

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

Vermicides et Vermifuges ; Santonine ;

par Séverin LACHAPELLE, M.D.,

professeur d'hygiène à l'Université Laval, Montréal.

Tous les purgatifs sont vermifuges ; mais les anthelminthiques, eux, sont tout à la fois vermicides et vermifuges, de sorte que l'on se trompe lorsque l'on considère un vermifuge quelconque comme un anthelminthique.

Parmi les anthelminthiques les plus ordinairement employés se trouve la santonine ; je suppose ici que nous avons affaire aux lombrics.

La santonine est employée quelquefois seule, quelquefois associée au calomel, considéré lui aussi comme un anthelminthique.

La santonine s'absorbe lentement ; il faut quinze à vingt heures à cette substance cristalline pour disparaître complètement de la muqueuse intestinale.

Il y a deux effets à craindre de la santonine ; le premier est grave mais plus rare, l'empoisonnement ; le deuxième, plus fréquent, se rencontre du côté des voies urinaires.

L'empoisonnement n'aurait jamais lieu, ou se rencontrerait moins fréquemment, si on avait soin toujours de donner un purgatif léger, six à huit heures au plus après l'administration d'une dose de santonine, quelque petite qu'elle soit, car il faut se souvenir que ce ne sont pas toujours les hautes doses qui produisent cet empoisonnement.

Etant donné que la santonine ne s'absorbe que très lentement, étant donné également que ce remède produit son action vermicide au bout de quelques heures, la physiologie expérimentale nous conseille naturellement de tirer la conclusion qu'un purgatif, prescrit comme nous venons de le dire, prévient l'empoisonnement par la santonine.

Le deuxième mauvais effet du principe actif du *semen contra* se rencontre dans les voies urinaires ; c'est alors que nous avons les troubles suivants : dysurie, ischurie, hématurie, émission involontaire des urines qui prennent la couleur jaune-orange.

Ces phénomènes se présentent beaucoup plus souvent qu'on ne le suppose ; dans ma pratique, la moyenne de ces cas morbides est tellement élevée, que je suis à me demander s'il est raisonnable de garder plus longtemps, dans le domaine de la thérapeutique infantile, une substance si facilement nuisible. L'émission involontaire, irrésistible des urines est la complication morbide la plus ordinaire dans les cas observés.

Les tisanes adoucissantes et l'opium sont les meilleurs correctifs de ces mauvais effets. Il faut traiter ceux-ci comme un état morbide essentiel, parce que les fonctions rénales ne sauraient être troublées longtemps, chez l'enfant plus que chez l'adulte, sans une désorganisation fatale des reins ; on sait la fréquence de la maladie de Bright dans la convalescence de certaines fièvres de l'enfance.

L'enfance est l'âge d'élection des affections vermineuses, du lombric particulièrement, et des oxyures vermiculaires, ceux-ci étant beaucoup plus fréquents chez les filles que chez les garçons.

Les convulsions sont un symptôme fréquent de la présence des vers intestinaux ; il n'est pas toujours facile de déclarer que les convulsions sont causées par les vers : néanmoins on se trompera rarement si l'on a soin de s'informer si l'enfant n'en a pas passé les jours précédents, et surtout si l'on ne découvre pas d'autre cause probable de ces convulsions.

C'est en prévision de ces convulsions qu'il est bon de donner habituellement aux enfants des vermifuges légers et des vermicides doux ; le thé à vers est particulièrement recommandable.

Les pastilles à vers que l'on rencontre dans le commerce sont composées principalement de calomel et de santonine ; or nous savons que le calomel, sous l'influence de certaines causes, se transforme en sublimé. La législation connaissant ce fait devrait proscrire du commerce ces substances patentées dont la fabrication remonterait à une date trop éloignée ; c'est ce que font d'ailleurs certains pharmaciens-fabricants pour d'autres préparations médicamenteuses que le temps altère peut-être moins.

NOTES DE THERAPEUTIQUE ;

par H. E. DESROSIERS, M. D.

Professeur à l'Université Laval (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Salicylate de lithine.—Adonis vernalis.—Hypnone.

Salicylate de lithine.—Dans une communication récemment faite à l'Académie de médecine de Paris, M. le professeur VULPIAN a attiré l'attention sur les propriétés physiologiques et l'action thérapeutique du salicylate de lithine. Nous résumons, sous forme d'aphorismes, les conclusions auxquelles en est arrivé l'éminent professeur.

Le salicylate de lithine, lorsqu'il s'agit de traiter le rhumatisme articulaire aigu, paraît aussi efficace que le salicylate de soude.

Le salicylate de lithine peut intervenir utilement pour faire disparaître les douleurs et la gêne articulaires qui persistent souvent après une attaque aiguë de rhumatisme, et qui ont résisté parfois au salicylate de soude.

Ce sel a paru plus actif que le salicylate de soude dans les cas de rhumatisme où les tissus fibreux sont surtout atteints.

Il est plus actif que le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire subaigu progressif.

Le salicylate de lithine a même procuré du soulagement dans des cas de rhumatisme articulaire chronique primitif, dans ses périodes avancées.

La dose active, pour le salicylate de lithine, se rapproche beaucoup de celle qui est nécessaire quand on fait usage du salicylate de soude. Il faut faire prendre, en général, 70 grains par jour, et parfois porter la dose à 90 grains ; à cette dernière dose se produisent, d'habitude, des phénomènes d'intolérance.

Le salicylate de lithine contient plus d'acide salicylique que le salicylate de soude, mais cette différence ne saurait expliquer la dissemblance de leurs effets physiologiques.

Les effets physiologiques habituels du salicylate de lithine sont : céphalalgie plus ou moins prononcée, vertiges, surdité (sifflements d'oreille sont rares), le tout se manifestant environ une demi-heure ou une heure après ingestion.

Quelquefois il y a coliques et diarrhée, et dans ce cas, le médicament a moins d'action sur les manifestations rhumatismales.

L'action du salicylate de lithine sur le rhumatisme est due en grande partie à l'action de l'acide salicylique que contient le sel. La lithine ne joue, par elle-même, qu'un rôle peu important. Cependant, on ne peut attribuer toute l'action thérapeutique à l'acide, le salicylate de lithine ayant, lui aussi, son *originalité d'action* qui le distingue des autres salicylates.

Adonis vernalis.—Dans l'espace de quelques semaines, deux nouveaux médicaments cardiaques viennent d'être mis au jour : la spartéine et l'adonis vernalis. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE DU CANADA connaissent déjà le mode d'action et les usages de la spartéine, ce tonique du cœur dont M. le professeur Germain Sée a étudié les effets sur l'économie animale. Ils savent que ce médicament relève le cœur et le pouls, régularise le rythme cardiaque tout en accélérant les battements, mais produit peu d'effets diurétiques. L'adonis vernalis et son principe actif, l'adonidine, ont une action quelque peu différente, et c'est M. le docteur HUCHARD, médecin de l'hôpital Bichat, qui, au cours d'un travail lu à la *Société de thérapeutique*, le 23 décembre 1885, s'est chargé de nous la faire connaître. De même que la spartéine, l'adonis et l'adonidine portent leur action sur le cœur; mais ils en régularisent et *ralentissent* les battements qui deviennent plus forts en même temps que disparaît le bruit de galop, que le choc de la pointe augmente et que les dimensions du cœur diminuent. En outre, point très important, il y a *élévation de la tension artérielle et augmentation de la diurèse*. Il est, comme on le voit, des différences notables entre l'action de la spartéine et celle de l'adonidine; celle-ci est véritablement un succédané de la digitale dont elle a toutes les propriétés; mais elle a sur la digitale l'avantage d'être, plus encore que cette dernière, un tonique vasculaire de premier ordre. De plus, elle ne présente pas cette accumulation d'action qui rend l'administration de la digitale parfois dangereuse.

Rationnellement, l'adonis est indiqué dans les cas d'affection organique du cœur caractérisés non seulement par l'asthénie cardiaque, mais surtout par l'asthénie vasculaire, l'œdème, etc. Tant qu'il n'y a que de l'asthénie cardiaque, les toniques du cœur, comme la digitale, le convallaria, etc., peuvent suffire, attendu que leur action principale se porte sur cet organe. Mais si à l'asthénie cardiaque vient se joindre l'asthénie des vaisseaux, ou si cette dernière se montre indépendamment de l'asthénie du cœur, il faut plus spécialement avoir recours à des remèdes exerçant une action énergique sur les vaisseaux qui, privés de leur contractilité normale, laissent stagner le sang qui les gorge et dont le sérum transude facilement dans le tissu cellulaire, les parenchymes et les cavités. Alors, dit M. Huchard, les médicaments frau-

chement et exclusivement cardiaques ont fait leur temps et l'heure des médicaments vasculaires est venue. L'adonis trouve donc sa place ici.

Il y a aussi certaines maladies infectieuses, telles que la fièvre typhoïde, aux cours desquelles on voit se manifester des troubles vaso-moteurs indépendants tout d'abord des lésions cardiaques, mais pouvant les produire si on n'a soin de les combattre. Ces troubles vaso-moteurs se résument en un seul mot : abaissement extrême de la tension vasculaire par parésie de la tunique contractile des artères. Alors, d'après M. Marey, le cœur rencontrant moins d'obstacles vasculaires, bat avec une plus grande fréquence, et ainsi se trouve constituée la *tachycardie par parésie vasculaire*. Ce qu'il faut administrer dans ces cas, on le comprend sans peine, ce ne sont pas tant des médicaments cardiaques que des médicaments vasculaires. M. le professeur Semmola, de Naples, a recours à la digitale qui agit bien alors, en vertu de son action tonique vaso-motrice ; mais la digitale ne peut être tolérée longtemps, même à doses un peu fractionnées. M. Huchard la remplace donc par l'adonis vernalis, et, par les résultats très encourageants qu'il dit en avoir obtenus dans les fièvres adynamiques, il croit que le nouveau médicament trouve sa place marquée dans les formes cardio vasculaires de la fièvre typhoïde, de même que dans les maladies organiques du cœur où la débilité de l'organe a sa source principale dans les troubles d'innervation vaso-motrice et dans la diminution considérable de la pression sanguine.

Sans partager l'enthousiasme exagéré des Allemands qui regardent l'adonidine comme rivale de la digitale, M. Huchard est néanmoins d'opinion que l'adonis et son principe actif sont appelés à jouer un rôle sérieux dans la thérapeutique des affections du cœur. A l'avenir de confirmer ou d'infirmer cette manière de voir.

Hypnone.—Encore un nouveau médicament que nous devons, cette fois, aux progrès de la chimie organique. Celui-ci, comme son nom l'indique assez, du reste, appartient à la classe des hypnotiques, et vient y prendre place à côté du chloral et de la paralaldéhyde. Dans une note insérée au *Bulletin de thérapeutique* (15 janvier 1886), MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet présentent une étude presque complète de ce médicament, étude dont nous nous proposons de donner une succincte analyse.

L'hypnone est un acétone mixte connu sous le nom d'acéto-phénone ou de phényl-méthyl-acétone. La formule atomique est $C^8 H^8 O$. L'incertitude où l'on est encore au sujet du nom scientifique à donner au nouveau composé a suggéré à M. Dujardin-Beaumetz l'idée de lui donner le nom d'hypnone.

L'hypnone s'obtient en distillant un mélange de benzoate et d'acétate de calcium. Elle se présente sous forme d'un liquide incolore, très mobile. C'est essentiellement un produit de laboratoire, aussi son prix de revient est-il très élevé. Insoluble dans l'eau et dans la glycérine, elle est en revanche très soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, la benzine et l'essence de térébenthine. Réaction neutre, odeur très persistante, rappelant celle du foin coupé ou du muguet.

Localement, c'est un corps irritant et caustique. Appliqué sur une muqueuse, il y provoque de la douleur et une cuisson fort vive.

D'après des expériences faites d'abord sur les animaux (cobaye, lapin,

chien, etc.), l'hypnone paraît avoir une triple action ; elle agit sur les éléments nerveux dont elle diminue l'excitabilité, elle abaisse la pression sanguine, enfin, à dose toxique, elle modifie la composition du sang. C'est à cette triple action qu'elle doit ses propriétés hypnotiques.

Chez l'homme, après l'administration de quatre grains d'hypnone, il y a sensation de chaleur à l'épigastre si le médicament a été donné sous forme de perles, sensation qui est à peine accusée quand l'hypnone est administrée dans de l'huile. Au bout de vingt minutes à trois quarts d'heure, ou une heure, les yeux se ferment et le sommeil se produit. Ce sommeil est ordinairement calme et assez profond. Réveil facile, sans nausée et sans inappétence ; en certains cas il y a de la céphalalgie. Aucune autre modification n'a été observée dans l'économie. Aucune altération du sang. Circulation et respiration normales. En quelques cas, augmentation de l'appétit, sans doute par suite de l'irritation produite par le médicament sur la muqueuse gastrique.

Ici, MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet font remarquer que les effets hypnotiques de l'hypnone sont loin d'être constants, certaines personnes restant absolument rebelles à cet agent qui paraît favoriser le sommeil plutôt que le provoquer, car aux doses thérapeutiques de 4 à 8 grains, l'acéto-phénone n'est ni analgésique ni anesthésique. Cependant, ajoutent-ils, son action hypnotique augmente dans de notables proportions les effets anesthésiques du chloroforme.

Le médicament est éliminé par le poumon et par l'urine.

L'hypnone se prescrit dans l'insomnie, mais, ayant une action analgésique très faible, elle ne paraît pas agir dans les cas où l'insomnie reconnaît la douleur pour cause, ou est due à des quintes de toux persistantes. Enfin, on peut en dire autant quand le manque de sommeil résulte de l'état fébrile. Par contre, l'hypnone réussit très bien dans les cas d'insomnie purement nerveuse, provoquée par l'excitation cérébrale, celle-ci résultant, soit d'excès alcooliques, soit d'excès de travaux intellectuels. Mais il faut, pour que l'hypnone produise ses effets hypnotiques, que le sujet n'ait pas été soumis d'une façon prolongée aux préparations de morphine.

Enfin, l'hypnone s'administre par les premières voies et sous forme de capsules, ou mieux peut-être en potien, mêlée à l'huile ou à la glycérine. La dose administrée n'a jamais dépassé 10 grains. Les doses doivent être massives, des doses fractionnées n'amenant pas d'effets hypnotiques. Comme dans le cas de tous les médicaments de cette classe, l'hypnone s'administre à l'heure du coucher, ou un peu avant, le sommeil se produisant au bout de un demi-heure ou une heure et demie.

Des tentatives faites pour introduire le médicament sous la peau n'ont donné aucun résultat satisfaisant.

MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet terminent en exprimant leur conviction qu'en continuant l'étude de cette série aromatique qui a déjà fourni un si grand nombre d'agents médicamenteux, on trouvera encore d'autres substances utiles à l'art de guérir.

Dans les cas d'hydropisie d'origine anémique, le prof. DaCosta prescrit la pilule de Bland, au carbonate de fer.—Contre la toux, il donne souvent la codéine, à la dose de $\frac{1}{2}$ grain. Dans les cas d'asthme, le même auteur prescrit la solution (au 100^e) de nitro-glycérine, commençant par une goutte, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

COMMUNICATION.

De la gravelle du foie.

MESSIEURS LES RÉDACTEURS,

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le compte rendu fait par M. Normand, d'une clinique médicale ayant pour titre " *Du calcul biliaire,*" donnée à l'hôpital Notre-Dame par M. le Dr Laramée, et publiée dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Je me permettrai d'ajouter quelques faits à ceux exposés par l'éminent professeur de clinique. Peut-être serviront-ils de sujet à ses savantes et profitables cliniques.

1re Observation.—C'était en 1878. M. H. M., un de nos hommes politiques les plus distingués, me fait demander à six heures du matin ; je le trouve souffrant de douleurs atroces au côté droit et à l'épigastre, frissons, vomissements, constipation, etc. ; les douleurs sont si intenses qu'elles ne peuvent être soulagées par le traitement le plus énergique ; diagnostic : " passage de calculs biliaires." Un éminent praticien de Montréal est appelé, il approuve tout, diagnostic et traitement ; celui-ci est continué, mais rien n'y fait, enfin j'ai recours aux bains généraux et aux lavements à l'huile de ricin, additionnés de laudanum, plus la morphine et l'oxalate de cérium par la bouche ; la morphine est donnée à $\frac{1}{4}$ gr. toutes les deux heures ; j'y ajoute le calomel une fois, à la dose de 5 grs. ; enfin il passe une bonne nuit, il repose. Le lendemain matin il va à la garde-robe ; selon les instructions que j'ai données la veille, on examine les évacuations et on trouve au fond du vase au moins deux cuillerées de calculs biliaires, de grosseur et de formes différentes ; les uns gros comme une graine de mil, les autres un peu plus gros, comme une graine de *Canary*, et ovalaires. Les jours suivants, les garde-robes sont examinées, on n'y trouve rien.

Après quelques jours d'un traitement propre à rétablir les forces nerveuses et physiques épuisées, je mets mon malade à l'usage de l'eau de Vichy, quelques semaines encore et il reprend ses occupations.

J'ai continué à être son médecin pendant les cinq années qui suivirent et rien de semblable ne s'est manifesté. Ce monsieur m'a dit que plusieurs fois déjà, avant cette maladie il avait eu des attaques d'inflammation d'intestins, et j'ai entendu dire qu'il a souffert de cette maladie (*entérite*) depuis qu'il a laissé cette ville. Je me demande si ces attaques ne sont pas le commencement et une récurrence de la maladie de 1878 ? C'est ce que je ne veux ni affirmer, ni contester.

2e Observation.—Un dimanche soir, je fus mandé auprès de la malade d'un confrère absent ; elle donnait beaucoup d'angoisse et d'inquiétude à sa famille. Un prêtre était auprès d'elle depuis une journée ; il ne pouvait la quitter, s'attendant à sa mort d'un instant à l'autre, tant elle souffrait. Le médecin avait diagnostiqué *maladie du cœur* (c'est dire ce qu'elle éprouvait du côté de cet organe). Les femmes, elles, disaient : c'est le " beau mal," (vous savez ce que c'est, sans doute). En entrant dans sa chambre, je fus moi-même frappé de l'apparence de la patiente, mais après examen, je me tournai du côté

du prêtre et lui dis : " Vous pouvez vous retirer, il n'y a pas de danger pour cette nuit ; le cœur n'est affecté que par sympathie, le trouble est au foie ; il s'agit du « passage de calculs » probablement. Je fis mettre un sinapisme sur l'estomac et administrai une dose d'un antispasmodique dont je fais usage depuis vingt-cinq ans avec avantage, et composé de parties égales d'éther sulfurique, d'éther chlorique, d'esprit aromatique d'ammoniaque et de teinture de lavande composée, suivi une heure après de $\frac{1}{4}$ gr. morphine, calomel et camphre. La malade passa une assez bonne nuit, et le lendemain matin, un purgatif salin amena des évacuations aqueuses abondantes.

