence, les affections cardiaques qui peuvent produire la mort pendant l'état puerpéral sont : le rétrécissement mitral, les lésions mitrales complexes, l'insuffisance aortique, l'insuffisance mitrale, la péricardite, la rupture du cœur.—Souvent la mort ne survient pas seulement par syncope, mais encore à la suite de complications pulmonaires

ou pleurales, telles que congestion pulmonaire double, œdème pulmonaire, doubles épanchements pleuraux.

A côté des affections cardiaques et pulmonaires, il faut citer la mort subite par rupture des anévrysmes thoraciques, rupture de l'aorte, hémorrhagie cérébrale, hémorrhagie méningée.—Dr. LE-PAGE, in *Concours médical*.

**Hémorrhoides puerpérales**, par M. le prof. BUDIN.—M. Budin, à la Clinique d'accouchements, a consacré une leçon à l'étude des hémorrhoides pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Chez une femme qui avait des hémorrhoides enflammées et étranglées, il fut obligé d'administrer le chloroforme pour obtenir la réduction du paquet hémorrhoidal. Dès les premières inhalations, la douleur disparut, et les hémorrhoides furent réduites sans occasionner de souffrances, alors que la malade avait conscience de ce qu'on lui faisait et de ce qui se passait autour d'elle. M. Budin confirme la vérité de ce fait, nié par plusieurs, que l'analgésie peut être obtenue avec le chloroforme, qu'elle peut permettre d'exécuter quelques opérations sans suppression de sentiment; de cette analgésie à l'anesthésie obstétricale, il n'y a qu'un pas.

Les hémorrhoides ne pourront pas être confondues avec les végétations du pourtour de l'anus pendant la grossesse. Un examen attentif permettra de reconnaître une hémorrhagie due à la présence des hémorrhoides, et de ne pas l'attribuer soit à un placenta prævia, soit à un avortement imminent.

Pendant le travail de l'accouchement, les hémorrhoides peuvent naître sous l'influence des efforts d'expulsion, de la compression du plancher périnéal par la tête fœtale. Quand la tête apparaît à la vulve, elles deviennent extrêmement volumineuses, tendues, et menacent d'éclater, mais ce qu'il y a surtout à craindre, c'est que les veines ne se rompent après le périnée. M. Budin, dans un cas, dut recourir à l'incision médio-latérale préventive du périnée pour prévenir cet accident.

Les hémorrhoides sont susceptibles d'apparaître pendant les suites de couches, sous l'influence de la constipation.

En même temps qu'une altération générale, il y a de vives douleurs qui peuvent faire croire à des accidents puerpéraux. Mais l'examen lève les doutes. On doit recourir à la méthode de retournement de la muqueuse rectale, décrite par M. Tarnier, on fera saillir au dehors, des régions assez élevées de la paroi antérieure du rectum où siègent des tumeurs hémorrhoidaires.

Le pronostic est bénin, le traitement simple. Ce dernier d'abord préventif et s'adressant à la constipation de la grossesse, qui sera combattue par les moyens connus. Si les hémorrhoides existent, on fera des lotions avec de l'eau chaude à 50 degrés. Pendant l'accouchement, on devra surveiller et diriger l'expulsion de la

tête, et, s'il est besoin, faire l'épisiotomie médio-latérale, comme il a été dit plus haut. Pendant les suites de couches, on fera des badigeonnages de cocaïne et des injections de morphine ; si l'étranglement existe et que les hémorroïdes ne se flétrissent pas d'elles-mêmes et rapidement, on devra en opérer la réduction sous le chloroforme.—*Progrès médical.*

---

## PÆDIATRIE.

---

### Traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants.

—Clinique de M. le Dr. DESCROIZILLES à l'hôpital des Enfants-Malades. Mon intention est de parler aujourd'hui du traitement de la pneumonie franche aiguë chez les enfants, à propos d'un cas de cette nature que nous avons aujourd'hui dans nos salles et que je veux vous résumer brièvement.

C'est un garçon de 13 ans qui a été pris brusquement, en pleine santé, d'un frisson violent. C'était le 30 décembre 1888. Il sentit en même temps un point de côté ; mais, sans tenir compte de ces symptômes, il sort et continue ses jeux. Mais il rentre bientôt, et c'est pour se mettre au lit. Nous l'avons vu le lendemain matin.

A ce moment, nous constatons simplement à gauche une grande faiblesse du murmure vésiculaire ; le lendemain de son entrée nous entendons des râles sous-crepitants. Le diagnostic s'impose. Nous prescrivons des ventouses, un vomitif, puis une potion au kermès. Par la suite il survient des crachats rouillés. Le dixième jour la fièvre tombe et les phénomènes d'auscultation disparaissent, de telle sorte qu'aujourd'hui il pourrait être considéré comme guéri, et capable de se lever, si nous étions très circonspect et très prudent sur la première levée.

Voilà donc un type de pneumonie franche chez un enfant. Je crois l'occasion bonne pour vous dire quelques mots du traitement de la pneumonie infantile.