Faisant route avec le prêtre, je lui expliquai la nature de la maladie, lui disant : " demain vous observerez la jaunisse," car la lumière artificielle de la lampe ne me permit pas de reconnaître bien exactement la couleur de la peau ; la conjonctive seule fut mon indicateur.

Le lendemain, je rencontrai le bon Père qui vint au-devant de moi et me dit : " Docteur, je viens de voir notre malade d'hier soir, votre diagnostic est correct, elle est mieux, mais elle a la jaunisse." Trois jours après, je fus mandé en toute hâte, la nuit ; ma malade était *retombée*. Elle avait des douleurs atroces à l'épigastre et au côté droit, avec vomissements ; elle ne pouvait rien garder. Même traitement qu'avant ; révulsifs sinapisés, antispasmodiques, etc., elle est soulagée. Le lendemain matin, un laxatif salin provoqua des évacuations liquides que je fis passer au tamis, selon le conseil donné par Trousseau dans ses admirables cliniques ; un premier et un second lavage décelèrent sur le couloir (un morceau de toile du pays), une quantité considérable de petits calculs biliaires (gravelle hépatique), les plus petits ayant la grosseur d'un grain de mil ou de sable, les plus gros ayant le volume d'une graine de *Canary*, de formes différentes, la plupart ovalaires. Je prescrivis les préparations mercurielles, les laxatifs salins, diurétiques alcalins, les toniques ferrugineux unis au quinquina ; après quelques jours j'y ajoutai l'eau de Vichy, dont la malade fit usage durant quelques semaines. Il y a quatre ans de cela, et elle n'a rien éprouvé depuis. D'après l'histoire qu'elle me fit, cette maladie remontait à plusieurs années. Je ne crois pas qu'elle ait passé d'autres calculs que ceux que j'ai mentionnés, et je puis en dire autant pour le premier cas que j'ai relaté.

3e Observation.—Une femme mariée, mère de plusieurs enfants et âgée de 45 ou 46 ans, souffrait du " beau mal " depuis plusieurs années. Quelques opiacés et antispasmodiques la soulageaient ; enfin, dans une attaque beaucoup plus forte, je fus demandé : elle avait de fortes douleurs à l'épigastre, au côté droit et dans le dos, frissons, vomissements, constipation, etc. J'eus recours aux révulsifs sinapisés, aux antispasmodiques et à la morphine, par la bouche, gr. $\frac{1}{4}$ d'abord, ensuite gr. $\frac{1}{2}$, toutes les heures. Elle repose après la seconde dose ; à la première poudre, j'avais ajouté 3 grs. de calomel ; le lendemain un purgatif salin ; résultat : évacuations liquides abondantes qui passées au tamis donnent une énorme quantité de petits calculs, comme dans les deux autres cas. Deux ou trois jours après (elle était alors sans douleur), elle passa deux calculs de la grosseur d'un pois, et un autre quelques jours après.

Traitement : Purgatifs au calomel auquel je joins morphine et oxalate de cérium, suivis d'un seidlitz, diurétiques alcalins et puis enfin l'eau de Vichy, trois ou quatre gobelets par jour. Depuis, santé parfaite ou

presque parfaite, malgré les émotions morales auxquelles elle a été exposée, et les troubles inévitables de la ménopause.



Je partage complètement l'opinion de M. le Dr Laramée qui dit que les affections calculieuses du foie, (j'ajouterai la gravelle hépatique,) sont très fréquentes dans notre pays. Dans la plupart des cas de soi disant "beau mal" chez les femmes, gastralgie, hépatalgie, colalgie et autres affections apyrétiques de l'épigastre et de l'hypochondre droit, si on avait recours au moyen conseillé par Troussseau, celui de laver et filtrer les garde robes, on arriverait bientôt à la solution; le médecin s'éviterait beaucoup d'inquiétude et les malades seraient soulagés plus tôt; la thérapeutique serait simplifiée et on éviterait le désagrément de bourrer les malades de remèdes dont les effets sont plus que problématiques.

Chez ces malades, il y a toujours, plus ou moins, teinte ictérique de la peau, mais principalement aux canthus internes de la conjonctive. Le traitement le plus rationnel à opposer à ce désordre est le traitement alcalin. Sans doute il ne doit pas être exclusif, et aux alcalins il sera utile, parfois, de joindre les purgatifs salins et les toniques ferrugineux. Parmi ces derniers, je n'en connais pas de meilleur, malgré les préparations élégantes actuellement sur le marché, que le sucro-carbonate de fer, uni au quinquina; il m'a rendu des services dans plusieurs circonstances. De tous les alcalins, les plus efficaces sont certainement les eaux minérales de cette classe, et, celle qui prime les autres, l'eau de Vichy.

Si les affections calculieuses du foie, surtout la gravelle, sont des maladies aussi fréquentes au Canada, il n'est pas déraisonnable de supposer que nous possédons les moyens de les guérir sans traverser les mers. Il est un fait admis et reconnu de tous, c'est que chaque pays, chaque climat a ses maladies particulières; par contre, il est un autre fait, également admis, mais consolant, celui-là, c'est que le Grand Maître, dans sa sagesse infinie, a mis le remède à côté du mal, à nous donc de le chercher, et nous le trouverons. j'en suis convaincu. Ici se présente naturellement cette question. Pourquoi aller à l'étranger, chercher ce que nous avons chez nous? La province de Québec abonde en sources d'eaux minérales de toutes espèces; mais leur avons-nous rendu justice? Leur a-t-on donné toute l'attention qu'elles méritent? Assurément non! Deux ou trois seulement ont été analysées et préconisées dans le traitement de certaines maladies; mais encore leur a-t-on donné un *fair trial*? Leurs effets thérapeutiques ont-ils été étudiés et suivis? Je ne le crois pas. Ainsi donc, une étude consciencieuse et intelligente de nos eaux minérales est nécessaire; il y a là un vaste champ à explorer, une mine féconde à exploiter.

Encore un mot et j'aurai fini. Pourquoi ne pas étudier notre Flore canadienne avec plus de patriotisme; j'oserais dire qu'elle est aussi riche que n'importe quelle des autres pays. Eh! pourquoi ne le serait-elle pas? Encore une fois, si nous avons nos maladies indigènes, nous avons aussi nos remèdes indigènes, et ils en valent bien d'autres assurément.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De l'hystérie chez l'homme.—Clinique de M. le professeur BALL à l'asile Ste-Anne.—Les hasards de la clinique nous mettent en présence d'un hystérique; c'est donc de ce sujet que je vais vous parler aujourd'hui. Le malade est un jeune homme de 19 ans, fort maigre, de petite taille, et à physionomie intelligente. Né d'une famille de névropathes, cet adolescent semble avoir présenté au début de la vie une intelligence précoce, pénétrante, irrégulière et fragile. Il a dû quitter le collège et a voulu rester auprès de ses parents pour que ceux-ci cessassent de mal faire. En même temps qu'il se produisait des troubles intellectuels, on voyait se joindre des troubles nerveux moraux. D'abord il a manifesté de l'antipathie pour ses proches; puis il est arrivé à médire de ses parents et à n'avoir que de l'aversion pour ses frères; enfin les phénomènes se sont peu à peu accentués, le sujet est devenu hypochondriaque, il craignait la mort et refusait de manger. J'ajouterai, en outre, qu'il se livrait à la masturbation. Voilà dans quelles conditions il nous est arrivé.

Depuis son entrée dans nos salles, le malade était résigné, lorsque, le 9 novembre dernier, un changement complet se manifesta. En pénétrant dans sa chambre, nous le trouvâmes se livrant, dans un état de nudité complète, à des contorsions plus ou moins variées. Interpellé sur la raison qui le poussait à agir de la sorte, il nous déclara qu'il ne pouvait pas y résister. A ce moment nous nous livrâmes à une expérience. Nous avons essayé de froisser le testicule. Cette manœuvre produisit le calme, mais les phénomènes ne tardèrent pas à reprendre toute leur acuité, si bien qu'on fut obligé de le mettre en cellule. Hier matin il était dans un état d'agitation complète. Présentait-il des hallucinations de la vue? J'en doute. Quant aux hallucinations de l'ouïe, il en a sûrement eu. Aux phénomènes que je viens de citer se sont jointes plusieurs autres manifestations. On a constaté, outre une insensibilité absolue de la conjonctive, de la cornée et de la langue, l'existence d'un point hystérogène. Ce point était situé du côté gauche, à l'endroit où serait l'ovaire si le malade en avait un. D'après ces quelques données, le diagnostic n'est pas difficile à poser. Nous sommes, en effet, en présence d'un cas bien net d'hystérie masculine. Profitons donc de la circonstance pour vous parler de cette affection.

L'hystérie, autrefois, était considérée comme une maladie de l'utérus, et la sensation de boule que la plupart des malades ont, était attribuée au déplacement de cet organe. A une époque où les connaissances anatomiques furent plus précises, cette assertion ne tarda pas à n'être plus soutenable. La doctrine utérine ayant été bannie fut alors remplacée par la doctrine humorale. Cette dernière, qui a régné pendant de longs siècles, n'était pourtant guère meilleure que la précédente. Mais, quoi qu'il en soit, et tout en éliminant tout ce qu'elle avait d'étrange, on a retenu cependant une chose: c'est que l'hystérie était une affection génitale. On établit, dans la suite, que c'était une affection cérébrale,

et Sydenham prétendit que l'hypochondrie était chez l'homme l'hystérie de la femme. Après, Landouzy, et, plus tard, Briquet, ont parfaitement démontré l'existence de l'hystérie masculine.

Voilà donc un fait qui est bien établi; occupons-nous, maintenant de voir sous quels rapports cette hystérie se rapproche de celle de la femme, et comment, d'un autre côté, elle s'en éloigne. Avant d'aller plus loin, nous devons admettre trois grandes variétés d'hystérie: savoir: l'hystérie convulsive, l'hystérie fruste et enfin l'hystérie localisée. La première, chez l'homme, s'annonce avec les caractères classiques que vous connaissez tous. Elle est marquée par un aura et par la sensation d'une boule; après, viennent les sanglots, les étouffements, les actes gymnastiques, etc.; enfin, arrive une période de calme. À côté de ces phénomènes, je dois ajouter qu'on observe, en outre, des anesthésies, des hyperesthésies, des troubles de la vue ou des sons spéciaux etc.... Voilà pour l'hystérie proprement dite. Quant à l'hystérie fruste qui se caractérise par des peines singulières, des troubles digestifs, cet état peut exister, mais il est extrêmement rare. Vient enfin l'hystérie localisée à laquelle appartient la toux hystérique. Ce phénomène et beaucoup d'autres ont été constatés chez l'homme, mais ils sont rares et ce qui prédomine, en somme, c'est la vraie hystérie.

Si donc l'hystérie masculine présente, comme nous venons de le voir, les mêmes caractères que ceux qu'on rencontre chez le sexe féminin, on était porté à se poser une première question: les tributaires de l'hystérie ne seraient-ils pas des hommes qui auraient perdu toute virilité? Il n'en est absolument rien; sans doute on rencontre quelquefois des types efféminés et chez qui les organes génitaux sont peu développés, mais le véritable type, c'est l'homme vigoureux. Dans les ouvrages qui renferment un grand nombre d'observations, on s'est occupé de classer les sujets atteints suivant leur profession. Or, si vous supposez que ce sont les poètes, les savants ou bien encore les jeunes gens qui travaillent à leurs examens, qui fournissent le plus grand contingent, vous auriez grand tort. Quelle est donc la profession où l'on observe le plus l'hystérie? C'est l'armée. Rien n'est moins rare, en effet, que de rencontrer des officiers, des sous-officiers ou des soldats affectés de ce genre de maladie. J'ajouterai même que les plus exposés paraissent être les caporaux. Après le métier militaire, vient celui de marin. Quant aux autres professions, il existe une égalité assez bien partagée.

Il est, maintenant, une autre question que nous devons nous poser: les troubles génitaux exercent-ils une influence sur cet état? Les travaux de M. Charcot tendent à faire voir que le système génital est bien le point de départ de l'affection. Est-il donc vrai que l'homme soit sujet, de par le fait d'une excitation du testicule, à avoir une attaque d'hystérie? Oui. Dans une thèse remarquable, M. Petit nous en rapporte un exemple bien frappant chez un matelot monorchite. Ce robuste gabier, exposé à faire de grands efforts qui avaient pour habitude d'amener l'autre testicule au niveau de l'anneau inguinal, tombait en attaques toutes les fois que cet organe se trouvait pincé. Et cela est si vrai, qu'on parvenait à supprimer la crise en remettant les choses en place. Fort de ce résultat, on pratiqua une opération, et lorsque le testicule fut descendu dans le scrotum, le malade n'eut plus aucun accident. Des faits de ce genre existent encore. Ainsi, M. Lallemand

Je cite l'exemple d'un individu qui n'avait plus de testicule droit et qui, chaque fois que le gauche tendait à descendre, tombait dans une attaque qu'on parvenait à faire disparaître quand on pouvait le rencontrer. Je vous dirai enfin qu'un jeune caporal, à la suite d'oreillons qui exercèrent un certain retentissement sur les testicules, fut pris de crises d'hystérie.

D'après ces quelques faits, vous voyez que le testicule est quelquefois une cause d'hystérie. Quelles sont, maintenant, les autres causes? En premier lieu, il faut placer l'hérédité. Presque toujours, en effet, ces individus sont des descendants d'aliénés ou de névropathes. Cette prédisposition, toutefois, n'est pas suffisante; une cause occasionnelle est indispensable. L'une des plus fréquentes, c'est l'impaludisme. Signalons également l'imprégnation saturnine, l'influence des traumatismes, des opérations chirurgicales, du rhumatisme et des émotions morales. Je vous citerai, enfin, l'imitation. Ce dernier phénomène est incontestable. L'un des exemples les plus curieux qu'on ait jamais eus est l'épidémie qui régna dans l'école normale des instituteurs primaires à Strasbourg. Un jour, le médecin est mandé pour un malade qui se trouvait en proie à des mouvements tels qu'on aurait pu croire à quelque chose d'excessivement grave. L'explication ne se fit pas longtemps attendre. Les autres élèves ne tardèrent pas à présenter les mêmes symptômes. L'épidémie se propagea si bien de proche en proche qu'il fallut évacuer l'école.

À ces données, il me reste encore à ajouter quelques renseignements complémentaires. Au point de vue de l'âge, c'est entre 20 et 30 ans qu'on observe le plus souvent cet état. Quant aux limites extrêmes, elles seraient 12 ans et 60 ans. Ainsi donc, s'il existe une différence entre l'hystérie féminine et l'hystérie masculine, c'est que dans le sexe masculin cette affection reconnaîtrait l'influence de causes matérielles. Sous tous les autres rapports elle se confond avec la première et est bien une maladie essentiellement propre aux centres nerveux.—*Praticien.*

La ponction précoce dans l'ascite.—Un point de pratique évidemment intéressant est le suivant: Quel procédé offre le plus d'avantages dans l'ascite, la ponction précoce ou la ponction tardive? Question controversée; chacune des deux méthodes ayant ses partisans. Le professeur EWALD, se basant sur trois observations, prend la défense de la ponction précoce. Nous allons résumer sa plaidoirie.

Les partisans de la ponction tardive s'appuient sur les considérations suivantes: 1^o la ponction produit toujours une perte pour l'ensemble de l'organisme, perte qui dans certaines circonstances peut devenir dangereuse; 2^o il y a toujours à compter avec la reproduction du liquide qui nécessitera une nouvelle ponction; 3^o il y a également à redouter la syncope que l'on observe quelquefois après la ponction; et enfin 4^o il peut se produire de la péritonite.

La dernière considération, dit le professeur Ewald, peut être aujourd'hui abandonnée si l'on opère avec toutes les précautions d'antisepsie que l'on possède actuellement. Quant aux trois premiers points, il est difficile de les disjoindre, car ils s'appuient l'un sur l'autre. La syncope ne sera-t-elle pas d'autant moins à craindre que l'on opérera plus tôt, alors que les forces du malade sont encore bien conservées?

Quant à la rapide reproduction du liquide, il est vrai qu'à ce propos

Frerichs a établi que " la pression exercée par le liquide ascitique compense en partie la pression intérieure du système porte, et que par conséquent l'accroissement de la quantité de liquide devient un obstacle pour la transsudation dont elle diminue la rapidité. C'est là un avantage qu'on se retire en faisant une ponction, on ne devra donc y recourir que quand cette opération sera devenue nécessaire." Mais cette proposition a aussi sa réfutation, dit l'auteur. En effet, plus la pression exercée sur ces vaisseaux sera forte, plus la circulation s'y trouvera gênée, plus leurs parois seront relâchées et plus le passage du liquide sera facile. Moins nous laisserons monter cette pression, plus tôt on fera cesser, plus on aura de chance de conserver aux vaisseaux leur porosité normale et leur élasticité.

Quels sont, en effet, les résultats d'une ponction? Premièrement, elle facilite la circulation collatérale, c'est-à-dire rend possible le passage de sang (l'obstacle au foie étant infranchissable) dans les organes situés au-dessus du diaphragme. Deuxièmement, elle diminue la pression sur les grosses glandes abdominales, et, par conséquent, leur fonctionnement en devient meilleur. Troisièmement, la pression sur l'intestin étant diminuée, l'hyperémie de sa muqueuse diminue avec le catarrhe que cette hyperémie entraîne. De plus, le diaphragme n'étant plus refoulé, les poumons et le cœur fonctionnent mieux, et cette amélioration retentit sur la circulation du système porte et sur l'ensemble des phénomènes intra-abdominaux. Par conséquent, plus tôt on fera la ponction, plus on aura de chances de voir les organes abdominaux fonctionner normalement et assurer l'assimilation des aliments.

Ceci réfute en même temps l'argument relatif à la perte en albumine produite par la ponction, cette perte se trouvant compensée par une meilleure assimilation. En plus de tous ces avantages, on retire encore le suivant: il y aura moins de médicaments administrés et, en particulier, moins de drastiques. Ces derniers, en effet, grâce à l'irritation gastro-intestinale qu'ils produisent, vont encore à l'encontre de l'indication qui est de maintenir le plus possible le bon fonctionnement de l'estomac et de l'intestin.

Entre deux moyens qui tendent au même but, la diminution de la quantité de liquide, l'auteur ne pense pas que l'on puisse hésiter entre la ponction, moyen sûr, et les drastiques, moyen douteux. De plus, la ponction donne au médecin cet avantage, qu'elle lui permet de retirer la quantité de liquide qui lui paraît convenable. Ce sera l'objet d'observations ultérieures de voir si, comme dans la pleurésie, il y aura dans certains cas, indication de retirer de faibles quantités seulement de liquide.

D'après les recherches de Wegner, la résorption de liquide est d'autant plus difficile que les parois abdominales auront été distendues avant la ponction. De ce chef encore la ponction précoce présente cet avantage, que, ne laissant pas distendre autant les parois abdominales, elle laissera plus de chances à la résorption.

Il est inutile d'ajouter que l'auteur ne prétend pas donner la ponction précoce comme un moyen curatif dans les cas où il n'y a pas à parler de guérison. Ce n'est évidemment qu'un palliatif, mais que le professeur Ewald considère comme n'étant pas à dédaigner, quand on songe aux souffrances qu'occasionne aux malades l'accumulation du liquide dans la cavité abdominale. En tous cas, il n'admet pas que la ponction

précoce précipite le dénouement, comme on l'a dit quelquefois, ni qu'elle entraîne des ponctions plus fréquentes dans le mauvais sens du mot : si les ponctions sont plus nombreuses, c'est que, le malade vivant plus longtemps, il faudra lui faire un plus grand nombre de fois la ponction. Mais ceci n'a aucune influence sur la marche de la maladie.—*Abeille médicale.*

Traitement de l'hémoptysie d'après ses causes.—L'hémorragie pulmonaire, dit M. DRYSDALE, est un des accidents les plus graves en présence desquels on puisse se trouver. Cette idée, répandue dans le public, a acquis également une grande importance dans le corps médical à la suite des travaux de Louis. Hughes Bennett raconte, dans son *Traité classique de la phthisie*, qu'un fermier très robuste, habitué à l'exercice, au grand air, eut une hémoptysie brusque. Aucun signe stéthoscopique ne put être découvert à cette époque, mais il perdit néanmoins la santé et l'appétit, et finit par mourir phthisique. Pour l'hémoptysie, le pronostic des anciens médecins était le même que celui du cancer, c'est-à-dire qu'elle était tôt ou tard mortelle. Cette croyance est fâcheuse pour les médecins et surtout pour les malades qu'elle place dans un état de dépression morale pénible. On est obligé d'avouer que le pronostic de l'hémoptysie est moins grave qu'on ne le croyait il y a cinquante ans. Quelques-uns ont dit que le caractère de la phthisie avait changé ; que la découverte de l'huile de foie de morue avait modifié les conditions du traitement et le pronostic. Il y a cinquante ans, un malade qui avait craché du sang était nécessairement perdu ; il était enfermé dans une chambre maintenue autant que possible à une température élevée, obligé de prendre quantité de médicaments répugnants, puis il était saigné, purgé régulièrement. On lui appliquait vésicatoires sur vésicatoires. Comme l'hémoptysie indique en général un affaiblissement de l'organisme plus prononcé du côté du poumon que du côté d'aucun organe, il y a lieu de supposer que ce mode de traitement accélérerait la marche de la maladie qu'il était destiné à combattre. Aujourd'hui, on attache à l'hémoptysie une importance toute différente ; elle est toujours considérée comme très grave, non pas à cause de sa nature même, mais parce qu'on la croit symptomatique de la phthisie pulmonaire. Certains auteurs pensent que le sang épanché dans les vésicules pulmonaires et les petites bronches est capable de produire à la longue une pneumonie secondaire et d'aboutir à la *phthisis ab hæmoptoe*. M. Drysdale ne croit pas à ce processus. Il ne nie pas qu'une attaque d'hémoptysie se termine souvent par une élévation de la température et des signes de pneumonie, mais il n'admet pas l'explication généralement adoptée. Lorsque des symptômes de pneumonie suivent une attaque d'hémoptysie, le malade est un poitrinaire déjà avancé chez lequel des poussées inflammatoires aboutissent à la formation de nouveaux îlots d'inflammation dans le poumon. Voici probablement ce qui arrive : il se fait comme au début un engorgement des bronchioles et des alvéoles pulmonaires par suite de l'épanchement d'une certaine quantité du sang pendant l'hémoptysie ; l'hémorragie est accompagnée d'un abaissement de la température ; celle-ci se relève au bout de 4 à 5 jours, et on observe des signes de consolidation dans les portions du poumon récemment affectées.

L'auteur n'a jamais vu de pneumonie survenir chez les malades qui

m'avaient jamais présenté de phénomènes de tuberculose avant la première hémoptisie. Lorsque celle-ci se développe chez des sujets qui semblaient bien portants, elle n'est presque jamais suivie de pneumonie secondaire.

Au point de vue du traitement, on est obligé de faire différentes classes d'hémoptysies. D'après quelques auteurs, il faudrait les traiter toutes par le repos au lit, la glace, les astringents, l'abstinence. Ce mode de traitement, indiqué dans quelques cas, est contre-indiqué dans d'autres. Le mode de traitement indiqué répond aux cas dans lesquels l'hémoptysie indique une extension récente du processus tuberculeux lorsqu'il existait depuis longtemps des cavernes ou des cavernes. Si elle se développe chez un sujet qui n'a jamais présenté de symptômes bien marqués de phthisie, qui n'a aucune lésion locale appréciable, il faut adopter une méthode de traitement toute différente. Bien que dans ces cas l'hémoptysie indique une faiblesse héréditaire des poumons, la cause immédiate est simplement l'hyperhémie d'une portion limitée du parenchyme pulmonaire produite, selon toute probabilité, par une vie trop sédentaire et un défaut d'expansion suffisante des poumons. Bien que la quantité de sang rendu soit souvent considérable, le malade recouvrera toujours la santé en peu de jours s'il est convenablement traité. Au lieu de lui prescrire le repos, on lui conseille les promenades à l'air, un régime stimulant, de la viande et du vin. Le repos au lit est le pire des traitements dans ces conditions; il prolonge l'hémoptysie et retarde la convalescence. L'auteur qui a employé tantôt l'une, tantôt l'autre méthode de traitement croit que pour les cas de la seconde variété, il vaut infiniment mieux recommander aux malades les frictions froides avec l'ascension de collines d'une hauteur modérée, les promenades à l'air libre.

En règle générale, on peut formuler, relativement au traitement de l'hémoptysie, les préceptes suivants :

1^o Les cas qui se développent brusquement, sans que les malades aient présenté auparavant aucun phénomène de tuberculose, ne correspondent point à une affection organique ou inflammatoire du poumon, ils sont dus à des troubles de la circulation. Il est rare que l'attaque soit précédée de frissons; on observe ordinairement ces cas dans les saisons chaudes. Les causes les plus ordinaires sont: la faiblesse de la constitution, des habitudes sédentaires, un mauvais régime. L'hémorragie est abondante, suivie d'un sentiment de bien-être caractéristique. On ne trouve ni râles, ni phénomènes stéthoscopiques d'aucune sorte. Voici le meilleur mode de traitement à suivre: exercice à l'air libre, même avant l'arrêt du crachement de sang: l'expérience démontre qu'il dure beaucoup plus longtemps lorsqu'on met les malades au repos complet. Le régime doit être modérément fortifiant: on donne les stimulants à faible dose. Les bains froids suivis de frictions avec des serviettes écrues sont également très utiles. On peut dans ces conditions porter un pronostic favorable.

2^o Quand l'hémoptysie arrive chez un sujet qui présentait auparavant des symptômes d'induration partielle du poumon, elle est, en général, plus abondante et dure plusieurs jours. Les signes stéthoscopiques décèlent la présence de foyers d'infiltration et d'induration plus ou moins nombreux. Dans ce cas, le repos au lit, la glace, etc., sont indiqués.

3^o Chez les malades arrivés à un stade avancé de la phthisie et qui présentent des cavernes volumineuses, l'hémorrhagie est abondante, rebelle; elle produit ordinairement la mort en quelques minutes par syncope ou asphyxie. Le mieux, c'est d'élever le dos et les épaules du malade de manière à éviter l'obstruction des canaux bronchiques par le sang. Repos absolu, sachets de glace sur la poitrine, astringents, surtout injections sous-cutanées d'ergotine.—*Paris médical.*

Entérorrhagie dans la fièvre typhoïde.—M. le Dr Ch. PICARD a fait de cette question le sujet de sa dissertation inaugurale. C'est un accident fréquent dans le cours de la fièvre typhoïde, accident plus commun qu'on ne le croit généralement, car les hémorrhagies ne sont pas toujours très abondantes, et souvent on ne les constate qu'à l'autopsie.

En réunissant les statistiques dressées sur ce sujet, M. Picard est arrivé à peu près à la proportion de 5 p. 100. Il a résumé, sous forme de conclusions, les parties principales de son travail.

Selon lui, à nombre égal de cas de dothiéntérie, cette complication est beaucoup plus commune chez l'adulte que chez l'enfant et le vieillard.

Les sujets qui, en état de santé, ont une tendance marquée aux diverses hémorrhagies, sont plus particulièrement exposés à l'entérorrhagie dothiéntérique. L'accident est surtout à craindre dans les formes adynamiques.—Les écarts de régime, au moment de la convalescence, peuvent être aussi incriminés. D'après les travaux des épidémiologistes anglais et les recherches de Tholozan, la fréquence varie selon les latitudes. Plus fréquente en Grande-Bretagne et dans les climats tempérés, l'entérorrhagie serait, au contraire, très rare en Perse et dans les pays chauds.

Le traitement par les bains froids, par l'acide salicylique et le salicylate de soude à fortes doses paraît bien exercer une influence réelle sur la production de l'hémorrhagie intestinale. Brand prétend que les malades qu'on plonge dans le bain froid dès les quatre premiers jours n'ont jamais d'entérorrhagie. Cette question a été traitée à la *Société médicale des hôpitaux* en 1877, et M. Peter s'est fortement élevé contre ce mode de traitement, qu'il considère comme cause déterminante des hémorrhagies. "Le bain froid, dit-il, a une action incontestable sur le système nerveux, c'est là une vérité évidente de soi; il a, incontestablement aussi, une action toute physique sur les vaisseaux, dont il détermine le resserrement; il a, de plus, une action dynamique sur les vaso-moteurs cutanés, d'où la contraction vitale des petits vaisseaux; le bain froid exerce donc, en réalité, une action expulsive sur la circulation cutanée, d'où la brusque rétrocession du sang de la périphérie vers les centres. Ce sang, ainsi brusquement chassé des réseaux capillaires de la peau, se porte vers les points de moindre résistance et va produire, ici, des phlegmasies parenchymateuses; là, des congestions brusquement généralisées; plus loin, des hémorrhagies d'une abondance immédiatement périlleuse. Quant aux hémorrhagies intestinales, sur la valeur pronostique desquelles on a pu différer, c'était le lot des bains froids coup sur coup de couper court à toute controverse, l'entérorrhagie qu'ils provoquent étant parfois d'une abondance rapidement meurtrière."

L'altération du sang, les lésions vasculaires, la congestion des viscères, le processus ulcératif de la muqueuse intestinale et peut-être aussi la thrombose artérielle, doivent être invoqués comme conditions pathogéniques. Les entérorrhagies précoces, liées en général, à une hyperhémie de la muqueuse, sont les moins graves. Il n'en est pas de même de celles qui surviennent à une période plus avancée de la maladie, chez des sujets épuisés et dans les formes adynamiques.

La plus grande fréquence de l'hémorrhagie intestinale s'observe dans les troisième et quatrième septénaires, mais on peut la voir survenir, tantôt dès les premiers jours de l'affection, tantôt, et plus souvent peut-être, dans la septième et la huitième semaine, jusqu'aux approches de la convalescence.

Le pronostic est donc surtout subordonné d'une part à la quantité de sang perdu, d'autre part à l'état du malade au moment où l'accident se manifeste.

Quant au traitement, il consiste en préparations astringentes, toniques : eau de Rabel, ratanhia, quinquina, acétate de plomb (0,20 à 0,60), extrait thébaïque, perchlorure de fer, acide tannique, et surtout ergotine par la méthode endermique, selon cette formule :

Ergotine.....	2 grammes.
Glycérine.. } à	10 —
Eau.... }	

On peut encore y joindre les fragments de glace dans la bouche, les lavements astringents, les applications froides, glacées sur l'abdomen, quelquefois même le café, le vin chaud, le punch, le repos au lit.—
Paris médical.

Traitement de l'épilepsie.—De temps en temps, des médicaments nouveaux et déclarés tout-puissants ont été préconisés contre cette redoutable affection. Les seuls médicaments qui sont restés jusqu'à ce jour sont les bromures. Dans une lecture faite à l'hôpital de Philadelphie, le professeur William PEPPER est revenu sur quelques-uns de ces points. Il insiste sur la nécessité d'un examen minutieux pour voir s'il n'existe point quelque cause d'irritation périphérique (adhérences préputiales, helminthes gastro-intestinaux, corps étrangers, phlegmasie chronique des muqueuses). L'hygiène et un régime approprié sont indiqués ; il faut accorder une attention toute particulière au régime. Les épileptiques sont, en règle générale, gloutons, ils mangent beaucoup et sans soin. Il faut, autant que possible, combattre cette anomalie par le raisonnement. Les aliments gras et azotés sont ordinairement indiqués, à moins, toutefois, qu'ils ne produisent des troubles gastro-intestinaux. Souvent un excès de table est la cause d'une attaque d'épilepsie ; dans ce cas, un régime rigoureux et bien limité est indiqué. Le docteur Pepper accorde une grande importance à la méthode de Salisbury, dans laquelle le malade est mis à la viande crue et à l'eau chaude. Lorsque les épileptiques présentent cette forme de dyspepsie particulière dans laquelle la salive et le sucre pancréatique font défaut, il faut apporter un soin tout particulier dans le choix des viandes, et cela pour éviter, autant que possible, l'ingestion d'œufs de tœnia. Il suffit de dire que le docteur Pepper insiste sur la nécessité d'avoir toujours le malade en vue bien plus que la maladie ; bien qu'il

soit nécessaire de prescrire ces médicaments contre les symptômes épileptiques eux-mêmes. Les meilleurs sont les bromures, ensuite viennent l'oxyde et le valérianate de zinc, les préparations d'argent, surtout le nitrate; il ne faut cependant pas continuer l'usage de celui-ci pendant trop longtemps, on s'exposerait à déterminer une décoloration permanente des tissus. L'auteur est porté à croire que le nitrate est utile surtout dans les cas d'épilepsie jointe à des troubles gastro-intestinaux, et que ce médicament est plutôt utile en diminuant l'irritation périphérique que par suite d'une action directe sur les centres nerveux. L'arsenic a été administré également avec avantage, et ses bons effets sont probablement dus à une action de cette nature. En traitant des cas avec les bromures, il faut soigneusement se mettre en garde contre le bromisme. Quand celui-ci apparaît, on diminue la quantité du médicament. Si, pour une raison ou pour une autre, on diminue l'action des bromures, on pourra essayer d'autres anti-convulsifs, surtout la nitro-glycérine et le nitrite d'amyle. Dans les cas chroniques, les interruptions des bromures devront être fréquentes.

La question de l'effet de l'usage prolongé des bromures sur l'organisme est assez importante. Le Dr Hughes Bennett l'a discutée récemment à fond dans *The Lancet*. Il paraît que l'accoutumance aux bromures s'établit à la longue. De plus, les premiers médicaments sont destinés à agir contre des symptômes extrêmement pénibles. On ne saurait donc établir aucun rapport entre les inconvénients de leur accoutumance et leurs avantages. De plus, l'hyperexcitabilité réflexe qui existe chez tous les épileptiques empêche la dépression que produisent les bromures chez les sujets sains. Une autre question qui se présente tout naturellement est la suivante: Les bromures agissent-ils seulement contre les symptômes ou contre la maladie elle-même? M. Bennett, qui n'a pu trouver aucune statistique sur ce point, essaye de répondre à la question à l'aide de ses observations. Il suppose que la chose est possible. Le médicament peut prévenir, à un degré plus ou moindre, une attaque d'épilepsie. Il est sans inconvénients, et l'on peut supposer qu'en diminuant l'hyperexcitabilité à laquelle les attaques d'épilepsie sont dues, il met le système nerveux dans des conditions telles qu'il peut reprendre les qualités dont l'absence cause la maladie.

Le docteur Wolfenden, professeur de physiologie à *Charing-Cross Hospital*, qui a eu de fréquents échecs en employant le bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie, a employé récemment le bromhydrate de couïne, qu'on n'avait guère utilisé jusqu'à ce jour dans le traitement de cette névrose. Il rapporte en détail plusieurs cas dans lesquels il a donné ce médicament, et il en conclut qu'il est très utile. Dans d'autres, il se trouve indiqué dans les accidents convulsifs consécutifs à une lésion cérébrale. Les cas légers sont améliorés sûrement; le seul inconvénient du médicament, c'est qu'il laisse à sa suite de la céphalalgie, ou, quand on donne des doses un peu élevées, des vertiges qui durent une heure et demie environ, avec des symptômes de congestion des conjonctives. Avec les doses administrées par le docteur Wolfenden, on n'a aucune altération cardiaque ou respiratoire: un enfant de sept ans peut en prendre jusqu'à 10 centig. par jour sans inconvénient. Les résultats obtenus par M. Wolfenden autorisent à essayer l'emploi du médicament.—*Therapeutic Gazette*.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'intervention chirurgicale dans la tuberculose testiculaire, Clinique de M. le Dr TERRILLON à l'hôpital de la Charité.—À propos de plusieurs malades couchés dans la salle, nous présentant divers types de tuberculose testiculaire, je veux aborder devant vous la question de l'intervention chirurgicale en pareils cas.

En effet, à côté des indications et contre-indications opératoires qu'on est habitué à rencontrer dans les diverses maladies, il surgit ici une question d'un ordre tout particulier qui se rattache à la conservation ou à la suppression de la glande séminale, et vous n'êtes pas sans savoir quelle est son importance au point de vue psychique. Tous les auteurs s'en sont préoccupés, le professeur Verneuil, entre autres, dont je vous exposerai plus loin la manière de faire, met tout en œuvre pour conserver à ses malades ce qu'il a qualifié au nom caractéristique de testicule moral.

Ce n'est pas à dire, comme vous pourriez le croire, que je veuille préconiser la castration à outrance pour tous les cas ; loin de moi cette pensée ; du reste, ici comme dans beaucoup d'autres affections chirurgicales chroniques, doublées d'un état général plus ou moins grave, il faut savoir conformer sa manière de faire aux différentes modalités que l'on rencontre chez les divers sujets.

Nos malades vous seront en cela d'un bon enseignement ; ils ont la même maladie, mais à des degrés divers et vous allez voir vous-mêmes qu'il serait absurde de songer à leur imposer à tous le même traitement.

Tout d'abord, rappelez-vous ce jeune homme de 31 ans qui, avec toutes les apparences d'une bonne santé, est venu nous consulter pour une grosseur qu'il portait au testicule gauche : je vous ai fait remarquer en l'examinant devant vous, que la tuméfaction siégeait dans l'épididyme et l'avait envahi tout entier aussi bien du côté de la tête que du côté de la queue ; le cordon qui s'en détachait paraissait, à son origine, noueux, bosselé ; la pression était un peu douloureuse à son niveau, la tuméfaction principale était elle-même bosselée, irrégulière, sa consistance était rénitente, presque dure, mais partout uniforme.