Et tout d'abord, faut-il traiter la pneumonie franche des enfants ? ou bien faut-il s'en tenir à l'expectation ? Question bien embarrassante, quand on veut la résoudre avec ce qui se trouve dans les livres. Ceux d'entre vous, en effet, qui sont au courant de la question par leurs lectures, savent que d'éminents pathologistes dont l'autorité fait foi en pathologie infantile, enseignent que non seulement il est inutile de traiter les jeunes sujets atteint de pneumonie, mais encore que le traitement est nuisible. Traiter la pneumonie, d'après eux, c'est prolonger la durée, affaiblir le malade dont la convalescence s'éternise, c'est quelquefois provoquer un désastre.

A mon sens, cette opinion est exagérée et les pathologistes qui l'ont accréditée sont allés trop loin en conseillant l'abstention systématique et l'expectation complète. Agir d'après leurs préceptes, dans tous les cas, serait fort imprudent. Il faut seulement vis-à-vis de la pneumonie franche, comme vis-à-vis de la plupart des autres maladies, on pourrait dire de toutes les autres maladies observées chez les enfants, savoir s'en tenir en thérapeutique au strict nécessaire, parer aux principales indications, atténuer dans la mesure du possible les symptômes les plus pénibles pour le malade. On dit que la plupart des cas traités par l'expectation ont une très courte durée ; peut-être leur durée eût-elle été plus courte encore, s'ils eussent été traités avec un peu plus d'énergie. On dit, d'autre part, que les cas dans lesquels une médication a été faite, sont plus longs et suivis d'une convalescence plus difficile, d'un rétablissement plus tardif et moins décisif que ceux dans lesquels l'état pathologique a été abandonné à lui-même ; mais qui nous prouve qu'on ait raison en tenant ce langage ? Ces cas de pneumonie auxquels je fais allusion, sont peut-être des cas exceptionnellement rares ; leur longue durée, leur terminaison incomplète ou même fâcheuse sont peut-être imputables à leur nature particulière, à celle du terrain affecté, et non à tel ou tel système curatif appliqué mal à propos. Nous avons tendance, nous autres médecins, à nous accuser trop volontiers de méfaits dont nous ne sommes pas coupables. Nous arrivons trop souvent aussi au découragement, le défaut capital chez un médecin et qu'on ne rencontre jamais, soyez en sûrs, chez les charlatans. Néanmoins, la question d'abstention en thérapeutique offre encore un côté qu'on ne peut passer sous silence : ce sont les préoccupations des parents qui ne comprennent pas souvent nos hésitations, et nous reprochent ou un manque de confiance dans nos moyens thérapeutiques, ou un défaut d'énergie dans leur application.

Sachez d'ailleurs que les enfants, surtout les enfants de 8 à 15 ans, supportent admirablement les médications les plus actives. Je vous rappellerai que bien de ces pneumonies, qui ont à leur début toutes les allures d'une pneumonie aiguë, ont après ce commencement si franc une allure douteuse et finalement une marche analogue à celles des maladies chroniques, et que toute affection de poitrine chez l'enfant est à surveiller, à suivre ; vous savez aussi que la tuberculose infantile apporte souvent au début la physionomie de la phlegmasie la plus franchement aiguë.

Vis-à-vis des cas de cette nature, le praticien n'aura jamais raison ; s'il n'a pas agi on lui reprochera son inaction comme une impuissance, son inertie comme de l'ignorance, on lui imputera à mal la fâcheuse tournure qu'a prise la maladie. Et lui-même ne sera peut-être pas en droit de s'absoudre complètement.

Il faut donc traiter la pneumonie ; rester dans l'expectative c'est presque toujours laisser échapper l'occasion de soulager le



*malade, de lui venir en aide pour lutter contre le mal, mais ceci posé, comment agir? A quelle médication s'arrêter? Aurons-nous recours aux antiphlogistiques, aux révulsifs, aux antithermiques, aux contre stimulants, aux excitants diffusibles, aux béchiques, aux toniques, aux calmants? De cette longue énumération tout est à retenir, il faut savoir y choisir: là est le secret de la médication du choix. C'est au tact du médecin d'appliquer à chaque cas particulier ce qui lui convient, et ce qui peut être utile au malade.*

La pneumonie est une maladie inflammatoire. Les antiphlogistiques ont donc leur raison d'être; et au premier rang de ceux-ci j'ai nommé les émissions sanguines. Autrefois, et ce temps-là n'est pas encore si éloigné, on saignait, on saignait même plusieurs fois. De nos jours la phlébotomie a perdu ses adeptes, et c'est à juste titre que Barthez, Sanné, Trousseau et autres proscrivent absolument la saignée générale dans la pneumonie aiguë des enfants. Je n'ai pour ma part jamais cru devoir la conseiller; et ceux d'entre vous qui vont exercer dans les villes et principalement dans les grandes villes n'auront jamais l'occasion peut-être d'y avoir recours. Mais ceux qui exerceront dans les campagnes où la vie au grand air et l'exercice rendent les enfants moins chétifs et plus sanguins que dans les villes, pourront peut-être rencontrer chez leurs malades les indications de la saignée. Lors donc que chez un jeune sujet atteint de pneumonie vous rencontrerez les signes de pléthore, un pouls plein et résistant, une forte coloration de la face avec céphalalgie, une haute température, de l'agitation, de la dyspnée, enfin de la turgescence des veines superficielles du cou, vous pourrez prescrire une saignée, et rendre ainsi service à votre malade. Dans ce cas, si vous y avez recours, tirez 100, 120, 150 grammes au plus, et n'y revenez pas.