Le testicule proprement dit était ou paraissait sain, libre dans sa vaginale, mais comme enfoncé dans cette tuméfaction plus dure qui le débordait de toutes parts.

La palpation attentive de l'autre testicule nous a fait découvrir du côté de la tête de l'épididyme une grosseur du volume d'une petite noix qui avait échappé aux investigations du malade. La vaginale, le testicule et le cordon de ce côté paraissaient indemnes.

Vous m'avez vu ensuite pratiquer le toucher rectal dans le but d'explorer la prostate et les vésicules séminales ; c'est une manœuvre de la dernière importance sans laquelle il vous est impossible de formuler votre pronostic et de fixer votre intervention opératoire qui en dépend.

Dans le cas particulier, les vésicules séminales étaient dures, comme injectées au suif, et cela des deux côtés ; la prostate ne paraissait pas grosse et je n'ai pu y sentir aucune nodosité.

L'état général de notre malade, vous disais-je, paraît très bon, l'examen de son appareil pulmonaire ne nous a rien appris; cependant, il est très susceptible au froid, et peu d'hivers se passent depuis sa sortie du régiment sans qu'il ait une ou deux bronchites; il éprouve depuis quelques jours des envies d'uriner fréquentes et son urine est trouble; mais, chose plus grave, sa mère est morte jeune, d'une bronchite mal soignée, que nous pourrions, je crois, sans trop nous avancer, qualifier de tuberculeuse.

Ceux d'entre vous qui commencent leurs études, vont sans doute être étonnés de me voir leur présenter en même temps un autre malade, garçon de 27 ans, tuberculeux au dernier degré, par ses poulmons, par ses intestins, par ses articulations, et dont le scrotum criblé de fistules montre l'aboutissant de la tuberculose suppurée de l'épididyme et du testicule; malheureux qui ressemble plus à un moribond qu'à un malade. C'est à dessein, cependant, que j'ai rapproché ces deux sujets qui, pour un observateur superficiel, sembleraient être très différents au point de vue du pronostic et du traitement; c'est qu'en effet, Messieurs, ils sont aussi gravement atteints l'un que l'autre, ce n'est qu'une question de temps, et la chirurgie se trouve désarmée en face de chacun d'eux.

Je n'insisterai pas sur le dernier de ces malades: la lésion testiculaire est bien secondaire chez lui et il ne viendra jamais à l'esprit d'aucun chirurgien de faire une tentative quelconque de ce côté.

Malheureusement il doit en être de même vis-à-vis du premier; il n'a pas d'abcès au niveau de ses testicules, c'est vrai, mais ses vésicules sont prises, sa vessie commence à être malade. Aussi toute intervention opératoire du côté de ses bourses serait forcément incomplète, et pourrait en outre avoir le fâcheux résultat de provoquer une poussée du côté des organes profonds déjà atteints qui sont inaccessibles à toutes tentatives d'ablation.

Ce malheureux garçon est très gravement menacé, la marche de cette affection est fatale, et nous ne pouvons lui conseiller que des palliatifs, un régime tonique et reconstituant, l'huile de foie de morue, les iodures, etc., etc.

Fort heureusement pour les malades, la tuberculose testiculaire se présente aussi sous d'autres formes; elle est en effet localisée, assez souvent au testicule et à l'épididyme, et c'est dans ces cas que le chirurgien en intervenant peut rendre de vrais services à ses malades.

Je sais bien que j'aborde ici une question brûlante qui a soulevé de vives discussions entre les divers chirurgiens et à propos de laquelle le dernier mot n'est pas encore dit.

Les uns proscrirent toute intervention active qui, d'après eux, serait non seulement inutile, mais nuisible, et capable de provoquer une poussée générale de tuberculose. D'autres, partant de ce principe qu'un foyer tuberculeux est une source d'empoisonnement pour l'organisme, veulent qu'on l'enlève dès qu'il est reconnu. Je vous cite les deux extrêmes, vous trouverez d'ailleurs des défenseurs de toutes les opinions intermédiaires; malheureusement je n'ai pas à ma disposition des documents assez précis pour pouvoir tracer une règle de conduite unique; il faut obéir aux indications tirées de différents cas. Ce sont ces indications que je veux tâcher de vous faire connaître en vous donnant en même temps les moyens d'y obéir.

Il n'est pas toujours question, du reste, de pratiquer la castration; on peut, dans certains cas, se contenter d'interventions plus restreintes qui n'ont d'autre but que de détruire les manifestations tuberculeuses tout en respectant ou faisant semblant de respecter un organe aussi important que le testicule.

Dans certains cas, il n'existe que quelques nodosités disséminées, soit dans l'épididyme, soit du côté de l'origine du canal déférent, et cela d'un seul côté ou des deux côtés à la fois; bien entendu, je vous conseille de vous abstenir de toute intervention chirurgicale; il est très probable, du reste, que toute opération serait refusée en pareil cas par des malades que l'état de leurs testicules préoccupe à peine.

Mais à un degré plus avancé, ce ne sont plus des nodosités dures, c'est un abcès que vous avez sous les yeux: le laisserez-vous s'ouvrir tout seul, de peur, comme le disent quelques chirurgiens, qu'on ne vous accuse plus tard d'avoir provoqué l'établissement de la fistule presque fatale? Je crois qu'il faut être plus hardi, que le pus, siégeât-il sur le testicule, doit être évacué; à vous de faire vos réserves en formulant votre pronostic.

Qu'il y ait un abcès, qu'il y ait une fistule, si le cordon, la vésicule et la prostate sont indemnes, la conduite à tenir est à peu près la même.

Nous avons dit qu'il faudra ouvrir l'abcès; faudra-t-il, comme le conseille Bourgeois, enlever une rondelle de la peau du scrotum dans le but d'évacuer toute la matière tuberculeuse, et d'avoir une plaie plate afin d'éviter la fistule? Je crois que la pratique n'a pas, en ce point, confirmé la théorie. Vous devrez vous contenter d'ouvrir l'abcès, d'établir un bon drainage, soit par un simple drain debout, comme on est habitué à le placer depuis la vulgarisation du pansement de Lister, soit par un drain en anse comme le conseillait Chassaignac, comme l'a plus récemment défendu M. Hugonnet dans sa thèse de 1877. Ce mode de traitement est applicable aux abcès et aux fistules; et certains auteurs ne craignent pas de soutenir que toute intervention doit se borner là, car, disent-ils, on voit des malades, chez lesquels ces fistules se tarissent presque spontanément après une durée plus ou moins longue.

Cela est vrai dans certain cas, mais sachez aussi qu'il y a souvent des récidives: à côté d'une fistule guérie dont je vous ai fait sentir le trajet induré qui reliait la peau du scrotum à l'épididyme sous forme d'un cordon dur, vous avez pu constater, chez un de nos malades, l'existence d'une nouvelle fistule datant de quelques semaines et siégeant du même côté: la première fistule a suppuré plus de huit mois, nous a dit le malade. Malgré cela, il pourrait être classé parmi les cas heureux, mais il n'est pas toujours permis de compter sur une terminaison aussi favorable: chez la plupart des malades, les fistules persistent, il s'en forme de nouvelles et, pendant ce temps, la tuberculose envahit tout l'appareil génital, se généralise même à la vessie, aux poumons, etc., etc.

C'est pour éviter cette marche fatale qu'il faut savoir intervenir, vous avez à votre disposition toute une série de moyens qui vont depuis la simple modification du foyer tuberculeux jusqu'à l'ablation totale de l'organe, à la castration.

Je passerai rapidement sur l'emploi des injections modificatrices; la liqueur de Villate, l'alcool, le chlorure de zinc, la teinture d'iode ont

été successivement employés et n'ont donné que dans de rares cas, des résultats bien avantageux.

Les foyers tuberculeux résistent, vous devez le savoir, aux moyens trop bénins : il ne faut pas seulement des agents modificateurs, il faut des agents destructeurs. Aussi la cautérisation a-t-elle eu ses adeptes : Dupuytren employait des trochisques de minium ; Thierry, Bouisson, se servaient de la potasse caustique ; Bonnet, dans sa thèse de 1833, vantait la pâte de Canquoin.

En 1871 le professeur Verneuil préconisait l'emploi du cautère actuel, et son élève Aubain publiait dans sa thèse 1873, des observations à l'appui de la bonté de cette pratique : on plonge à plusieurs reprises, dans les fistules, un cautère effilé, de façon à atteindre toutes les anfractuosités du foyer. Le thermo-cautère permet d'apporter dans cette manœuvre la plus grande précision ; de cette façon on transforme la cavité tuberculeuse en une plaie simple qui doit guérir à la chute des eschares, c'est ce qui arrive en effet quelquefois ; malheureusement trop souvent encore il se développe de nouveaux abcès, de nouvelles fistules.

La maladie fait des progrès ; ce n'est du reste qu'au prix de l'élimination des eschares, c'est-à-dire après une suppuration prolongée qu'on peut espérer voir survenir la guérison.

C'est pour éviter cette longue et abondante suppuration qui affaiblit le malade et qui n'a que des inconvénients, que Kocher a proposé pour le testicule le procédé opératoire employé contre les abcès froids, le curage.

C'est un bon moyen, qui m'a déjà donné de bons résultats, mais il est bien entendu que ce procédé n'est applicable que dans les cas de tuberculose très localisée ; qu'il y ait un abcès ou une fistule, on agit à peu près de même, on ouvre l'abcès ou on débride la fistule avec le bistouri, puis à l'aide de la curette tranchante on détruit par le grattage toute la zone ou toutes les zones qui paraissent suspectes. On arrive ainsi à transformer l'abcès ou la fistule en une cavité à surface grisâtre, fibreuse, qu'on peut réunir par première intention avec drainage, ou qu'on peut bourrer de gaze iodoformée, ce qui est préférable.

Dans la plupart des cas où j'ai employé cette méthode, c'est la gaze iodoformée qui m'a rendu le plus de services.

La plaie, quelle que soit sa profondeur, est remplie exactement, c'est-à-dire en pénétrant dans toutes les anfractuosités avec la gaze iodoformée au 30°. Pardessus le scrotum on peut, au besoin, appliquer un pansement de Lister complémentaire.

La gaze ainsi disposée peut rester en place pendant plusieurs jours (quatre ou cinq), et n'est renouvelée complètement que lorsqu'elle se détache facilement de la cavité.

Celle-ci est ensuite remplie tous les trois ou quatre jours de la même substance, et bientôt elle présente une surface bourgeonnante de bonne nature qui se cicatrise souvent avec une assez grande rapidité.

Je ne saurais, Messieurs, trop vous recommander l'emploi de ce moyen qui m'a déjà donné chez plusieurs malades des résultats excellents et rapides en les débarrassant de leurs foyers tuberculeux et fongueux et en les mettant ainsi pour longtemps à l'abri de récidive.

Enfin, Messieurs, lorsque la tuberculose est encore localisée à la glande séminale, mais que celle-ci est trop criblée d'abcès, de fistules

ou de masses tuberculeuses pour qu'on puisse se contenter du traitement précédent, c'est alors que se présente à nous un dernier moyen, plus énergique et plus radical, la castration.

Songez qu'il n'y aura le plus souvent à enlever qu'un testicule; lorsque les deux sont pris, il est rare que l'appareil prostatique et vésical soit indemne, et alors vous savez que l'abstention s'impose lorsque cette glande est très malade et que la vessie est atteinte.

Malgré l'assertion de quelques auteurs, il est loin d'être démontré que l'ablation d'un testicule tuberculeux provoque une poussée sur son voisin; bien plus souvent au contraire, comme vous pourrez vous en assurer par la lecture des observations contenues dans la thèse de Mougin 1873, l'ablation du testicule tuberculeux a été suivie d'une amélioration dans l'état général du sujet.

Cette opinion que je défends, vous la trouverez aussi soutenue par mon excellent collègue et ami, P. Reclus, dans sa remarquable thèse sur le testicule tuberculeux.

Je pourrais vous citer, Messieurs, trois exemples tirés de ma pratique, où la castration m'a donné de très bons résultats. Le premier est un homme de 42 ans, auquel j'ai enlevé il y a quatre ans un testicule rempli de masses caséuses et dont le scrotum était criblé de fistules; la réunion de la plaie eut lieu par première intention, et depuis cette époque le malade n'a plus eu trace de tuberculose. Sa santé générale s'est beaucoup améliorée et il a continué sa profession, d'ailleurs très pénible.

Le second, âgé de 22 ans, a été opéré il y a deux ans et demi. Les choses se sont passées de la même façon; cependant chez lui est survenu depuis cinq ou six mois une petite nodosité inquiétante sur l'épididyme de l'autre côté.

Enfin, le troisième, opéré à peu près à la même époque, et âgé de 31 ans, a retiré le même bénéfice de l'opération, quoiqu'il eût des bosselures prostatiques manifestes qui semblent ne s'être pas modifiées depuis l'opération.

Grâce à la méthode antiseptique, cette opération n'est vraiment plus redoutable par elle-même. La ligature du cordon par deux anses de soie phéniquée prises en chaînes ou par deux forts catguts, met à l'abri de l'hémorrhagie, et si on prend bien soin d'abraser toutes les parties du scrotum qui ont été en contact avec du pus, on peut espérer une réunion par première intention; le dernier malade auquel j'ai enlevé devant vous le testicule droit en prenant ces précautions, a été opéré le 9 novembre et est parti pour Vincennes le 23 du même mois, avec une réunion parfaite.

C'est dans les cas où les deux testicules sont atteints qu'on pourrait faire intervenir cette question morale de la suppression des glandes séminales, si on se décidait pour la castration bilatérale; mais, comme je vous le disais plus haut, vous en trouverez rarement l'indication; non seulement les deux testicules, mais encore le cordon, la prostate, les vésicules seront atteintes à tel point que les moyens simplement palliatifs devront seuls être employés.

Ainsi donc, Messieurs, pour résumer en quelques mots tout ce qui précède, rappelez-vous que la castration unilatérale devra être réservée aux cas où un seul testicule est très atteint par la tuberculose, alors que tout le reste de l'appareil est intact ou très peu malade.

Mais il existe une méthode, suffisamment énergique au début, donnant les meilleurs résultats quand elle est appliquée largement et avec soin. c'est le curage des abcès caséux et des fistules du testicule et de l'épididyme, lorsque les lésions sont encore limitées.—*Progrès médical.*

Du traitement des prostatites aiguës par les lavements d'eau très chaude.—*La Gazette hebdomadaire* revient sur l'action résolutive de l'eau chaude dans les prostatites aiguës. Nous avons, dit-elle, déjà publié deux observations où les phénomènes inflammatoires se sont apaisés dès les premiers jours du traitement. Nos lecteurs peut-être se rappellent ces faits. Un médecin de trente et un ans est pris de dysurie subite au décours d'une blennorrhagie. Il nous fait appeler et nous constatons une tuméfaction énorme de la prostate qui bombe dans l'ampoule rectale : la surface en est régulière, lisse, uniformément résistante, sillonnée par deux grosses artères qui battent sous le doigt : les douleurs, pendant et surtout après la miction, sont intolérables. Nous faisons recouvrir la région périnéale de compresses de tarlatane trempées dans de l'eau à 55 degrés : des lavements à la même température sont pris et gardés par le patient aussi longtemps que possible. Aussitôt les douleurs spontanées s'apaisent, le ténésme vésical, les épreintes rectales s'atténuent, la dysurie disparaît, le gonflement diminue et au bout de trois jours la guérison est complète.

Le second fait n'est pas moins démonstratif : un professeur de cinquante six ans est pris de besoin impérieux d'uriner, surtout pendant la nuit ; il y a du ténésme, des épreintes, des douleurs vives ; une chaleur cuisante se fait sentir tout le long de l'urèthre ; le toucher rectal révèle une prostate saillante, tuméfiée, douloureuse, parcourue par des artères battant sous le doigt. On prescrit des lotions périnéales brûlantes et un lavement chaud matin et soir. L'amélioration est instantanée ; la dysurie, le ténésme, les épreintes, le gonflement, les douleurs disparaissent et au bout de trois jours, non seulement le dernier accident avait cédé mais la pesanteur périnéale d'avant la crise et les besoins fréquents d'uriner qui dataient de onze mois, avaient disparu. Une deuxième crise survenue quelques mois plus tard, à l'occasion d'un voyage où les festins furent abondants et nombreux, guérit par les mêmes moyens, avec la même rapidité.

Nous venons de recueillir une troisième observation et c'est elle qui nous décide à revenir sur le traitement des prostatites aiguës par l'eau chaude. Il s'agit d'un jeune homme, soigné par le professeur Verneuil et par nous pour un énorme névrome plexiforme du cuir chevelu et de la région mastoïdienne : la tumeur fut enlevée au bistouri ; les lèvres de la plaie, réunies par une suture métallique, se soudèrent par première intention, et la guérison totale aurait été des plus rapides, si par malheur, n'était survenue tout à coup une prostatite aiguë sur l'origine de laquelle nous ne sommes pas encore fixé.

Toujours est-il que, dès le lendemain de l'opération, il y eut rétention d'urine ; la vessie fut évacuée avec la sonde molle et le cathétérisme se fit sans léser le canal ; trois jours après, rétention nouvelle et nouveau cathétérisme. C'est alors que survinrent des douleurs intolérables au bout de la verge, des élancements, une sensation de torsion, d'écrasement ; le malade ne peut s'asseoir sans que les souffrances s'exaspèrent ;

la miction est impossible. La sonde est alors introduite; elle ne provoque pas le long du canal une réaction trop vive; mais, dès l'expulsion des dernières gouttes d'urine, éclatent du ténesme, des épreintes, une sensation de douleur extrême; la crise ne s'apaise guère qu'au bout d'une demi-heure et l'appréhension que cause l'imminence d'une crise nouvelle provoque de l'agitation, la perte du sommeil et de l'appétit.

Notre opéré souffrait depuis cinq jours déjà, lorsque nous pratiquons le toucher rectal: l'ampoule est pour ainsi dire encombrée par l'énorme saillie de la prostate tuméfiée, chaude, douloureuse; la moindre pression réveille du ténesme et une insupportable sensation de douleur le long du canal; à la surface de la glande battent les artères dilatées. La résistance du tissu enflammé est grande, et, en aucun point, on ne sent encore la dépressibilité particulière, signe d'une collection purulente. En tout cas, le diagnostic ne peut être douteux, il s'agit bien d'une prostatite aiguë.

Nous prescrivons immédiatement des lotions très chaudes sur le périnée et un grand lavement à la température de 55 degrés. La canule est introduite avec précaution pour ne pas heurter la prostate, et le robinet de l'irrigateur n'est ouvert qu'à demi, de façon que l'eau distende peu à peu le rectum sans provoquer de contractions énergiques du rectum et l'envie d'aller à la garde-robe. Le premier lavement apaise la crise; la miction est déjà moins douloureuse et la souffrance est de plus courte durée; à midi, le soir, nouvelles lotions, nouveau lavement, et l'amélioration s'accroît, le lendemain le malade pouvait s'asseoir, ce qu'il avait essayé vainement depuis six jours. Au bout de soixante-huit heures, il existait à peine une douleur obtuse, une sensation de pesanteur dans la région, la prostate a beaucoup diminué de volume et, au quatrième jour du traitement, la guérison était complète.

Nous ne saurions trop recommander ce traitement, qui nous paraît aussi efficace qu'il est peu compliqué. Et ce ne serait pas un médiocre avantage de réprimer, avant leur suppuration, ces inflammations circonscrites ou diffuses de la prostate. On sait en effet les accidents graves qui peuvent survenir. L'ouverture de la glande a parfois été cause d'hémorragies véritables, les clapiers purulents du petit bassin, les décollements étendus se sont accompagnés de phlébite et d'infections purulentes; des fistules nombreuses ont creusé le périnée en forme de "pompe à airsoir", enfin une communication anormale s'est trop souvent établie entre l'urèthre et le rectum et nous n'avons pas à insister sur ce qu'une telle infirmité a de dégoûtant et de dangereux. Mais nous croyons—et ce sera notre dernier mot—que les lotions périméales et les lavements à l'eau chaude pour peu qu'on y ait recouru à temps, sauront conjurer ces accidents redoutables.—Paul RECLUS, in *Abeille médicale*.

Chirurgie du poumon, par M. MosLER.—Le principe de la médecine moderne est de localiser les lésions,—le progrès consiste donc surtout dans l'acquisition d'une thérapeutique locale. D'autre part, grâce à la méthode antiseptique, nous pouvons localiser bien mieux qu'auparavant, étant donné qu'une ponction, voire même une incision exploratrice, sont maintenant indiquées dans les cas où le diagnostic est douteux.

Les chirurgies nouvelles du roin, du foie, de l'estomac, de l'intestin en constituent autant d'exemples.

Dès 1830, Guérin recommandait de traiter les phthisiques par l'application de pointes de feu sur la peau, au niveau des zones malades. Cette méthode, dernièrement modifiée par Vidal, lui a donné 37 fois sur 44 de bons résultats. Au commencement, la guérison serait possible, et, plus tard, la marche de l'affection pourrait être retardée. Mosler a employé cette méthode chez 20 de ses malades et a obtenu une amélioration; mais, une guérison, il ne saurait l'affirmer. C'est du reste sur l'ouverture des cavernes pulmonaires que l'autour se propose d'insister.

Les injections parenchymateuses ont été employées par Guillaume Koch, qui injectait à des chiens et à des cobayes des solutions plus ou moins concentrées d'iodure de potassium. Fraenkel et Jablovowski leur attribuent la production d'une zone marginale cicatricielle de bonne nature autour de l'ulcération. Mais les résultats qui paraissaient bons chez les animaux ne furent point les mêmes chez l'homme, et jusqu'à présent, après une expérience de dix ans, Mosler peut affirmer que dans aucun cas il n'a obtenu la formation de cette zone cicatricielle. Dans un cas de bronchite chronique fétide, il est bien arrivé à modifier la fétidité des crachats, mais sans abrégier la maladie; dans une gangrène pulmonaire aiguë, il n'obtint aucun résultat. La ponction évacuatrice, suivie d'une injection iodée même, ni à Pepper ni à lui, n'a fourni de succès.

Il revint alors à l'idée de l'ouverture des cavernes. Fenger et Hollister furent les premiers à appeler l'attention sur ce point et à demander de nouvelles recherches, et le 14 janvier 1875, avec son ami Hüber, Mosler pratiqua l'opération. Un drain fut placé dans la cavité d'un phthisique; peu à peu même le tube fut repoussé hors de la plaie par les bourgeons qui se formèrent et le patient put quitter la clinique guéri, reprendre même ses occupations. Huit mois plus tard, il est vrai, il revenait à la clinique, et y mourut le 25 mars 1876. L'autopsie fit reconnaître une tuberculose généralisée avec dégénérescence amyloïde des différents organes. Il est juste de dire que toutes les cavernes tuberculeuses ou compliquées de tuberculose doivent être considérées comme de véritables *noli me tangere* aussi longtemps qu'on n'aura pas trouvé un moyen antiseptique certain contre le bacille.

Mais, à côté des cavernes de la tuberculose, il en est d'autres, celles qui sont la suite d'un kyste hydatique, par exemple, et l'auteur a observé dans un cas de guérison de ces kystes après ouverture et lavages. Fenger a dernièrement obtenu un succès en incisant un abcès fétide du lobe moyen du poumon et en enlevant la membrane hydatique qui entretenait la suppuration. Alors que Mosler était assistant à la clinique de Vernher, il vit un homme qui, ayant avalé une dent qu'on venait de lui arracher, eut une pneumonie dont il mourut. N'y aurait-il pas lieu maintenant d'intervenir et de tenter l'ablation du corps étranger?

Dans la gangrène pulmonaire aiguë et même dans la forme chronique, n'y aurait-il pas lieu d'inciser? C'est du reste ce qu'il a pensé, c'est ce qui l'a amené à opérer chez un jeune homme de 14 ans. Le malade mourut, mais l'autopsie démontra que l'opération avait atteint son but. C'était un véritable succès opératoire. Edouard Bull (de Christiana) a du reste guéri d'une cavité gangréneuse une fille de 23 ans.

La technique opératoire a besoin d'être fixée et ne peut être établie que grâce à une expérience considérable. Néanmoins, Mosler se croit autorisé dès à présent à dire qu'à côté de l'incision et de la pince cantoro, le thermo-cautère et les injections salicylées ont donné de bons résultats. La résection du poumon, au contraire, est une opération impraticable chez l'homme.—PAUL BERTHOD, in *Gazette médicale de Paris*.

Des polypes naso-pharyngiens.—Clinique de Mr. le Dr TILLAUX à l'Hôtel-Dieu—Le malade est un jeune garçon venu à l'hôpital il y a quinze jours et envoyé par un professeur de Caen, comme étant atteint d'une tumeur du pharynx nasal. Il est âgé de 21 ans, exerce la profession de cocher; ses parents, ses deux frères et sa sœur sont parfaitement sains: il n'a lui-même aucun antécédent morbide.

Le début de la maladie semble remonter à quatre ans. Vers cette époque il commença à remarquer qu'il respirait plus difficilement que de coutume, surtout par la narine droite. Les choses restèrent longtemps en cet état. Puis il s'aperçut qu'il avalait mal, et enfin, un jour, regardant le fond de sa bouche dans une glace, il y découvrit une tumeur. Cette tumeur ne paraît pas avoir grossi depuis dix-huit mois. Depuis, du nasonnement s'est ajouté aux modifications précédentes.

Etat actuel.—Quant on examine le malade on ne trouve aucune déformation du visage (on verra plus loin l'importance de cette remarque). Quand on lui fait ouvrir la bouche, on voit une saillie grisâtre dépassant en bas le bord libre du voile du palais, arrivant au bord de la langue et déprimant un peu le voile surtout du côté droit. De ce même côté on trouve que la fosse amygdaliennne est un peu remplie; à gauche elle est complètement libre.

Le toucher donne des renseignements plus importants. Le voile du palais est peu sensible; il est mobile, et à l'aide d'une pince on peut l'attirer en bas, ce qui prouve que la tumeur n'y adhère pas. On peut d'ailleurs glisser le doigt entre la tumeur et le voile, mais on est bientôt arrêté au niveau de l'orifice postérieur des fosses nasales. On ne peut pas aller avec le doigt entre la tumeur et le pharynx pour gagner le haut de la tumeur, mais il est certain qu'elle n'adhère pas au pharynx, car un fil de fer a pu trouver passage. Donc, et ceci est important, la tumeur n'adhère ni en avant ni en arrière, et si on la saisit entre le pouce et l'index, on peut lui imprimer de petits mouvements latéraux absolument comparables à ceux d'un battant de cloche. Elle ne tient donc pas en haut.

L'examen rhinoscopique antérieur révèle dans la narine droite l'existence d'une petite tumeur qui ne bouche cependant pas la narine puisque le doigt peut y être introduit. C'est évidemment un prolongement de la tumeur pharyngienne.

Les signes physiologiques sont peu importants. Le malade n'a pas souffert, et s'est au hasard qu'il doit d'avoir découvert sa tumeur. Il n'a jamais ressenti de douleur, ni dans les yeux, ni dans les narines, ni dans la tête.—Point essentiel: *A aucune époque de l'évolution de la tumeur il ne s'est produit de perte de sang.*

La situation de la tumeur est nettement déterminée, mais on ne sait si elle s'attache seulement à la partie postérieure des fosses nasales, ou si elle a un second point d'insertion situé plus haut, par exemple

l'apophyse basilaire. Cette hypothèse semble admissible, et il est même probable que le pédicule est relativement large.

Est-ce une tumeur maligne, un cancer du pharynx? Evidemment non, puisque le malade n'a jamais souffert. Ce ne peut être qu'une tumeur solide bénigne du pharynx nasal: or il y a deux sortes de tumeurs réalisant ces deux conditions: *les tumeurs adénoïdes, les tumeurs fibreuses, polypeuses*, en un mot *les polypes naso-pharyngiens*.

Est-ce ici une tumeur adénoïde? Il y en a deux sortes. Il y a la tumeur adénoïde du pharynx nasal, développée aux dépens des follicules dont un nombre considérable tapissent la muqueuse; elle est petite, sans pédicule; elle comprime la trompe d'Eustache et amène un certain degré de surdité; elle se présente de préférence chez les jeunes filles lymphatiques qu'on traite alors comme ayant un coryza chronique. La tumeur dont il s'agit aujourd'hui n'a donc aucun rapport avec ce premier genre de tumeur adénoïde.

Il y a la tumeur adénoïde développée aux dépens des glandes en grappe, située ordinairement à la face supérieure du voile du palais et obstruant la narine droite, tumeur rencontrée notamment chez une jeune fille opérée au mois d'avril dernier, mais on sentait parfaitement la tumeur sur le voile. Il faut donc aussi rejeter l'hypothèse de l'existence d'une tumeur adénoïde au voile du palais.

On est donc en présence d'un polype naso-pharyngien.

Depuis 1869, on a établi une distinction capitale entre les polypes naso-pharyngiens. Les uns sont exclusivement constitués par du tissu fibreux; ils sont durs, résistants, prennent leur point de départ sur le gros faisceau fibreux qui se trouve entre l'apophyse basilaire et l'atlas. Les autres contiennent non seulement du tissu fibreux, mais aussi du tissu muqueux: ce sont des tumeurs *myxo-fibreuses*. Si cette distinction est réelle en histologie, elle l'est bien davantage en clinique.

A-t-on affaire à un *fibro-myxome* ou à un *fibrome* pur?

Le fibrome pur, le vrai polype naso-pharyngien est muni d'un pédicule large, mais on ne peut le faire mouvoir dans le pharynx, il fait corps avec les os, il est immobile. Il déforme ordinairement le visage, notamment l'orbite. Or la tumeur en question est mobile, oscille comme le battant d'une cloche et ne déforme pas le visage.

Le fibro-myxome se rencontre surtout dans le voisinage de l'orifice postérieur des fosses nasales, sur le bord postérieur du vomer, mais on peut bien aussi l'insérer sur l'apophyse basilaire et sur le sphénoïde. Il est ferme, mais moins résistant que les fibreux. Le fibreux, il est vrai, appartient en propre aux hommes et surtout aux adolescents; mais le fibro-myxome se rencontre aussi bien chez les jeunes garçons que chez les jeunes filles. Enfin, caractère typique: Le fibro-myxome ne donne jamais lieu à des écoulements sanguins, tandis qu'il n'y a pas d'exemple de polype fibreux sans hémorrhagie.

D'après cet examen, on peut donc dire que ce malade est atteint d'une tumeur bénigne de l'arrière-cavité des fosses nasales; que c'est un fibro-myxome qui s'insère certainement sur l'orifice postérieur des fosses nasales, mais qui doit avoir un second point d'insertion plus haut; ensuite le pédicule doit être assez large.

Le pronostic est certainement moins grave que s'il s'agissait d'un polype fibreux; mais on ne doit pas moins enlever la tumeur qui, grossissant sans cesse, pourrait amener l'asphyxie.

Quel est le genre d'opération qui convient ici? MM. Legouest, Trélat, Hergott (de Nancy) en ont pratiqué un certain nombre. Il faut avoir bien soin de ne rien laisser de la tumeur, car, seuls les polypes fibreux disparaissent avec l'adolescence, et l'on pourrait craindre de la récurrence. L'ignorance dans laquelle on se trouve de l'endroit précis où siège le second point d'insertion rend l'opération plus difficile.

La tumeur ayant été bien enduite de cocaine quelque temps auparavant, 1o on fera asseoir le sujet, puis on fendra la voûte du palais sur sa ligne médiane, de la portion osseuse à la partie libre; le voile du palais écarté, la tumeur paraîtra; 2o à l'aide d'une aiguille courbe, on passera un fil dans la tumeur pour que, une fois détachée, elle ne tombe pas dans le larynx. (On a vu des malades avaler leur tumeur pendant des opérations de ce genre.); 3o avec une rugine, on essaiera de détacher la tumeur de bas en haut et d'avant en arrière; 4o on laissera reposer un instant le malade et on pratiquera la staphylorrhaphie.

(L'opération, conduite par M. Tillaux comme il l'avait indiqué, a parfaitement réussi. Elle a révélé que la tumeur n'avait qu'un point d'insertion, derrière l'orifice postérieur des fosses nasales. Grâce à la cocaine, la section du voile du palais n'a pas été sentie par le malade.)—
Tribune médicale.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Le seigle ergoté est-il indiqué pendant l'accouchement et pendant l'avortement? par H. STAFFER, chef de clinique de la Faculté.—
Jamais. Il est toujours contre indiqué. Avis unanime des accoucheurs de profession.

C'était et c'est encore une des thèses favorites du professeur Pajot; il n'a cessé de dire à l'amphithéâtre de la Faculté, ou dans ses cours particuliers, et il ne cesse de répéter aujourd'hui: **NE DONNEZ JAMAIS DE SEIGLE ERGOTÉ TANT QUE L'UTÉRUS N'EST PAS VIDE, TANT QU'IL CONTIENT FŒTUS, PLACENTA, OU CAILLOTS.**

De son côté le professeur Tarnier s'exprime ainsi: **LE SEIGLE ERGOTÉ A TUÉ BEAUCOUP D'ENFANTS ET DE FEMMES. PROSCRIVEZ-LE TANT QUE L'UTÉRUS N'EST PAS DÉBARRASSÉ DE SON CONTENU.**

D'autre part, les agrégés saisissent toute occasion de répéter dans les cours complémentaires: **LE SEIGLE EST UN MÉDICAMENT TRÈS DANGEREUX QUAND L'UTÉRUS N'A PAS EXPULSÉ TOUT CE QU'IL RENFERME.**

Ce *consensus omnium* donne force de loi à cette proposition. L'interdiction du seigle pendant l'accouchement ou l'avortement, c'est-à-dire pendant l'expulsion du produit de conception, fœtus, enveloppes, sang coagulé, est un des axiômes de l'obstétrique.

Par contre on a dit: *Le seigle ergoté est un médicament héroïque quand, L'UTÉRUS ÉTANT VIDÉ, une hémorrhagie survient.* On ne le dit plus avec la même unanimité; il y a des restrictions à faire, parce que le seigle a des inconvénients, même quand l'utérus paraît vide. Nous nous expliquerons sur ce point; mais la proposition reste vraie. C'est elle qui a empêché l'Académie, justement émue des désastres causés par le seigle, d'enlever aux sages-femmes le droit de le prescrire.

Qu'elle est l'action du seigle?

Il tétanise l'utérus.

De là ses méfaits; de là ses bienfaits.

Pendant le travail, il arrête la circulation inter-utéro placentaire. Il en résulte que l'enfant est tué par asphyxie. Pendant la délivrance, ferme l'orifice utérin, et cette porte peut rester aussi solidement close que celle d'une prison. Dans cette prison l'arrière faix, placenta, membranes et caillots, risquent d'être retenus et de se putréfier. Il en résulte que les femmes sont exposées à la septicémie.

Quand l'utérus est vide, même action, mais toute bienfaisante, *du moins au moment où on la provoque*; nous répétons que nous expliquerons cette réserve. La tétanisation de cet organe ferme les mailles béantes du puissant réseau musculaire qui enlance les vaisseaux. Elle serre ces ligatures vivantes (Pinard). Il en résulte que les hémorrhagies cessent et que le flot de sang qui emporte la vie des femmes est arrêté.

Pourquoi, malgré des règles aussi précises, malgré des effets aussi connus, le seigle est-il encore administré hors de temps? Quelques médecins commettent cette faute parcequ'ils ne connaissent pas la question, ou la savent à demi et prennent peur au moment décisif; ce sont encore des praticiens instruits qui généralisent d'après quelques faits mal interprétés, dans lesquels le seigle, donné sans opportunité, a réussi, et concluent que les préceptes classiques sont exagérés. Donnons quelques exemples.

A.—Chez une femme en travail, l'enfant se présente par l'épaule. Diagnostic non fait. On rompt les membranes pour éclairer le diagnostic et faire descendre la région fœtale. On n'éclaire rien et rien ne descend; mais l'orifice se tétanise, l'enfant meurt asphyxié; de plus la porte se ferme, et, toute opération étant impossible, la femme meurt de l'épuisement causé par la longueur du travail ou d'une rupture de l'utérus.—Le cas n'est pas rare.

Une femme, enceinte de quatre à cinq mois, a fait une fausse couche. La personne qui l'a assistée a constaté l'expulsion d'un fœtus, et ne se préoccupe pas du reste, car elle ignore que la fausse couche du quatrième au cinquième mois se fait en deux temps, fœtus d'abord, placenta ensuite. Quelques jours, quelques semaines ou quelques mois après, cette personne est mandée en toute hâte auprès de sa cliente, prise d'hémorrhagie grave et de syncope. Elle donne du seigle. Or cette hémorrhagie était causée par le décollement du placenta. Conséquence possible: l'utérus tétanisé par le seigle emprisonne le placenta, et la septicémie tue la femme.

B.—Une femme fait une fausse couche de trois mois environ. Une véritable pluie de sang s'est écoulée du vagin; la perte continue. On donne d'emblée une bonne dose de seigle, dont on entretient l'effet par des doses fragmentées prises en potion. Résultat: mort de l'œuf qui exceptionnellement eût continué à vivre, rétention et putréfaction; septicémie plus ou moins grave.