Voilà pour la saignée générale, moyen exceptionnel. Mais il n'en est pas de même des émissions sanguines locales. Les ventouses scarifiées sont un excellent moyen, vous me voyez y avoir souvent recours. Deux ou trois ventouses, donnant deux ou trois cuillerées de sang, rendent des services signalés, dans les cas où il y a un point de côté violent et de la dyspnée. Une seule application suffit. Je ne vous recommande pas les sangsues, dont l'emploi provoque beaucoup de répugnance chez les enfants et qui sont mêmes parfois inapplicables.

Le point de côté peut aussi se calmer avec une injection de morphine, mais beaucoup d'enfants ont une telle appréhension de ces piqûres que ce moyen n'est pas toujours des plus faciles, surtout si on doit le renouveler.

A l'égard de la méthode révulsive, voici ce que je puis vous dire en peu de mots. Le vésicatoire est peut-être parfois inutile, mais il ne me paraît pas avoir les inconvénients, ni entraî-

ner les dangers qu'on a signalés dans ces dernières années, si on l'applique avec toutes les précautions et tous les ménagements nécessaires vis-à-vis des enfants. La préparations liquides à l'aide desquelles la vésication est obtenue en quelques minutes peuvent rendre ici d'importants services.

Les vésicatoires ont certainement leur utilité, et principalement à la fin de la maladie, lorsque la défervescence tardive ne se fait pas bien, ou bien lorsque les phénomènes d'auscultation ne se modifient pas.

C'est à ce même titre que les applications d'iode peuvent être recommandées.

La température du malade est parfois assez haute et d'une façon assez persistante pour qu'on ait recours aux antithermiques, l'antipyrine en tête, à des doses qui ne dépasseront pas 0,60 à 0,75 centigrammes par 24 heures. Je ne suis pas l'adversaire des bains tièdes ou froids, je ferai simplement remarquer que dans notre milieu parisien, ils sont rarement d'une utilité incontestable et puissante, et que d'ailleurs, pour les appliquer avec fruit, il faut un outillage qui fréquemment fait défaut, soit dans les hôpitaux, soit dans la pratique civile.

On a dit le plus grand mal de la médication contre-stimulante relativement à la pneumonie franche de l'enfant, et en particulier de l'émétique : je crois qu'il y a dans cette défiance beaucoup d'exagération. On a parlé de collapsus, de prolongation de la maladie, d'eschares. C'est d'aller un peu loin, la méthode rasiennienne n'est pas applicable toujours, mais elle peut rendre et rend des services. Pour mon compte j'avoue que je le prescrivis quelquefois à la dose de 1 décigramme, soit dans de l'eau pure, soit dans de l'eau mélangée de sirop de sucre. Non seulement le tartre stibié peut rendre des services en s'opposant à la persistance et à l'excès d'une stimulation contre laquelle il est bon de lutter, mais encore il agit à peu près invariablement comme évacuant, au moins dans certaines limites, et sous ce rapport, il est avantageux de l'employer pour atténuer l'état saburral qu'il n'est pas rare d'observer au commencement de la maladie. Toutefois, je ne prescrivis pas l'émétique aux enfants au-dessous de dix ans ; je ne le prescrivis, quand j'en use, que pour une journée, et j'en fais suspendre l'emploi, si je vois survenir quelque phénomène m'indiquant que la contre-stimulation est suffisamment obtenue.

À la suite de l'émétique, je signalerai la poudre de James composée d'oxide blanc d'antimoine et de phosphate de chaux.

Voici quelques formules que j'emploie :

Emétique.....	0 gr. 10 à	0 gr. 15
Eau.....	60 —	à 80 —

ou bien

Emétique.....	0 gr. 10 à 0 gr. 15
Eau .....	40 — à 50 —
Sirop.....	20 — à 30 —

par cuillerées à café ou à dessert.

La poudre de James a la composition suivante :

Oxyde blanc d'antimoine .....	1 partie.
Phosphate de chaux.....	2 parties.

Chez un bon nombre de jeunes malades, on est conduit par leur physionomie générale, par leur faiblesse, par leur détérioration antérieure à l'apparition de la pneumonie, à prescrire de prime abord les excitants diffusibles et les diaphorétiques, l'acétate d'amoniacque, le café, l'eau-de-vie en nature ou en potion, le rhum, les vins généreux. Citons à la suite de ces agents la poudre de Dover, à la dose de 0,25 centigr. à 1 gramme par jour.

Certains enfants ont dès le début de très hautes températures, 40°, 40,5. En pareil cas on peut s'adresser avec avantage aux antithermiques; l'antipyrine à la dose de 0,80 centigr., l'acide phénique, le salicylate de soude. Je ne suis pas très partisan des bains froids. On a dit qu'ils avaient des indications très nettes et rendaient de grands services, dans les cas où il y a dyspnée, de l'angoisse, une température très élevée. C'est possible. Mais dans notre milieu nous avons rarement l'occasion formelle d'y avoir recours, et puis, l'outillage nous manque, car c'est un point d'une grande importance dans l'application des bains froids, pour qu'on puisse en user sans danger.

J'arrive maintenant au traitement de ces formes qu'on a, du fait de la prédominance d'accidents nerveux plus ou moins graves, caractérisées du nom de pneumonies cérébrales. C'est ici qu'intervient alors la médication spasmodique et calmante, le musc, le bromure de potassium, le laudanum. Si le délire est le symptôme dominant, c'est à l'ergot de seigle, médicament prôné par M. le Dr de Gassicourt que nous aurons recours, à la dose de 0,50 à 1 gramme dans la journée. Enfin ce même médecin, avec son autorité particulière, commande également de hautes doses de chloral, 2, 3, 4 grammes par jour selon les cas et selon l'âge de l'enfant.

Tels sont les moyens que l'arsenal thérapeutique met à notre disposition. Mais n'oublions pas que les enfants sortent le plus souvent anémiés de cette maladie, qu'ils grandissent: donc jamais de diète absolue, complète. Alimentez vos malades le mieux et le plus vite qu'il vous sera possible. D'ailleurs, l'appétit de vos jeunes clients le demandera souvent et de bonne heure après les premiers jours de fièvre.

Reste la question de la première sortie. Je ne saurais trop à ce sujet vous recommander la prudence. Gardez vos malades au lit pendant 10 à 12 jours, et permettez la première sortie seulement au commencement de la troisième semaine.

En résumé, il y a un traitement de la pneumonie dans la première enfance, mais c'est en vain que vous prétendriez à une formule: il n'y en a pas. Il y a des indications symptomatiques, auxquelles un médecin qui sait et qui agit est tenu d'obéir. Et, dans ce traitement comme en toutes choses en médecine, il y va de l'intérêt du malade et du médecin de s'abstenir de toute exagération du système.—*Gazette médicale de Paris.*

**De la néphrite consécutive à la varicelle,** par M. I. UNGER.— On sait que c'est le professeur Hensch, qui a signalé, le premier, en 1884, la présence de l'albumine dans l'urine à la suite de la varicelle. Des cas semblables ont été publiés depuis par Hoffmann, Wichmann, Hægyes, etc. M. Unger a apporté à son tour sept nouvelles observations dans lesquelles il y eut des lésions plus ou moins marquées du rein à la suite de la scarlatine. L'albumine apparaît du sixième au douzième jour après que les vésicules se sont desséchées: ses degrés sont divers.

Dans une première catégorie de faits il n'y a pas de troubles généraux, pas de fièvre, seulement un peu d'albumine dans l'urine qui renferme aussi quelques cellules épithéliales dégénérées et des cylindres colloïdes, quelques leucocytes.

Dans la deuxième catégorie on note un peu de fièvre (38° à 38°,5), de l'agitation et de la mauvaise humeur, quelques douleurs stomacales. L'urine est diminuée, trouble, laisse un dépôt sale, grisâtre ou jaunâtre; on y trouve une grande quantité des épithéliums du rein dégénérés, en cylindres hyalins et granuleux, des globules blancs et quelques globules rouges. L'albuminurie est notable.

Dans la troisième catégorie, qui ne comprend d'ailleurs qu'un seul cas, la fièvre atteignit 39°,5 et s'accompagna de douleurs au niveau des reins, de dysurie, d'œdème de la face et des malléoles, de vomissements et de dyspnée. L'urine est rare, sanguinolente, laisse un dépôt gélatineux d'un brun sale, contient des globules rouges en grand nombre, des cellules et des cylindres granuleux remplis de globules, une très notable quantité d'albumine. Il faut dire que l'enfant était convalescent d'une pneumonie grave.

La guérison survint d'ailleurs chez tous ces petits malades.—  
*Praticien.*

## FORMULAIRE.

**Epilepsie.**

P.—Valérianate de zinc.....	1 drachme
Extrait de belladone.....	6 grains
Poudre de digitale.....	6 "

M.—Faire 20 pilules.—*Dose* : Une pilule trois fois par jour.—*Cincinnati Medical News.*

**Dentition douloureuse.—Viguier.**

P.—Cocaïne.....	2 grains
Sirop.....	2½ drachmes
Teinture de safran.....	10 gouttes

M.—En frictions sur les gencives douloureuses, plusieurs fois par jour.—*La clinique.*

**Hémorrhoides.**

1o P.—Teinture d'hamamélis.....	6 drachmes
Lanoline.....	3 "
Vaseline, q. s. pour.....	8 onces
2o P.—Teinture d'hamamélis.....	6 drachmes
Acide tannique.....	2 "
Lanoline.....	3 onces
Vaseline, q. s. pour.....	8 "