Une femme, enceinte de quatre ou cinq mois, avorte: Expulsion du fœtus seul; mais on sait que le placenta est resté dans l'utérus. L'hémorrhagie, causée par le décollement, se déclare en son temps, avec violence. Que faire? Le médecin connaît l'anathème prononcé par l'école de Paris contre le seigle; il a aussi entendu parler du tampon, il a même introduit une fois, dans le vagin, six ou sept boulettes de charpie sans grand effet, et avec quelles difficultés, il s'en souvient encore! Le voilà donc fort perplexe. Il se dit: je n'ai pas de char

pie, je n'ai pas de spéculum, comment mettre un tampon sans spéculum? pendant que je préparerai et chercherai ce qu'il me faut, le sang continuera à couler, puis il sera nécessaire de mettre la femme en travers du lit, et remuer une femme qui a une hémorrhagie est chose grave. Au contraire, j'ai du seigle dans mon sac; cette poudre est vite administrée, et vite elle agit. Elle arrêtera le sang, et, qui sait? elle expulsera peut-être le délivre. A l'école on m'a enseigné qu'elle était dangereuse; mais mon confrère X..., m'a affirmé qu'on exagérerait; il a même publié deux observations concluantes." Ce dernier argument emporte les hésitations; le seigle est donné. Conséquences possibles: rétention du placenta; mort par septicémie.

Une femme vient d'expulser son fœtus. Elle n'est pas délivrée. Une hémorrhagie survient. La praticien sait que, dans ces cas, il faut introduire la main dans l'utérus, achever le décollement du placenta, le saisir et l'extraire; mais la pensée de pénétrer dans l'utérus l'effraie. Pourquoi ne pas extraire en tirant sur le cordon? Il tire. L'hémorrhagie augmente. Il tire plus fort. Le cordon casse. La pensée d'introduire la main l'effraie encore davantage, car il a perdu le fil d'Ariane, qui l'aurait sûrement conduit à travers le dédale du vagin et du col jusque dans l'arrière-boutique, pour me servir du mot d'un vieux maître de l'École française. L'hémorrhagie ne s'arrête pas. Alors les observations concluantes du confrère X... viennent à l'esprit du praticien et lui donnent l'idée d'administrer le seigle. Mêmes conséquences que dans le cas précédent.

Une femme est accouchée. Fœtus, placenta, membranes, tout est sorti. Une de ces hémorrhagies dites internes, invisibles, car rien ne s'écoule, mais rendues manifestes par le développement subit et la mollesse du globe utérin, et par l'état syncopal, se déclare. Encore un de ces cas dans lesquels il faut introduire la main et extraire les caillots. Il est moins effrayant et plus facile de faire avaler une bonne dose de seigle. On la donne. Résultat: rétention et putréfaction du caillot, septicémie de plus ou moins longue durée.

C. Généralisation hâtive de quelques faits mal observés.— C'est le cas du confrère X... qui a publié des observations concluantes. Le confrère X... a été appelé à l'improviste auprès d'une femme prise d'hémorrhagie. Etat syncopal grave. Cette femme a fait, quelques semaines auparavant, une fausse couche de quatre mois environ. Elle s'était si bien remise qu'elle avait repris ses occupations. Un flot de sang accompagné de douleurs est survenu inopinément. Le confrère touche. Son doigt pénètre dans une masse de caillots, le sang coule; il faut aller au plus pressé et arrêter la perte. Une injection d'ergotine est faite. Quelques instants plus tard, une petite masse charnue, rougeâtre, est chassée violemment entre les jambes de la femme. C'est un placenta frais, exsangue et ratatiné. Il est sorti avec la rapidité de ces noyaux de cerise que les gamins prennent entre le pouce et l'index et envoient au nez de leurs amis (comparaison du professeur Pajot). Quelques caillots le suivent, et la femme éprouve aussitôt le plus grand bien-être. Le confrère est stupéfait. Il pensait vaguement à une tumeur fibreuse ou à une seconde fausse couche; il n'avait pas saisi le lien possible entre l'avortement qu'il n'avait pas vu et l'accident auquel il avait assisté; il avait été au plus pressé, et le plus pressé n'était pas de faire un diagnostic mais de traiter le symptôme. Il avait donné le seigle

comme les homœopathes donnent *veratrum* ou *atropina*. Hémorrhagie utérine et seigle sont deux idées qui s'enchaînent le plus naturellement du monde. Mais ce qui l'étonne le plus, c'est la rapidité de l'expulsion, le bien-être immédiat de la femme. "Suivant l'école, se dit-il, j'ai commis une faute, et le résultat de cette faute a été la guérison immédiate. Donc, l'école se trompe." Un hasard lui a appris qu'il ne faut pas jurer sur la parole du maître, il se promet de profiter de l'expérience, et, à la première occasion, de donner du seigle, cette fois à bon escient.

Il recommence donc, une fois, deux fois, et le succès confirme son opinion. Une troisième occasion se présente, le seigle est donné avec une confiance que les événements précédents semblent justifier, mais rien ne sort, et la femme meurt. Un accoucheur, consulté, l'avertit de son erreur; mais il hoche la tête, il ne voit que les trois succès. Il recommence et réussit encore. Donc, il avait raison. Une cinquième occasion se présente, il ne la manque pas et la femme meurt. Il ne comprend pas que, pour lancer le noyau de cerise, les collégiens ont soin de le saisir par sa moitié postérieure, autrement il glisserait en sens inverse. Les placentas que le seigle a expulsés étaient à moitié sortis de l'utérus.

On le voit, l'ignorance absolue ou relative de la question et la généralisation hâtive de faits mal observés, sont la cause des malheurs dus au seigle ergoté. Les exemples pourraient être multipliés; mais ceux-là suffisent. (*à suivre*)—*Union médicale*.

Stérilité.—Sa cause la plus commune, d'après HEWITT, c'est la conicité du col. Le plus souvent, la portion vaginale du col est allongée autant que conique, et tout le canal cervical est lui-même fléchi. (Flexion utérine d'Emmet).

L'orifice utérin regarde en avant et en haut. De là, naturellement, l'extrême difficulté de la conception. Deux méthodes curatives sont recommandées :

- 1^o L'amputation d'une portion du col;
- 2^o L'ouverture de la cavité cervicale par une incision médiane à travers la paroi postérieure (Emmet et Sims).

Une personne ayant un col très fléchi et très allongé, souffrant de difficultés pour la miction et de douleurs pendant la marche, par suite d'une antéflexion utérine, mariée depuis quatre ans et n'ayant point d'enfants, se présenta à Hewitt qui lui fit subir l'opération suivante : Après avoir abaissé le col, il excisa sur la ligne médiane de la face postérieure, une portion verticale de membrane muqueuse de près d'un pouce de long sur un demi-pouce de large; ensuite, il sutura les bords en haut et en bas. L'effet de cette opération fut de raccourcir le col dans sa partie supérieure, d'attirer en arrière l'orifice utérin et de redresser la portion vaginale du col. Lorsque les trois points de suture furent serrés, le col, qui regardait primitivement en haut, se trouvait regarder en bas. Au bout de quelques jours, les sutures furent enlevées. Cette opérée devint enceinte ultérieurement.

L'auteur préfère cette opération à l'amputation de la portion vaginale, parce qu'elle conserve l'orifice utérin naturel et qu'elle laisse intact le canal cervical. Il y a aussi, par ce procédé, moins de mutilation pour l'utérus que par celui d'Emmet.—*Scalpel*.

Crises prémenstruelles.— Chez certaines femmes, les quelques heures qui précèdent chaque époque menstruelle s'écoulent au milieu de souffrances intolérables, parfois de véritables crises pendant lesquelles les malades se roulent par terre ou dans leur lit, comme s'il s'agissait de coliques néphrétiques. Ces douleurs, qui ont le plus souvent pour origine soit un rétrécissement de l'orifice interne, soit une congestion excessive de la muqueuse qui amène l'oblitération du canal cervico-utérin, soit un accès névralgique des plexus ovariens, peuvent être considérablement amoindries par l'administration de $\frac{1}{4}$ de lavements chauds additionnés de 2 grammes de chloral et de 2 grammes de bromure de potassium. Faire varier les doses et les diminuer de moitié s'il s'agit de jeunes filles. Chez les adultes, deux lavements peuvent être tolérés et administrés avec succès.—*Scalpel.*

Du rhumatisme articulaire pendant la grossesse.—La grossesse est un état puerpéral différent de l'état puerpéral consécutif à l'accouchement, mais déjà le sang est modifié dans sa composition et les humeurs ont une crase nouvelle. De là une opportunité morbide spéciale. Dans le cours de la grossesse on observe quelquefois le rhumatisme mono ou polyarticulaire, rhumatisme à *frigore* chez les uns, rhumatisme leucorrhéique ou blennorrhagique chez les autres. Le Dr CELLES en a publié plusieurs observations dans sa thèse et voici l'une des plus intéressantes.

Mme A...., âgée de 28 ans, est grosse pour la troisième fois. La première grossesse n'a rien présenté d'anormal; mais, pendant la deuxième, elle a été prise de douleurs articulaires aux épaules et aux coudes; ces douleurs se sont fait sentir pendant plus d'un mois. Elle ne savait à quoi attribuer ce rhumatisme, ne s'étant pas exposée au froid, n'ayant commis aucune imprudence; le médecin qui l'a soignée à cette époque, il y a trois ans environ, ne lui en a pas donné la cause.

Aujourd'hui, 20 février 1885, au cours du 4^e mois de sa grossesse (les règles ont paru pour la dernière fois au commencement du mois de novembre 1884), elle est atteinte de douleurs rhumatismales. Ce sont les mêmes articulations qui sont prises, c'est-à-dire scapulo-humérales et des coudes, des deux côtés. De plus, les articulations métacarpo-phalangiennes gauches sont prises.

Les articulations scapulo-humérales sont le siège d'un gonflement assez marqué; la peau est légèrement rosée, luisante. Les douleurs, vives d'ordinaire, sont augmentées par la pression, et quand on essaie de palper un peu fortement pour contourner la tête humérale, la malade pousse des cris.

Les articulations des coudes, surtout du gauche, ont le même aspect que celles des épaules: même teinte, même gonflement; aussi mêmes douleurs sourdes et réveillées par le toucher. La main gauche est gonflée et diffère essentiellement de la droite; elle paraît d'un volume double. La peau est tendue, d'un blanc violacé. Les douleurs sont nulles si la main est posée à plat, mais si la malade essaie de remuer les doigts, elle éprouve des élancements aigus. Les mouvements sont impossibles pour les articulations atteintes.

Etat général.—La température au creux de l'aisselle est de 38°, 2; le pouls est à 98. Depuis six jours, dit la malade, elle a eu le soir des petits frissons, suivis d'une transpiration abondante qui a duré toute la

nuit et l'a beaucoup fatiguée. Au moment où nous l'examinons, la face, le front et le tronc sont couverts d'une sueur visqueuse, odorante et assez abondante. La langue est sèche, blanche et râpeuse. L'appétit nul; pas de selles depuis deux jours.

La malade vivait dans de bonnes conditions hygiéniques, ne s'est pas exposée au froid, à l'humidité. Nous lui demandons si elle n'a rien eu du côté des organes génitaux; elle nous répond qu'elle n'a eu que des pertes blanches, qu'elle en a même eu ce moment. Nous l'examinons et nous trouvons sur son linge des taches d'un blanc jaunâtre; au spéculum, rien d'anormal. le col est rouge, volumineux, comme il convient à son état de grossesse. Ces pertes ont augmenté depuis qu'elle est enceinte, il en a été de même à sa deuxième grossesse, mais comme elle y était sujette, elle n'y a pas prêté attention. Mme A... est grande, blonde, d'un tempérament lymphatique, mais d'une bonne santé ordinaire; pas d'antécédents rhumatismaux, chez ses parents non plus.

Nous prescrivons : ouate laudanisée, tisane de queues de cerises, purgatif salin (30 gr. de sulfate de soude), et injections d'eau de guimauve et de pavots.

21 février. Au soir, même état, mêmes douleurs articulaires, surtout du côté gauche. T. 38°. P. 96. Nous ajoutons du lait aux prescriptions précédentes.

Le 23. La malade a passé une mauvaise nuit, n'a pas dormi et a beaucoup transpiré. Les articulations des épaules et du coude sont dans le même état. La main gauche est très empâtée. Le genou et le pied gauches sont douloureux; gonflement articulaire. T. 38°, 4. P. 102.

Le 24. Les coudes et les épaules sont moins douloureux, mais les mains, le genou et le pied sont le siège de vives douleurs. Au genou, gonflement très marqué, peau rouge sur les faces latérales, à ce niveau, les doigts exaspèrent la douleur; sensation d'une petite quantité de liquide. L'articulation tibio-tarsienne est douloureuse à la pression. La peau est luisante, rosée, avec des traînées plus rouges.

Mauvais état général. T. 38°, 4. P. 104. Transpiration la nuit, courbature et lassitude extrêmes.

Sur les endroits douloureux, frictions avec baume tranquille, essence de térébenthine et chloroforme. Matin et soir, une des pilules faites avec sulfate de quinine 1 gr. Extrait de colchique 0,40 cent., extrait d'opium 0,10 cent. pour 10 pilules. De plus, tisane de chiendent avec 4 gr. de nitrate de potasse. Injections.

Les 26, 27. Légère modification dans l'état général, T. 38°. P. 90.

Le 28. Les douleurs ne sont plus senties spontanément aux coudes et aux épaules; la pression et les mouvements seuls les réveillent. Le genou et le cou-de-pied sont toujours très gonflés et douloureux.

1^{er} mars. Mieux sensible, l'appétit revient. La fièvre a cessé. T. 37°, 6; le pouls est plus régulier et plus lent. Transpiration la nuit seulement. Immobilisation du genou, cataplasmes laudanisés sur le pied.

Mêmes prescriptions; lait, œufs, potages.

Le 3. Les articulations des épaules et du coude sont indolentes, le gonflement a disparu; mouvements possibles. L'articulation tibio-tarsienne est moins gonflée, moins sensible; le genou est dans le même état.

Le 4. Etat général bon. Température et pouls normaux. La faiblesse persiste. Potion avec 4 gr. d'extrait de quinquina, à prendre

pendant la journée. Genou gonflé, douloureux. Les pertes blanches ont cessé.

Le 8. Le mieux continue. Nous remplaçons le sulfate de quinine par 1 gr. d'iodure de potassium, à prendre dans une tasse de tisane de houblon. Appétit meilleur.

Le genou est gonflé sur les parties latérales, dures au toucher.

Le 10. La malade va tout à fait bien. Elle ne souffre plus que lorsqu'on touche le genou. L'articulation est raide, empâtée.

Immobilité. Iodure de potassium et extrait de quinquina.

La malade peut se considérer comme guérie. Nous la revoyons le 14 mars; elle va tout à fait bien; elle se lève; elle ne peut cependant pas encore plier le genou sans se plaindre, mais la raideur diminue et il n'y aura pas d'ankylose.

Dans la grossesse le rhumatisme articulaire a les mêmes symptômes que dans l'état de vacuité. Il n'est pas plus grave et se termine aussi bien. Il ne trouble pas souvent la gestation et le Dr Celles ne cite que deux cas d'avortement dont un est dû à Lorain. Il a été observé à toutes les périodes de la grossesse, mais plus habituellement du quatrième au cinquième mois.

Ce n'est qu'après l'accouchement que le rhumatisme articulaire est très grave, plus souvent mono-articulaire et conduisant à la suppuration articulaire. C'est une tout autre maladie, en raison de la septicémie puerpérale.

Comme traitement, tout le monde s'accorde à proscrire le *salicylate de soude* comme pouvant donner lieu à des hémorrhagies utérines et à l'avortement. Mais il faut donner le *sulfate de quinine* à 2 et 3 gr., la *vératrine* à 10, 15, 20 et 25 milligr. en pilule; l'opium à 5 centigr., les applications locales laudanisées et l'enveloppement avec la baudruche de gutta-percha. — *Paris médical*.

Nouveau mode de traitement des hémorrhagies utérines.—La médication préconisée par M. RICHARDSON consiste à introduire dans la cavité du col de l'utérus des cristaux d'alun du volume d'une noisette, et à les refouler avec le doigt jusqu'à l'orifice interne. L'utérus ne tarde pas à se contracter; il se forme un coagulum dur, et l'hémorrhagie s'arrête. Il est à noter qu'à l'action hémostatique de l'alun s'ajoute une action antiseptique; M. Richardson a quelquefois extrait des caillots qui avaient séjourné dans la cavité de l'utérus pendant quatre à cinq jours, sans subir la moindre décomposition. Il recommande d'enlever avec soin les restes de placenta et les caillots de sang avant l'introduction du morceau d'alun.

M. Richardson a employé ce procédé de traitement depuis une vingtaine d'années, toujours avec succès. Il l'a mis en parallèle avec les autres procédés les plus usités: tamponnement, injections, frictions utérines, application du courant galvanique, glace, injections d'eau chaude ou d'eau froide, douches froides sur l'abdomen, compression de l'aorte, injections de perchlorure de fer. Parmi ces procédés, les uns exigent une instrumentation spéciale qu'on n'a pas toujours sous la main; d'autres nécessitent, pour être mis en œuvre, une grande perte de temps. Les injections de substances styptiques ne sont pas dépourvues de dangers. On en peut dire autant, ajoute l'auteur, des applications du froid. Aucun de ces inconvénients n'est à redouter quand on

fait l'hémostase avec des cristaux d'alun, et mieux encore avec des cristaux de sulfate double d'alumine et d'ammonium. On enveloppe un fragment de cristal dans de la gaze, et on l'introduit dans l'utérus, on ayant soin de laisser pendre hors de la cavité utérine le bout formé par le rebord libre du morceau de gaze, pour pouvoir retirer le tout facilement. On obtient ainsi une contraction immédiate de l'utérus. Pendant les deux jours qui suivront, on devra s'abstenir de pratiquer le toucher; au bout de ce temps, on fera une injection d'eau chaude, pour débarrasser le vagin des caillots de sang.

Le même traitement peut être employé contre les hémorrhagies d'autre origine. Ainsi Richardson y a eu recours avec succès dans deux cas de cancer de l'utérus avec métrorrhagies profuses. *Der Praktische Arzt.—Paris médical.*

Diagnostic de la chlorose chez la femme.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Quand on a affaire à des malades bouffis et pâles, quand on rencontre des geus chez qui les chevilles sont quelquefois œdématisées, cela suffit pour nous permettre de soupçonner que nous sommes en présence de chlorotiques. Si maintenant, à ces signes, on en ajoute d'autres, les choses deviendront encore beaucoup plus nettes. Poursuivant donc notre examen, nous constatons que la moindre émotion fait battre leur cœur, qu'ils ont de l'anorexie, qu'ils sont dyspeptiques et que beaucoup sont flatuleux. Outre cela, du côté du système nerveux, nous serons à même de voir que beaucoup de femmes sont abattues, inquiètes, susceptibles et quelquefois mélancoliques. En même temps elles éprouvent des bourdonnements d'oreilles et ont des névralgies, soit crâniennes, soit intercostales. Enfin les fonctions génitales sont presque toujours perturbées. Plusieurs ont de l'aménorrhée, quelques-unes ont des irrégularités de la menstruation, un certain nombre ont des ménorrhagies, enfin beaucoup sont leucorrhéiques. Quant aux urines, elles sont décolorées, abondantes, très limpides et très claires. Quelquefois, cependant, on constate une certaine coloration qui est due à la présence de l'hémophtéine. Chez les malades qui présentent ces accidents, la peau a une température normale. D'autres fois, elle est tantôt chaude ou tantôt froide, sans que la température axillaire toutefois varie. Voilà la règle, mais exceptionnellement on rencontre des chlorotiques chez lesquelles, point important à retenir, la température est élevée. Le pouls est fréquent, irrégulier, petit, et, chez quelques-unes, brusque. On peut en dire tout autant du cœur. Presque toutes ont des palpitations s'accompagnant de battements exagérés. Si on vient à ausculter cet organe, on n'entend dans bon nombre de cas aucun souffle. Chez quelques chlorotiques, il y a des bruits anormaux. Tous les souffles, alors, sont doux, systoliques, rarement musicaux. Qu'on vienne, maintenant, à explorer la région précordiale, à la percussion on constate que le cœur a tantôt un volume normal, tantôt des dimensions exagérées ou restreintes. Quoi qu'il en soit, il va sans dire que pour donner à cette mensuration une valeur quelconque, il faut qu'elle soit faite avec soin. Quant aux artères, elles ont, ainsi que les veines, des battements exagérés. Dans ces vaisseaux, en outre, aussi bien dans les uns que dans les autres, on entend des souffles quand on vient à appliquer un stéthoscope.

Voilà avec quels signes il faut faire le diagnostic de la chlorose, sorte

d'anémie qui se produit au moment de la puberté. C'est là, je crois, la meilleure définition qu'on en puisse donner. Reste à savoir maintenant s'il n'y a pas d'autres chloroses, et, la chose étant, comment on peut distinguer celle qui nous occupe des autres. Ce qui semble le plus simple, c'est de faire ce diagnostic à l'aide des caractères de la chlorose. Or, comme on savait depuis Andral et Gavarret que le nombre des globules sanguins avait diminué, il suffit donc d'examiner le sang. Mais, dans ces recherches, les difficultés sont grandes, parce que nous ne pouvons pas faire de saignées sur un chlorotique. Pour résoudre la question, il fallait évidemment faire ces expériences sur une petite quantité de sang. J'ai tenté d'arriver à ce problème non sans me heurter à un grand nombre de difficultés; mon confrère M. Malassez, a complété mes recherches, et M. Hayem est arrivé, un peu différemment il est vrai, à des résultats semblables. Toutes ces tentatives ont abouti à montrer que chez la femme, à l'état normal, un millimètre cube renfermait 4.500.000 globules sanguins. Or, chez les chlorotiques, on a constaté que cette quantité était moindre (d'après Hayem la diminution est de 1/6), et, d'autres fois, tantôt normale, tantôt augmentée. Chez une malade le nombre des globules par millimètre cube a été de 2.830.00. Quoi qu'il en soit, les globules varient, non seulement par leur nombre, mais aussi par leur qualité qu'ils doivent à l'hémoglobine. Deux procédés sont mis en usage pour apprécier les modifications de l'hémoglobine dans le sang; l'un appartient à M. Hayem et l'autre, à M. Malassez. Avec l'un comme avec l'autre on constate que la quantité de matières colorantes varie indépendamment du nombre des globules, et qu'elle peut être réduite de moitié et même des deux tiers. La richesse du sang ayant été finalement ainsi déterminée, il est encore un autre élément à rechercher: c'est le volume des globules. A côté, en effet, de globules mesurant sept millièmes, on en rencontre d'autres qui ont dix et même douze millièmes de millimètre. D'un côté, M. Malassez est arrivé à constater que chez les chlorotiques il existe un certain nombre de globules géants, tandis que, d'un autre côté, M. Hayem en a rencontré un plus grand nombre de petits. De tout ceci résulte que la proportion des globules grands et petits serait plus grande qu'ailleurs.

Voilà qui serait bien, mais malheureusement on rencontre ces modifications autre part, de sorte que nous n'avons pas encore les caractères parfaits de la chlorose. Cherchons donc s'il n'existe pas quelque chose ailleurs. Parmi les signes anatomiques, il y a longtemps qu'on a constaté dans les vaisseaux certaines modifications. L'aorte, par exemple, a un diamètre beaucoup moindre. Virchow a fait remarquer qu'on ne peut y introduire tout juste que le petit doigt, et, pour ma part, j'ai eu l'occasion de constater le fait cette année même. Ce n'est pas tout. On a vu, de plus, que dans certains cas la membrane interne était plissée. Quant au cœur, après la mort, son volume est tantôt normal et tantôt exceptionnellement gros ou petit.

D'après tout ce que je viens de vous dire, vous voyez que les caractères anatomiques ne sont pas beaucoup plus décisifs que les signes cliniques. Cherchons donc maintenant s'il n'existe pas dans l'étiologie quelque chose qui nous permette de distinguer cette affection. Ici, l'hérédité joue un grand rôle. Outre cela, il paraît y avoir aussi des cas dans lesquels l'affection est le résultat de la transformation d'un état

pathologique, et la chose est à ce point que Trousseau affirmait que la chlorose était une modification d'un état tuberculeux. Il est bon, toutefois, de se défier un peu de cette assertion.

Ainsi, une jeune fille de 28 ans fut d'abord atteinte d'une chlorose médiocre. Plus tard, survinrent des rhumatismes, puis ses sommets devinrent douteux, des signes d'induration parenchymateuses se montrèrent, de sorte qu'aujourd'hui il n'y a pas l'ombre d'un doute pour personne qu'elle n'ait eu quelques petites poussées tuberculeuses. On pourrait, du reste, en dire autant du cancer, de la scrofule ; en sorte que toute cause de débilité expose cette jeune fille, vers la puberté, à subir les atteintes de la chlorose.

Atteignant presque exclusivement la femme, cette maladie se rencontre néanmoins chez les garçons. Quant à l'âge, c'est surtout entre 13 et 24 ans qu'elle affecte les sujets ; mais il ne faudrait pas dire que la maladie est exclusive à cet âge, car on voit parfois la chlorose se produire vers la ménopause. À côté de cela, il existe plusieurs causes de divers ordres. C'est ainsi qu'une alimentation insuffisante, le défaut d'exercice musculaire, le manque d'air, toutes circonstances qu'on trouve du reste chez les jeunes filles, favorisent le développement de l'affection. Cela devient même frappant chez la jeune fille qui quitte tout d'un coup les travaux des champs. Comme exemple, je puis vous citer que le fait se présente fréquemment aux environs de Nancy où l'on emploie beaucoup de femmes à faire de la dentelle. J'en dirai autant du travail dans les manufactures. Ce n'est pas tout. Si l'insuffisance musculaire peut produire la chlorose, l'excès peut engendrer la même chose.

Il faudrait, de plus, en dire tout autant des travaux intellectuels. À ce propos il est intéressant de remarquer tout ce qui se produit chez les jeunes filles, tant pour celles qui étudient la médecine, que pour celles qui se préparent aux examens de l'Hôtel-de-Ville. Cette voie, pour elles, est désastreuse. Elle les rend tout simplement aptes à faire moins bien ce que les hommes font, et à faire beaucoup plus mal ce que les hommes ne peuvent pas faire. Enfin, si vous ajoutez encore au nombre des causes, l'abus des fatigues, les chagrins, les amours contrariés de jadis et l'arrêt des fonctions menstruelles, vous aurez en somme l'ensemble des matériaux avec lesquels on peut arriver à établir le diagnostic de la chlorose.—*Praticien.*

Traitement du lupus érythémateux.—Le traitement préconisé par M. Lassar consiste à passer le cautère Paquelin, tout à fait superficiellement, sur la région malade. En procédant de la sorte, si on ne réussit pas du premier coup à enrayer le mal, il devient facile d'étouffer dans son germe toute récidive. Les soins consécutifs consistent à obtenir la formation d'une eschare sous une couche d'iodoforme ; l'eschare tombe au bout de dix à douze jours, laissant à nu une surface tégumentaire lisse et pâle. Ce même procédé de traitement a été employé avec succès dans un cas d'*acne rosacea*.—*Paris médical.*

PÆDIATRIE.

Pseudo-hypertrophie et atrophie progressive des muscles chez les enfants, par le Dr N. JAKUBOVITSEH. — L'auteur regarde la pseudo hypertrophie et l'atrophie musculaire comme de simples variétés d'une seule et même affection. Il a vu deux cas de cette maladie encore si peu connue et il a essayé de les décrire le plus minutieusement possible. Voici les conclusions auxquelles il arrive après de patientes et longues recherches :

1^o La diminution de la quantité d'urée, d'acide urique et de créatine dans l'urine des malades, accuse une complète assimilation des matières albuminoïdes ingérées ;

2^o De la quantité moins grande que normalement de chlorure de soude, on peut conclure à la diminution de l'assimilation en général ;

3^o La diminution de la créatine confirme l'opinion des auteurs qui la regardent comme le produit de la sécrétion du tissu musculaire ;

4^o La quantité élevée d'acide sulfurique contenue dans l'urine confirme l'assertion de Bence-Jones, d'après laquelle les maladies du système musculaire seraient caractérisées par l'augmentation des sulfates sécrétés par l'urine ;

5^o Si, comme le croit Heller, les maladies organiques de la moelle épinière sont accompagnées de la diminution de la quantité de sulfates éliminés par l'urine, on ne saurait attribuer à la pseudo-hypertrophie musculaire une origine médullaire ;

6^o La diminution de température de la peau, non accompagnée d'une diminution correspondante de la température intérieure de l'organisme, indique la diminution de la production de la chaleur dans le tissu musculaire ;

7^o L'excitabilité électrique des muscles est fortement abaissée.

Dans l'un des deux cas, l'auteur a eu la possibilité d'examiner les morceaux de tissu musculaire pris, avec la permission de la mère, dans les différents muscles de l'enfant. Voici le résumé des particularités curieuses trouvées par lui :

Le tissu connectif intermusculaire est plus abondant que normalement. Parfois, il est comme supplanté par du tissu adipeux abondant. Les fibres musculaires offrent la disparition, par place, de la striation transversale et ont l'aspect de faisceaux de fils ondulés. En d'autres endroits, c'est la striation longitudinale qui disparaît complètement. Parfois, la fibre musculaire est comme tordue en spirale. On en trouve disposées en zig-zags, etc.

La graisse se trouve non-seulement entre les différents faisceaux, mais aussi à l'intérieur de ces dernières. Le sarcolemme paraît épais.

L'examen microscopique montre en conséquence non-seulement une pseudo-hypertrophie, c'est-à-dire une production anormalement abondante de tissu conjonctif, mais en même temps une véritable atrophie du tissu musculaire.

C'est ce qui fait admettre à l'auteur que la pseudo-hypertrophie et l'atrophie ne sont que deux manifestations différentes d'une seule et même maladie.—*Revue des maladies de l'enfance.*

Traitement de la méningite tuberculeuse par le phosphore.— Rebuté par de nombreux échecs, M. Henry GREENWAY eut l'idée d'employer, dans un cas désespéré, le phosphore administré alternativement avec des médicaments communs dont l'inutilité lui était trop démontrée, mais qui lui étaient comme imposés par la tradition. Il employa la formule française connue sous le nom de sirop de phosphore de Faucounet. Vingt-quatre heures après le début de cette nouvelle médication, il avait la satisfaction de constater une amélioration considérable, alors que tout espoir semblait perdu, et toute intervention condamnée d'avance. Au bout de quelques jours, tout symptôme inquiétant avait disparu. En trois semaines, guérison complète. L'enfant est demeuré excitable pendant quelque temps, puis a recouvré une santé parfaite.

Dans un autre cas, le phosphore fut prescrit seul, avec semblable succès. Chez un enfant atteint d'hydrocéphalie chronique, non seulement la méningite fut guérie, mais les dimensions de la tête subirent une réduction notable. Le plus jeune malade ainsi traité est une petite fille de 1½ an, au dernier degré du marasme, son affection se compliquant de tuberculose mésentérique. Les signes de méningite étaient, d'autre part, des plus évidents : rotation de la tête, facies caractéristique, cri méningitique, etc. Et, cependant, au bout de sept jours, tout accident céphalique avait disparu. L'enfant est naturellement resté débile du fait de la diathèse. L'auteur prescrit une dose de 1 à 2 milligr. de phosphore pour chaque année d'âge, répétée toutes les quatre heures, si cela est nécessaire.

La thérapeutique est trop désarmée en face de cette terrible maladie pour qu'on ne s'empresse pas de donner la plus grande publicité à de pareils faits, consciencieusement observés. — *Revue des maladies de l'enfance.*

Luxation partielle de la tête radiale, particulière aux enfants, par le Dr Sidney LINDEMAN, in *Brit. Med. Journ.*

La littérature médicale ne contient pas beaucoup de renseignements sur cette lésion. Le Dr McNab, de Epping, et le Dr Hodges ont été les premiers à attirer l'attention de l'Angleterre sur ce sujet qui a aussi été traité avec beaucoup de soin par Goyrand.

Il y a toujours eu doute sur la question de savoir si cet accident, chez les enfants au-dessous de cinq ans, est causé par une luxation du radius au coude ou par un déplacement du fibro-cartilage au poignet, et des descriptions différentes ont été faites, suivant que l'on a placé la lésion à l'un ou l'autre des deux sièges.

Le Dr Smeddon en a publié plusieurs observations en 1882.

L'âge des enfants est au dessous de cinq ans, le plus souvent entre neuf mois et deux ans.

La lésion a consisté, dans tous les cas observés par le Dr Sidney Lindeman, en une luxation partielle de la tête du radius en avant. Elle est généralement causée par l'action d'empêcher l'enfant de tomber, en le retenant fortement par la main, et ne se présente pas chez les adultes, chez lesquels on a constaté pourtant des cas de luxation complète de la tête du radius en avant.

Après l'accident, l'enfant souffre beaucoup. Le membre atteint pend, inerte, dans une attitude intermédiaire à la pronation et la supination. La personne qui l'amène croit généralement que le mal est dans l'épaule

mais le coude du côté lésé est toujours plus chaud que son congénère ; on peut même sentir par la palpation une légère saillie sur le côté externe de l'articulation. La flexion du bras à angle droit et la pronation complète peuvent toujours être obtenues, mais la flexion complète et la supination rencontrent de la résistance.

Pour réduire la luxation il faut prendre la main de l'enfant dans la main qui lui fait face et pratiquer une forte impulsion dans le sens de la supination, le pouce de l'autre main appliqué sur la tête du radius. Avant que le temps de supination complète soit entièrement accompli, on entend distinctement un craquement et l'on sent la tête du radius reprendre sa place.

Un fait à remarquer, c'est que l'enfant, quelques minutes après la réduction, peut mouvoir le bras et la main et même prendre tout ce qu'on lui présente sans paraître éprouver de souffrance.

Ces luxations ont une grande tendance à se reproduire, surtout si elles n'ont pas été réduites au premier moment. Dans plus d'un cas une augmentation de volume de l'articulation est résultée de l'erreur du diagnostic et de l'insuffisance du premier traitement.

Après la réduction il faut maintenir la flexion à angle droit au moyen d'une attelle coudeée.

La lésion se produit de préférence chez les enfants du type strumeux dont les têtes osseuses sont très développées.—*Revue des mal. de l'enf.*

De la dermatite exfoliative chez les enfants nouveau-nés.—Cette maladie a d'abord été décrite en Allemagne par RITTENHAIN et paraît entre la fin de la première et de la cinquième semaine. Il y a une rougeur de la peau qui débute par la partie inférieure de la face et de là se répand assez rapidement sur tout le corps. Cette douleur est suivie par un soulèvement de l'épiderme avec des vésicules ou des pustules dans les cas graves. Cette affection ne s'accompagne pas de fièvre ou de troubles généraux. Le pronostic est ordinairement favorable, mais il peut y avoir développement ultérieur d'eczéma ou de furonculose. Caspary cite un cas survenu chez un enfant délicat âgé de cinq semaines ; l'éruption existait sur l'abdomen et les fesses et envahit le corps au bout de deux jours. Il y avait une coloration rouge très brillante, avec pustules disséminées çà et là et s'accompagnant de pertes de substance. La fièvre était nulle, les selles étaient fréquentes et de couleur verdâtre, le malade se plaignait continuellement et était atteint d'insomnie. L'auteur pense que ce n'est pas un exemple de maladie inflammatoire de la peau, mais un trouble aigu de nutrition de ses couches superficielles. *Deutsch med. Zeitung.*—*Abeille médicale.*

Oxygène dans la leucémie et la pseudo-leucémie.—KINBERGER relate un cas dans lequel l'arsenic avait échoué et où les inhalations d'oxygène ont amené un rapide accroissement de forces, avec diminution de l'hypertrophie de la rate, en même temps que le nombre des globules blancs augmentait et que celui des globules rouges revenait à sa proportion normale. Au bout de quelques mois, la maladie reparut. Mais bien que le nombre des globules rouges eût diminué, celui des globules blancs n'avait pas augmenté. Les inhalations d'oxygène ont déterminé une guérison complète.—*Nouveaux remèdes.*

FORMULAIRE.

Laryngite striduleuse.

P.—Hydrate de chloral	16 grains
Bromure de sodium.....	40 "
Teinture d'opium.....	20 minimes
Eau de menthe.....	1 once

M.—*Dose* . Une cuillerée à thé toutes les heures, pour un enfant de nq ans.

Coqueluche.—

P.—Hydrate de chloral.....	40 grains
Bromure d'ammonium.....	1 drachme
Extrait fluide de lupulin.....	1½ once
Sirop.....	2½ onces

M.—*Dose* : Deux cuillerées à thé toutes les quatre heures.

Eczéma infantile.—

P.—Vaseline	30 parties
Goudron	10 "
Calomel.....	10 "

M.—Faire deux ou trois applications par jour jusqu'a guérison.—*Re-ve de thérapeutique.*

Asthénie.— S. W. Gross.

P.—Sulfate de quinine.....	} ââ
Sulfate de fer.....	
Sulfate de strychnine.....	
Poivre de Cayenne	

M.—Pour une pilule.—*College and Clinical Record.*

Potion tonique.

P.—Bromure de potassium.....	1 grain
Acide phosphorique dilué	} ââ
Teinture de muriate de fer.....	
Sirop de citron.....	} 2 drachmes
Eau.....	

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les 4 heures, pour un enfant trois à cinq ans.—*Maryland Medical Journal.*

Potion expectorante.—Dr. J. K. Crook.

P.— Carbonate d'ammoniaque.....	2 drachmes
Extrait fluide d'eucalyptus.....	1 once
Extrait de réglisse.....	2 drachmes
Sirop de prunier de Virginie q. s. pour.....	4 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures, ns les cas de phthisie fibroïde.—*Weekly Medical Review.*

Sirop antirhumatismal.—Fort.