*Western Druggist.*

**Injection Brou.**

P.—Opium ..	
Cachou.....	ââ 1 partie
Safran.....	2 parties
Eau bouillante.....	400 "
Infuser, filtrer et ajouter :	
Acétate de plomb.....	3 "
Sulfate de zinc.....	6 "

*Journal de Pharmacie.*

**Prurit de l'anus et de la vulve.**

P.—Hyposulfite de soude.....	15 grammes
Acide carbolique.....	2.5 "
Glycérine.....	8.0 "
Eau distillée.....	120.0 "

M.—En lotions.—*Dublin Journal of Medical Sciences.*

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : - - Dr. A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, AVRIL 1889

---

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 94, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **83.00 par année** pour les médecins, et de **52.00** pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

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

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

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

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

---

## L'albuminurie intermittente et physiologique.

Au cours d'un article datant déjà de novembre 1887, nous avons résumé, au sujet de la signification pathologique de l'albuminurie intermittente et soi-disant physiologique, les opinions émises à cette époque par SEMMOLA, de Naples, DUBREUILH, de Bordeaux et JOHNSON, de Londres. La conclusion était que cette albuminurie, quelle que fût l'apparente bonne santé du sujet, devait dans tous les cas comporter un pronostic réservé. Pour Johnson, disions-nous, toutes les albuminuries physiologiques sont des néphrites latentes.

Depuis, l'on a continué de s'occuper de cette importante question, et de tous les travaux publiés, depuis la fin de 1887 jusqu'à aujourd'hui, à ce sujet, ceux de Stewart, de Tyson et de Johnson sont à coup sûr les plus remarquables, tant par leur valeur intrinsèque que par l'autorité incontestable de leurs auteurs.

Grainger STEWART dit avoir constaté, après examen de l'urine dans 407 cas, la présence de l'albumine chez un tiers des sujets réputés sains. La proportion serait énorme, comme on le voit. L'auteur, tout en ne reconnaissant pas l'existence de l'albuminurie dite physiologique, admet cependant que la présence d'albumine chez les sujets réputés sains est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit ( $\frac{1}{3}$  de la population); qu'on la constate plus souvent chez ceux se livrant à un exercice violent; qu'elle se fait remarquer plus spécialement après le déjeuner; qu'enfin la seule albuminurie ne doit pas, par elle-même, être, pour la compagnie d'assurance, une raison de refuser les applicants. En résumé, Stewart, tout en faisant certaines réserves assez vagues, incline à croire que l'albuminurie des sujets réputés sains d'ailleurs est beaucoup plus bénigne qu'on ne l'a cru jusqu'à présent.

Tyson, de Philadelphie, dans une communication au Congrès de Washington, admet l'innocuité de l'albuminurie et l'admissibilité d'un risque d'assurance dans les conditions suivantes: 1o si l'appliquant présente, sous tous les autres rapports, les signes d'une santé parfaite; 2o si l'albuminurie ne s'accompagne pas de la présence de cylindres urinaires; 3o si la quantité d'albumine ne dépasse pas le cinquième du volume de l'échantillon examiné; 4o s'il y a absence d'albumine le matin, au lever, et si la densité de l'urine des 24 heures ne descend pas au-dessous de 1015; 5o s'il n'y a pas signe d'hypertrophie du cœur ni d'élévation de la tension artérielle; 6o si le sujet ne dépasse pas 40 ans; 7o s'il n'y a pas de symptôme de goutte et de lésions de la rétine.

Nous doutons fort que le premier albuminurique venu puisse soutenir les rigueurs d'un examen ayant pour but de déterminer ces divers points. Cependant, dans l'esprit de Tyson comme dans celui de Stewart, l'albuminurie peut être physiologique.

JOHNSON, dont tous nos lecteurs connaissent la haute compétence en matière de Brightisme, se range à un avis opposé et, dans un article communiqué tout récemment (2 février 1889) au *British Medical Journal*, établit que:

1. La présence de l'albumine dans l'urine, quoique en petite quantité et intermittente, est toujours un phénomène pathologique.

2. L'examen des urines dans les maladies, même les plus légères, a fait découvrir l'albuminurie chez beaucoup de jeunes gens et d'adolescents qui sont très aptes à en subir les causes, telles que le froid, l'humidité, le surmenage.

3. L'albuminurie intermittente ou persistante des personnes jouissant d'une bonne santé apparente n'a pas un aspect clinique assez particulier pour justifier les termes de physiologique, fonctionnelle ou cyclique. Le terme d'albuminurie de l'adolescence est d'autant plus impropre que ce symptôme s'observe à tout âge.

4. Dans presque tous les cas d'albuminurie, il est possible par un examen soigneux de remonter à la cause.

5. Presque tous les cas de néphrite aiguë passent par un stade d'albuminurie intermittente en marchant vers la convalescence, et inversement on peut presque toujours relever l'existence d'une néphrite aiguë dans les antécédents d'une albuminurie intermittente.