P.—Iodure de potassium.....	20 parties
Bromure de potassium.....	5 "
Sirop de gentiane.....	5½ "
Teinture d'iode.....	20 gouttes

M.—*Dose*. Une grande cuillerée, matin et soir, dans le rhumatisme articulaire chronique. En outre, on badigeonne les articulations douloureuses avec de la teinture d'iode.—*Union médicale*.

Angine granuleuse.—*Demarquay*.

P.—Tannin 4 drachmes
Glycerine pure.....30 “

Faites dissoudre.—On porte directement cette solution sur le fond de la gorge, dans le cas d'angine granuleuse des enfants.—*Union médicale*.

Pyrosis.—*Monin*.

P.—Phosphate de chaux pulvérisé 100 parties
Magnésie calcinée..... 30 “
Vanille pulvérisée..... 10 “

M.—Une cuillerée à café de cette poudre dans un quart de verre d'eau.—*Union médicale*.

Gouttes calmantes dans le cancer de l'estomac.—*G. Sic.*

P.—Teinture de jusquiame. } ââ
Teinture de ciguë..... } 2½ drachmes
Teinture de gentiane..... } 1½ drachme
Essence d'anis..... } 10 gouttes

M.—*Dose*. De dix à trente gouttes à chaque repas.—*Les nouveaux remèdes*.

Vaginite.—*Bariatier*.

P.—Copahu solidifié..... 78 grains
Beurre de cacao 78 “
Extrait d'opium..... 1 grain

M.—Pour un suppositoire.—Tous les seconds jours, on place dans le vagin où il est maintenu pendant douze heures, un suppositoire ainsi composé.—*Les nouveaux remèdes*.

Fissures du mamelon.—*Dr E. Thomas*.

P.—Sulfate de zinc 15 grains
Acide lactique..... 12 “
Glycérine 2 onces
Amidon..... 3 drachmes

M.—Appliquer après chaque tétée. Avoir soin de laver le mamelon avant de donner le sein à l'enfant.—*Medical Age*.

Fièvre typhoïde.—*Dujardin-Beaumetz*.

P.—Sulfure de carbone pur..... 1½ once
Essence de menthe..... 50 gouttes
Eau.....13 onces

À placer dans un vase d'une contenance de 500 centimètres cubes. Agiter et laisser déposer.

Dose: Huit cuillerées à soupe par jour. Chaque cuillerée devra être mise dans un demi-verre de lait glacé.—*Les nouveaux remèdes*.

Potion de Todd.—*Nouveau Codex*.

P.—Eau de vie vieille..... 40 parties
Teinture de cannelle 5 “
Sirop simple..... 30 “
Eau distillée..... 75 “

M.—Dans certains cas, on remplace l'eau de vie par du rhum.—*Union médicale*.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, MARS 1886.

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

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

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

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

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

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

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

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARE.

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

Déontologie médicale.

Le 25 septembre 1878, le Bureau provincial de médecine, réuni à Québec en assemblée semi-annuelle, adoptait un code de déontologie professionnelle comprenant, entre autres choses, *les devoirs des médecins entre eux et envers la profession en général*. Dans l'article consacré aux devoirs pour maintenir le caractère de la profession, nous lisons ce qui suit :

« Il est dérogatoire à la dignité de la profession de se servir des annonces publiques... pour appeler l'attention des personnes affectées de certaines maladies,... de publier des cas ou opérations dans les journaux... ou de faire aucun autre acte semblable. »

« Il est également contraire à la dignité professionnelle qu'un médecin administre un *nostrum*, qu'il soit la propriété partielle ou exclusive de lui-même ou d'autres... Les médecins ne doivent pas non plus donner des certificats attestant l'efficacité d'une invention ou de médecines secrètes, et ils doivent s'opposer de toutes manières à leur usage. »

C'est clair, net et précis. Et pourtant il y a, il nous fait peine de le constater, des médecins qui ignorent ces choses, et qui ne se font pas scrupule d'enfreindre, sur les différents points en question, non seulement l'esprit, mais encore la lettre même du code de déontologie médicale.

Il nous répugne infiniment d'avoir à parler de cela, et nous avons toujours, jusqu'à aujourd'hui, reculé devant une tâche désagréable à

tous les points de vue. Mais des plaintes nous sont venues de tous côtés, amères et pressantes, et il nous serait difficile de garder plus longtemps le silence,—à moins de vouloir paraître approuver ce dont nous avons nous-même à nous plaindre.

Les extraits que nous venons de faire du code de déontologie établissent bien clairement que le médecin qui se sert des annonces publiques pour attirer l'attention des personnes atteintes de certaines maladies, ou qui se sert de médicaments secrets commet un acte dérogatoire à la dignité professionnelle. Or en certain coin de la province, non loin de Québec, un médecin a lancé sur le marché et vanté à grand renfort d'annonces, un médicament qui, dans l'idée de son inventeur, est un spécifique contre la diphthérie et autres maux de gorge, guérissant consommation, rhumes et bronchites, et à

Ce spécifique
Unique

il a donné le nom euphonique de *diphthérine*. Mais à quoi bon aller à soixante lieues quand nous avons ici, à Montréal, plus d'un exemple d'infraction aux lois de déontologie professionnelle. N'avons-nous pas vu, il y a plusieurs années déjà, les professeurs de toute une école de médecine signer un certificat collectif attestant les propriétés thérapeutiques de certain sirop bien connu, certificat qui s'est longtemps étalé à la quatrième page des journaux politiques ! Et pourtant l'inventeur du sirop en question était professeur à l'école susdite, et il est douteux que le public—même médical—connaisse aujourd'hui la formule exacte du remède tant vanté.

Il y a quelques semaines à peine, les grands journaux quotidiens publiaient, sous la signature d'un M. D., (professeur dans une de nos facultés de médecine et médecin visiteur d'un de nos hôpitaux), un extrait d'un soi-disant cours de clinique, dans lequel est vanté à outrance (en un langage peu grammatical, il faut le dire,) les vertus du *Johnston's fluid beef*.

Plus d'un naïf s'est étonné de la chose. D'autres, mieux renseignés, ont haussé les épaules, sachant bien ce que voulait dire ce certificat mis sans doute aux colonnes d'annonces du journal par les soins de la compagnie-proprétaire du *fluid beef*. Mais ce que tout le monde a parfaitement compris, c'est que le fait constituait une violation flagrante de notre code de déontologie.

Ce n'est pas tout, malheureusement, et nous avons eu pis que cela. Qui de vous, lecteurs, n'a pas reçu certain petit pamphlet, couleur vert-tendre, portant pour titre *Hygiène de la grossesse*, et adressé aux médecins par certaine *Compagnie chimique de la Puissance* ? Il est question de bien des choses dans les pages de cet opuscule. Le vernis scientifique n'y manque pas, et, grâce à lui, on ne remarque pas tout d'abord que cet étalage et ce fatras ne sont là que pour mieux voiler ce que nous appellerons volontiers la chute finale. *In caudâ venenum*, disait-on autrefois. On peut le dire à coup sûr pour le pamphlet vert-tendre, lequel se termine par une réclame habilement tournée en faveur d'une *Poudre magique* et d'une *Liqueur préparatoire*, destinées toutes deux à assurer à la femme en travail une délivrance facile, prompte et sans douleurs. Il est aussi question de *pillules anti-émétiques*, prescrites avec grand succès contre les vomissements de la grossesse.

Mais, nous dira quelque lecteur, c'est là faire bien du bruit pour une pauvre petite brochure innocemment mise au monde par quelqu'industriel en besoin. Pure invention commerciale! Simple agent de réclame!

Nous voudrions, pour l'honneur de la profession, avoir la certitude de nous tromper, mais le pamphlet vert tendre se présente à nous avec des symptômes non-équivoques qui trahissent leur malade, et qui nous disent le plus clairement du monde qu'un médecin y a mis largement la main. Oui, un médecin! cela se voit à chaque ligne, et la page 15 nous en est une preuve directe. On y lit: "Nous regrettons de ne pouvoir, d'ici à quelque temps (sic), faire connaître la formule de notre préparation. Cela seul serait conforme à l'étiquette (?) professionnelle. Des circonstances incontrôlables nous empêchent d'accomplir ce devoir aujourd'hui." Un médecin seul, croyons-nous, peut éprouver le besoin de s'excuser ainsi de manquer à l'étiquette professionnelle et à un devoir! Il n'y avait qu'un médecin qui se crut obligé de citer, en guise d'excuse, le fait de Marion Sims, donnant son approbation écrite à une préparation dont il ignorait la composition exacte (1).

Nous ne connaissons pas le nom du médecin auteur du pamphlet vert-tendre; et nous n'avons nulle envie de le savoir. Quelque soit cet auteur, il nous permettra de lui dire qu'il a fait là une œuvre malsaine en prostituant son talent d'écrivain et de médecin à un intérêt purement commercial, et franchement, il fera bien de ne jamais s'en vanter.

Enfin, et c'est par cette humiliante confession que nous allons terminer, il s'est trouvé un médecin—un licencié du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec—qui a eu le triste courage de donner un certificat écrit—et signé!—à l'effet de constater les propriétés et vertus des médicaments secrets énumérés plus haut. Ce certificat est imprimé sur feuille volante et fait partie d'une *circulaire confidentielle aux dames*, laquelle circulaire, comme un complément *obligato*, accompagne le pamphlet. La voici dans toute sa crudité et son orthographe:

A la CIE CHIMIQUE DE LA PUISSANCE. Montréal.

La formule de votre POUDDRE MAGIQUE n'est pas un secret pour moi, attendu que je m'en suis souvent servi avec un succès remarquable dans des cas aussi graves que nombreux.

Cette préparation agit indubitablement sur toute l'économie en régularisant ses fonctions et par ce moyen la prépare au travail souvent douloureux et toujours pénible de la délivrance.

Je regrette que vous ne puissiez, pour des raisons à nous connues, la faire connaître à la profession médicale. Elle y trouverait un moyen d'abrèger des heures longues et fastidieuses. Elle épargnerait aussi aux intéressés les angoisses et les anxietés de l'accouchement long et douloureux.

Quant à votre LIQUEUR et vos PILULES ANTI-ÉMÉTIQUES, j'ai été très souvent dans le cas de constater qu'elles sont éminemment efficaces contre les dégoûts, les nausées et vomissements du début et de la fin de la

(1) Si nous avons bonne mémoire, cet acte de Marion Sims fut vivement critiqué, dans le temps, par la presse médicale des États-Unis, et le nom de l'illustre gynécologiste en garda toujours une tache.

grossesse. Je donne ce témoignage en connaissance de cause, c'est-à-dire après avoir connu leur formule et les avoir employées dans un grand nombre de cas.

Je suis votre serviteur,

DR—

Montréal, 27 octobre 1885.

Nous voudrions pouvoir rendre ici l'impression de franc dégoût produite dans le public médical à l'apparition de cette pièce. Les confrères qu'il nous a été donné de rencontrer depuis ne nous ont pas caché leur indignation, et tous, sans exception, ont considéré qu'il était de notre devoir de protester, au nom du corps médical, contre cet attentat à la dignité et à l'honneur professionnels.

Nous protestons donc, espérant que, pour venir un peu tard peut-être, notre protestation n'en sera pas moins écoutée de ceux qui ont mission de la recevoir, et nous demandons au Bureau des Gouverneurs du Collège des médecins et chirurgiens de la Province de voir à ce que l'on voie le fond de cette affaire. Si nos gouverneurs ont à cœur de sauvegarder l'honneur du corps médical, la tâche leur sera facile. On se plaint beaucoup du discrédit dans lequel est tombée la profession en certains quartiers. Les faits relatés plus haut en sont, à notre avis, une suffisante explication. Si nous perdons à ce point le respect de nous-mêmes, nous n'avons plus aucun droit au respect des autres.

La folie de Riel.

La *Minerve* du 2 février consacre son premier Montréal à répondre à l'article que nous avons publié touchant la folie de Riel, et elle y répond en niant tout simplement que le Dr Clark, surintendant de l'asile des aliénés de Toronto, ait tenu le langage que nous lui avons prêté, et ait affirmé que "sans aucun doute, Riel était fou."

Nous n'avons pas fabriqué le témoignage du Dr Clark. Il nous a été communiqué par le *Canadien* (No du 21 novembre 1885) où mes- sieurs de la *Minerve* pourront le consulter à leur guise. Ils y verront ce qui suit :

"Le Dr Clark a été interviewé hier. Je n'ai aucun doute que cet homme fut fou, a dit le docteur en réponse à une question qui lui a été posée... Les divagations du journal tenu par Riel sont une preuve de sa folie... Le journal de Riel était un véritable non-sens, comme cela se présente toujours dans un cas semblable de folie."

M. le Dr Clark donne le nom de mégalomanie à la folie de Riel, et ajoute : "Il est tout à fait impossible pour lui de simuler cette apparence de folie." Enfin, il termine l'entrevue en disant : "Je n'ai aucun doute qu'une commission de médecins sans préjugés, ni de religion, ni de race, aurait été unanime à déclarer la folie de Riel."

Si donc nous avons avancé des choses inexactes, la *Minerve* n'aura qu'à s'en prendre à son compère du *Canadien*, naguère Rieliste acharné, aujourd'hui anti-Rieliste non moins ardent et sans doute aussi non moins convaincu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

SCHAFIER. — Etudes cliniques sur les maladies des femmes, par le Dr. Henri Schafier, ancien interne de l'hôpital Rothschild. Un vol. in-80 de 276 pages, chez G. Steinheil, éditeur à Paris.

ENGELMANN (GEO. J.) M. D.,—*A new departure in uterine therapeutics. The dry treatment.*

ENGELMANN (GEO. J.) M. D. *Notes on recent progress in gynecology and obstetrics.*

BOURNEVILLE ET BRICON.—Manuel des autopsies, par Bourneville et Bricon. Un joli volume in-32, raisin, de XII—240 pages, orné de 16 figures et de 5 plans.—Prix broché : 2 fr. 50 ; cartonné, 3 fr.—Librairie du Progrès médical.—Paris, 14 rue des Carmes.

—Manuel des injections sous-cutanées, par Bourneville et Bricon, 2e édition, revue et augmentée.—Un volume in-32 de XL—214 pages, avec 15 figures dans le texte.—Prix : 2 fr. 50 ; cartonné, 3 fr.—Librairie du Progrès médical.—Paris, 14 rue des Carmes.

NOUVELLES MÉDICALES.

On parle d'élever, à Tours, un monument à Bretonneau, Velpeau et Trousseau.

Mr. le Dr. Beausoleil vient de se retirer de la rédaction du *Journal d'Hygiène populaire*. Le *Journal* sera dorénavant dirigé par un comité de rédaction dont Mr. le Dr. J. I. Desroches est secrétaire.

Nos meilleures félicitations à notre ami et collègue, M. le Dr. Desroches, qui vient d'être nommé membre associé étranger de la *Société française d'Hygiène*.

M. le comte de Laubespain, nous dit le *Lyon médical*, vient de faire remettre à M. Pasteur une somme de 40,000 francs pour l'aider à étendre le cercle de ses opérations en faveur des malheureux atteints de la rage. Le nombre des inoculés s'élève aujourd'hui au chiffre de 225.

M. de Lamirande nous informe que le Collège des médecins et chirurgiens a poursuivi dernièrement plusieurs charlatans et a obtenu les résultats suivants :

1o William Alfred Scott, Pointe à Gatineau ; jugement pour \$50.00 et les frais. Scott a, depuis, pris la clef des champs et..... la route de pays inconnus.

2o T. D. Whitcher, de Beebe Plain. Le défendeur a confessé jugement et payé capital et frais. (Whitcher est un vieux récidiviste. On fera bien de le veiller de près.)

3o Elie Delisle, Ste Jeanne de Neuville ; jugement pour \$50.00 et les frais, le tout payable dans un mois.

Afin de favoriser les grandes familles, et par suite, l'accroissement de la population en France, la dernière loi des finances, en date du 8 mars 1885, a remis en vigueur la loi du 29 nivôse an XIII, aux termes de laquelle tout père de famille ayant sept enfants vivants pourrait désigner un de ses fils pour être élevé aux frais de l'état. Un crédit de 400,000 fr., a été inscrit à cet effet au budget de l'instruction publique.

Le nombre des docteurs en médecine reçus par les facultés françaises pendant l'année scolaire 1884-85 est de 574 répartis comme suit: Bordeaux, 36; Lille, 12; Lyon, 56; Montpellier, 73; Nancy, 22; Paris, 376. Pendant la dernière année scolaire, ajoute le *Lyon médical*, il a été délivré 15 diplômes de moins qu'en 1883-84, et 87 de moins qu'en 1882-83. La diminution signalée il y a deux ans continue.

M. le Dr. E. J. Bourque est de retour d'Europe depuis le 15 Janvier dernier, et a commencé, dès le 25 du même mois, son service régulier comme médecin en chef de l'asile des aliénés de la Longue Pointe. Le 25 courant, il sera définitivement installé à la Longue Pointe où il donnera des consultations sur les maladies mentales. M. le Dr. Bourque ne fera pas de visites à domicile.

Nécrologie.—A Hyères (France), Mr. le Dr. Jules GUÉRIN, à l'âge de quatre-vingt-six ans. Jules Guérin, dit *l'Abeille médicale*, était l'un des derniers représentants de cette forte génération médicale de 1830 dont la plupart des membres ont, dans ces dernières années, successivement disparu; à New-York, Alfred C. Post, M.D., LL. D., professeur [émérite] de clinique chirurgicale à l'Université de New-York; à Paris, M. JAMIN, secrétaire perpétuel de l'*Académie des sciences* et doyen de la *Faculté des sciences*.

Diabète.—La Gazette des Hôpitaux recommande dans le traitement du diabète sucré le "Quina antidiabétique Rocher à base de glycérine redistillée et chimiquement pure".

Les pilules du Dr. Macion, au santonate de fer, sont le complément nécessaire du traitement curatif du diabète sucré et sont aussi utiles au foie que le quina à la glycérine l'est aux poumons.

Ces deux médicaments ont été de tout temps favorablement appréciés en Europe; l'emploi en est rationnel et leur mode de préparation ne laisse rien à désirer.

NAISSANCES.

FAFARD.—A Montréal, le 23 février, la Dame du Dr N. Fafard, un fils.

DÉCÈS.

TASSÉ—A Montréal, le 20 février, à l'âge de soixante-ans Z. Tassé Ecr. M. D., ancien député du comté de Jacques-Cartier au parlement Provincial.

ROY —A St. Jean Port-Joli, le 13 février, à l'âge de soixante-cinq ans, Salluste Roy Ecr. M. D.

DESROSIERES—A Montréal, vendredi, le 5 mars, à l'âge de deux ans et deux mois, Anne-Marie, enfant du Dr H. E. Desrosiers.