6. L'albuminurie intermittente est curable si l'on tient compte de ses causes en les combattant par des moyens appropriés, tandis que leur négligence conduit à la forme persistante qui elle-même peut entraîner des désordres irrémédiables des reins, alors même qu'elle ne se révèle par aucun trouble de la santé générale.

7. Il résulte de ces prémisses qu'on doit examiner l'urine dans toute maladie, si bénigne qu'elle soit en apparence, comme chez tout candidat à l'assurance sur la vie, quelque robuste qu'il soit.

8. En outre, il faut examiner l'urine non seulement après le repos au lit, mais avant et après le repas et les exercices corporels.

Il résulte donc de ce qui précède que la seule présence d'albumine dans l'urine, si elle n'est pas par elle-même une raison péremptoire de faire rejeter un *risque* alors que le sujet paraît parfaitement sain d'ailleurs, il n'en est moins avéré qu'il s'agit là d'un état que l'on pourrait appeler extra-physiologique et au sujet duquel l'avenir seul peut nous aider à infirmer ou à confirmer un pronostic qui, dans l'espèce, doit toujours être réservé.

---

### Encore le traitement du tabes.

---

Dans un précédent article, (livraison de mars) nous avons mentionné les bons résultats obtenus par M. Charcot dans le traitement du tabes par la suspension, tout en nous demandant quel pouvait bien être le mode d'action de celle-ci : modifications dans la circulation de la moelle ou élongation des nerfs qui en émanent. Cette dernière hypothèse serait-elle la vraie ? Les résultats obtenus par BENEDIKT, de Vienne, sembleraient le prouver dans une certaine mesure. Benedikt a amélioré considérablement deux tubétiques en pratiquant sur eux l'élongation des nerfs ischiatiques. Les symptômes améliorés ont été : les douleurs névralgiques, l'anesthésie, les douleurs rachialgiques, l'incoordination motrice, la paraparésie.

Le succès de l'élongation, d'après Benedikt, dépend de la période à laquelle on la pratique. Si l'application est récente, le succès est certain. Quand la maladie est invétérée, les chances sont moindres, mais même dans ces cas on obtient avec l'élongation des succès que ne donne aucun autre agent thérapeutique. Enfin, l'élongation non sanglante semblerait être moins efficace que l'élongation sanglante.



## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DUDLEY.—*Pressure forceps versus the ligature and the suture in vaginal Hysterectomy* by E. C. DUDLEY, Chicago, Philadelphia and Wm. J. DODNAN, printer, 1888.

—**THÉVENIN**—**Dictionnaire abrégé des sciences physiques et naturelles**, par ED. THÉVENIN, revu par H. DE VARIGNY, docteur ès sciences, 1 fort volume in-18 de 630 pages, imprimé sur 2 colonnes, cartonné à l'anglaise, 5 francs, (FÉLIX ALCAN, éditeur.)

Tous les termes se rapportant aux sciences suivantes y sont expliqués succinctement : *physique, chimie* (avec les formules des corps composés), *botanique, zoologie, géologie, minéralogie, agriculture, mathématiques, astronomie, médecine, physiologie, biologie, pharmacie, chirurgie, art vétérinaire, etc.* Ce livre comble une lacune dans les bibliothèques des personnes qui ne peuvent acheter les grands dictionnaires. Il sera utile à tous ceux qui s'intéressent aux sciences, à ceux qui, lisant des ouvrages et des journaux scientifiques ou des comptes-rendus de sociétés savantes, peuvent être arrêtés à chaque instant par des termes techniques dont l'explication ne se trouve pas dans nos lexiques français. Il rendra également les plus grands services aux étrangers, les dictionnaires en deux langues ne contenant pas en général l'explication des mots scientifiques.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Notre bienveillant confrère de l'*Hygiène pratique* (Paris) a reproduit de nombreux extraits de l'article de M. le Dr. Brennan sur l'*hygiène scolaire et domestique des enfants*.

Au moment où nous mettons sous presse, les examens pour l'admission à la pratique de la médecine ont lieu dans les diverses Facultés à Montréal et à Québec. Dans notre prochain numéro nous donnerons une liste complète des candidats heureux.

**Association des internes de l'hôpital Notre-Dame.**—La prochaine réunion se tiendra à l'hôpital, jeudi, le 18 avril, à 8.30 p.m.  
 Ordre du jour—Dr. CORMIER : *Un cas de lithiase rénale.*  
 Dr. DESROSIERS : *Calculs du rein au cours de la maladie de Bright* (pièces pathologiques).

*Un cas de congestion pulmonaire traité par la saignée.*

**Congrès international de thérapeutique et de matière médicale.**—Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, le Congrès aura

lien à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. MOTTARD-MARTIN, président ; DUJARDIN-BEAUMETZ, vice-président ; CONSTANTIN PAUL, secrétaire général ; P.-G. BARDET, secrétaire général adjoint ; LABBÉ, secrétaire de la section de thérapeutique, et R. BLONDEL, secrétaire de la section de matière médicale.

Le congrès sera divisé en deux sections : l'une de thérapeutique, l'autre de matière médicale. Chacune des deux sections pourra délibérer à part dans des salles séparées, aux séances de la matinée consacrées aux questions particulières laissées au choix des membres du congrès ; les séances du jour seront communes et réservées à la discussion des questions posées par le Comité d'organisation du congrès.

*Première question.*—Des antithermiques analgésiques : Chimie et pharmacologie de ces corps,—action physiologique et usages thérapeutiques,—lois qui peuvent permettre d'établir une relation entre la fonction chimique et la fonction physiologique. (Rapporteur, M. DUJARDIN-BEAUMETZ.)

*Deuxième question.*—Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes : Valeur proportionnelle des antiseptiques, leur action spéciale,—étude de leur mode d'absorption et des meilleurs procédés d'administration. (Rapporteur, M. CONSTANTIN PAUL.)

*Troisième question.*—Des toniques du cœur : Leur nature,—leurs actions spéciales,—valeur relative des plantes et de leurs principes actifs, alcaloïdes et glucosides. (Rapporteur, M. BUCQUOY.)

**Bismarck et son médecin.**—A la première visite que M. le docteur SCHWENINGER fit au chancelier, l'entretien commença avec grâce et cordialité. Mais le médecin devient pressant, questionneur. Bismarck, trouvant que le médecin lui en demande trop, s'impatiente et éclate tout à coup :

—Ah ça ! avez-vous bientôt fini de m'interroger ? Cela commence à m'agacer, toutes ces questions dont on ne voit pas le bout !

—Ce sera comme il vous plaira, monseigneur. Mais je dois vous prévenir que, si vous voulez être guéri sans répondre à des questions, vous ferez bien mieux de vous adresser à un vétérinaire. Ces sortes de gens-là ont l'habitude de guérir leurs malades sans les questionner.

A ces mots, le chancelier tressaute sur sa chaise, lançant à son interlocuteur des regards furieux. Comme disait Schweningen, " si ses yeux avaient été des pistolets, j'aurais été tué raide."

Mais le médecin qui savait à quoi s'en tenir, ne broncha pas ; il soutint d'un œil calme les regards furibonds de Bismarck, qui se calma peu à peu et, se rasseyant, lui dit de son ton le plus tranquille :

—Eh bien ! questionnez moi, puisqu'il le faut, mais tâchez de faire vite. J'ose espérer, d'ailleurs, que votre talent en médecine sera aussi remarquable que la grossièreté dont vous venez de faire preuve à mon égard.

**Nécrologie.**—A Paris, M. le docteur LEGOUEST, ancien professeur de clinique chirurgicale au Val de Grâce, membre de l'Académie de médecine. — A Montréal, R. P. HOWARD, M. D., L. L. D., doyen de la Faculté de médecine de l'Université McGill et professeur de pathologie interne à la même faculté. Cette mort est un grand deuil pour la profession médicale de la province. L'Université McGill perd le plus aimé et le mieux doué de tous ses professeurs, et peut-être celui qui s'était le mieux et le plus intimement identifié au succès de cette institution, dont il a été, au moins en ce qui concerne la faculté de médecine, l'âme agissante et dirigeante pendant près de trente ans. Dans le cours de sa carrière médicale, M. le Dr Howard a été successivement président de l'Association médicale du Canada, président du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, président de la Société Médico Chirurgicale de Montréal, un des vice-présidents de l'Association des médecins américains, et secrétaire du bureau de direction du *Montreal General Hospital*, position qu'il occupait encore au moment de sa mort. Travailleur infatigable, M. le docteur Howard était ce qu'on est convenu d'appeler une *autorité* en médecine, et les articles remarquables qu'il a fait publier, tant dans les revues de médecine que dans le *System of Medicine* du professeur Pepper, suffiraient à établir sa renommée si elle ne l'était déjà. Praticien habile autant qu'heureux, pathologiste éminent, clinicien consommé, toujours affable pour ses malades comme plein d'urbanité envers ses confrères, le docteur Howard laisse au sein de la profession, un vide difficile à combler.

---

MM. John Wyeth et frère viennent de doter la thérapeutique d'un excellent mode d'administration des médicaments, consistant en tablettes ou pastilles comprimées et facilement solubles. Donnés sous cette forme, les médicaments, outre qu'ils se dissolvent parfaitement, et s'absorbent de même, se prêtent à un dosage exact et pour ainsi dire mathématique, avantage toujours précieux, surtout quand il s'agit de médicaments actifs, alcaloïdes, etc. Administrés ainsi, les médicaments nous donnent des effets se rapprochant de ceux observés à la suite des injec-

tions hypodermiques. Tous les principaux agents de la pharmacopée ou leurs principes actifs ont été mis ainsi sous forme de pastilles par MM. Wyeth, et l'expérience que nous en avons nous encourage à en continuer l'emploi.

## VARIÉTÉS

Le traitement interne de la gonorrhée, à la Société de médecine de Berlin. Communication de M. le docteur POSNER. — Nous croyons devoir appeler tout particulièrement l'attention de nos confrères praticiens sur une communication faite dans une des dernières séances de la *Société de médecine de Berlin*, par le docteur POSNER, communication relevée par la *Deutsche Medicalzeitung*, (juillet 1883), et reproduite par *The medical Record* du 22 janvier dernier.

Il s'agit du *traitement interne de la gonorrhée*.

Après avoir remarqué que les investigations récentes concernant le *gonococcus*, tout en étant d'un grand intérêt, n'ont pas aidé beaucoup au traitement pratique de la gonorrhée, qui consiste toujours dans le vieil usage des injections, dont l'action essentielle n'est pas de tuer le gonococci, mais de guérir l'inflammation de la muqueuse, le docteur Posner estime qu'il est temps de revenir à une méthode thérapeutique ancienne, malheureusement trop négligée en Allemagne, et tombée en désuétude : il veut parler du traitement de la gonorrhée par les médicaments *internes*. Ce qui fait, à son avis, que l'on a accordé si peu d'attention à cette méthode, c'est que ces médicaments étaient mal supportés par le malade.

Suivant l'exemple et les recommandations d'auteurs français et anglais, le docteur Posner a fait des essais multipliés avec un remède qui jouit d'une grande réputation, "*oleum santali*"; il a été souvent entraîné à ces expériences par la conviction que, malgré leur action favorable dans certains cas et à certaines périodes de la gonorrhée, les injections ne peuvent être supportées par bon nombre de malades, et qu'elles sont même susceptibles d'effets très nuisibles.

D'après ses expériences, le docteur Posner a pu constater que, dans tous les cas, l'huile de santal a été mieux tolérée que les autres balsamiques, et son influence a été, sous tous les rapports, des plus favorables. Dans des cas où l'affection ne datait que de 4 à 5 semaines, il a réussi à obtenir la guérison par ce remède seul; dans d'autres cas, il a ajouté, vers la 3<sup>e</sup> semaine, une injection de *de résorcine*, avec beaucoup de succès.

Les faits les plus importants et les plus difficiles sont ceux où la gonorrhée, s'accompagnant de complications d'épididymite, cystite, prostatite, ne permettent pas l'emploi des injections.

C'est surtout dans ces cas-là que le docteur Posner voudrait recommander de s'abstenir absolument des injections et de n'appliquer que l'*Oleum santali*. Il a constaté que dans les catharres aigus de la vessie, avec l'urine rougeâtre et troublée, ce remède a essentiellement soulagé dans peu de temps, et que l'urine redevenait claire, à la suite seulement de quelques doses. Ce résultat s'applique également aux cas très invétérés de cystites, et prostatites, où se montre toujours une influence très favorable sur le ténosme vésical et sur la clarification de l'urine.

Dans le cas de *gonorrhée chronique*, M. Posner est moins partisan de ce remède. Son effet cependant dépend beaucoup de la pureté de la préparation, qui se trouve dans le commerce sous différentes formes. La forme la plus recherchée est une préparation française nommée "Sandal Midy". Elle consiste en des capsules très fines et très élégantes, qui sont faciles à prendre et bien supportées. Les malades en prennent par jour 10 à 12 capsules à 5 gouttes. Plus difficile à prendre est une préparation allemande, également présentée sous forme de capsules. Pour mieux supporter l'huile, l'on y peut ajouter un peu d'acide muriatique. Afin d'éviter le goût et l'odeur un peu désagréables, M. Posner a donné l'huile en y ajoutant quelques gouttes d'huile de menthe, et cela dans des doses de 20 à 25 gouttes, trois à quatre fois par jour.

M. W. LUBLINSKY a eu l'occasion, depuis plusieurs années d'appliquer l'*huile de Santal*, à la suite d'une recommandation d'un médecin anglais. M. Lublinsky ne peut que confirmer en tous points les résultats de M. Posner. L'application est la même que pour le baume de copahu, avec cet avantage qu'il n'incommodé pas l'estomac autant que celui-ci.

M. Lublinsky ordonne 10 à 12 capsules à 0.3 *Oleum Santali* par jour, et fait continuer en augmentant jusqu'à 20 capsules par jour. En faisant prendre l'huile même, il a ajouté des pastilles de menthe. Surtout dans le cas de ténosme violent, ce remède est très efficace, même lorsque la vessie est affectée.

M. CASPER confirme, en général, les observations de M. Posner. Il a eu l'occasion de connaître le médicament en question en Angleterre, il y a deux ans, et s'en est servi depuis presque exclusivement. Ce remède donne un succès éclatant, surtout dans le cas où le siège de la gonorrhée est dans les parties postérieures de l'urèthre; l'estomac le supporte bien plus facilement que le baume de copahu. Mais M. Casper trouve que les doses ordonnées par M. Posner sont trop fortes. L'huile de Santal (*Oleum ligni Santali*) qui vient des Indes Orientales, est celle qu'on peut surtout recommander. M. Casper la prescrit trois fois par jour à raison de 10 gouttes, en capsules.