

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

Canadiana.org has attempted to obtain the best 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.

- 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.

Canadiana.org 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 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.

LA GAZETTE MÉDICALE DE MONTREAL

Revue Mensuelle de Médecine, de Chirurgie et des Sciences
accessoires.

DIRECTEURS : MM.

L'HON. PAQUET,
Professeur de Clinique Médicale.

HINGSTON,
Professeur de Clinique Chirurgicale.

DESJARDINS,
Professeur d'Ophthalmologie,

Secrétaire de la Rédaction : le Dr L. E. FORTIER, No 1208 rue Mignonne.

VOL. V.

MONTREAL DEC. 1891.

No 9.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Trois observations d'Osteo-Arthrites tuberculeuses traitées avec succès par la méthode de M le Professeur Lanelongue

Par M. le Dr J. P. Chartrand (Montréal) Paris.

Ayons l'oreille tendue vers tous les progrès,
l'esprit ouvert à toutes les critiques fon-
dées. Ce qui restera des idées nouvelles,
ainsi passées au crible, aura chance d'être
utile et fécond.

TRÉLAT (Clinique Chirurgicale.)

Depuis que la découverte de Koch a fait connaître la nature bacillaire des tumeurs blanches, la thérapeutique chirurgicale a été complètement remaniée et la chirurgie conservatrice a fait un pas de géant. Aussi au lieu du couteau si souvent et si malencontreusement employé autrefois, se contente-t-on aujourd'hui de soulager considérablement, (pour ne pas dire guérir) et faire vivre leur longue vie les sujets affectés de cette maladie.

Parmi les méthodes de traitement, les unes sont générales, les autres locales ; nous laisserons les premières à la pathologie interne et parmi les dernières nous nous bornerons à exposer brièvement celle de M. Lanelongue.

Inutile de s'étendre longuement sur la pathogénie, d'ailleurs bien connue, de la tumeur blanche. Contentons nous de la résumer en ces mots : la tumeur blanche ou ostéo-arthrite tuberculeuse est un processus inflammatoire, rarement aigu, presque toujours chronique, produit par la présence dans une articulation, d'un élément pathogène particulier, le *bacillus tuberculosis*. En définissant la tumeur nous avons

déjà indiqué le but vers lequel doit tendre la thérapeutique. En effet puisqu'on a affaire à un agent connu c'est de le détruire ; et puisque cet agent a amené des désordres considérables de l'articulation, il faut les diminuer, et s'il en est temps encore les faire disparaître complètement. C'est le principe qui découle naturellement de la découverte du professeur de Berlin et qu'ont eu en France les professeurs Verneuil et Lanelongue. L'idée conçue, il s'agissait de trouver l'agent capable de remplir cette double indication.

En 1890 M. Lanelongue ayant eu à traiter un cas d'hypertrophie congénitale de l'avant bras, eut l'idée de tenter des injections profondes d'une solution très faible de chlorure de zinc. Il observa que l'hypertrophie diminuait et qu'aux tissus ramollis, s'en substituait un dur et fibreux. Après trois mois de traitement la malade était guérie. Ce succès le porta à expérimenter en grand sur des animaux sains d'abord, puis tuberculeux. Les résultats furent des plus heureux et tous les tissus injectés devinrent scléreux. Les suggestions tirées de ces faits ont été confirmées sur l'être humain et le traitement a fait son chemin.

Pour quiconque, médecin, se trouve en présence d'une application nouvelle d'un remède ou d'une méthode doit se demander s'ils sont préférables à d'autres non pas au point de vue empirique, mais à celui de la saine raison et du bon sens. En d'autres termes, il doit se raisonner son choix, parce que tout traitement qui ne supporte pas la critique doit être rejeté. C'est à ce titre que la méthode Lanelongue vivra, en dépit des controverses, et marquera un progrès de plus acquis à la science médicale. Il est parfaitement démontré par des coupes faites sur des animaux à différentes périodes de traitement que le chlorure de zinc a la propriété d'activer la prolifération des cellules du tissu conjonctif, d'augmenter leur vitalité, partant leur pouvoir phagocytaire. Il place le tissu conjonctif dans les meilleures conditions possibles pour pouvoir contrôler d'abord l'envahissement du baccille, l'empêcher de se multiplier ; puis de le détruire complètement et de s'y substituer. C'est si bien le cas, qu'un examen microscopique d'une tumeur blanche qui donnait la veille d'une injection une quantité considérable de baccilles, en contenait très peu les deux jours qui ont suivi l'opération et pas un seul cinq jours après.

Nous devons conclure que si certaines médications ont la propriété d'agir comme antiseptiques et régénérateurs de nos organes délabrés, le temps n'est pas loin où la médecine sera toute de prophylaxie et comme se plaît à dire M. le prof. Landouzy, le rôle du médecin ou du chirurgien se bornera à prévenir les maladies ; il sera le directeur de la santé, au lieu d'être le *guérisseur* des maladies.

Comme les faits sont toujours plus démonstratifs que la théorie, je choisis trois observations sur neuf que j'ai recueillies, qui feront voir le succès et l'innocuité complète de la méthode Lanelongue.

Observation I.—Albert T..... âgé de 22 ans, potier de profession, se présente à l'hôpital lundi le 4 mai 1891, se plaignant d'une tuméfaction du genou gauche. A l'examen on constate une énorme tumeur blanche, à forme ostéo-synoviale douloureuse et d'apparence grave. On lave la tumeur à l'eau et au savon, puis au sublimé et à l'alcool; on pratique six piqûres de deux gouttes chacune de la solution au dixième de chlorure de zinc; on entoure la tumeur de ouate puis d'un bandage compressif et on laisse le malade au repos. Aucune médication interne, on prescrit simplement le régime lacté.

5 Mai.—Le malade a passé une assez bonne nuit. Le thermomètre indique 37°.1. Il a éprouvé quelques douleurs lancinantes. L'appareil et le régime sont maintenus.

6 Mai.—Le malade a bien reposé. Le thermomètre marque 37°.7. Les douleurs sont moins vives.

8 Mai.—Le malade se plaint de quelques douleurs dans la tumeur. Le thermomètre est à la normale.

10 Mai.—Le pansement est défait. La tumeur sans avoir diminué de volume, supporte la pression sans douleur. Le malade se porte bien.

15 Mai.—La tumeur est diminuée de volume; elle est moins pâteuse. La douleur a entièrement disparu. Huit nouvelles injections de deux gouttes chacune sont pratiquées. Pansement comme la première fois.

16 Mai.—Le malade a passé une bonne nuit. La température dépasse la normale de 5 dixièmes de degré seulement.

18 Mai.—Le malade est relativement bien. Pas de douleur. La température est normale.

22 Mai.—La tumeur est diminuée. Le malade peut remuer son membre sans douleur.

5 Juin.—Huit nouvelles injections sont pratiquées. Même pansement que précédemment.

6 Juin.—Le malade est bien. Le thermomètre marque 37°.7.

10 Juin.—Le malade commence à marcher. Il existe un peu d'œdème malléolaire. On applique un bandage compressif.

1er juillet.—Le malade sort de l'hôpital avec un genou réduit à son volume presque normal. Le femur reste fortement hyperostosé, mais toute douleur a disparu.

Observation II.—Une fillette de 16 ans, se présente à l'hôpital le 8 mai, porteuse d'une tumeur blanche du genou gauche, datant de neuf

ans. Elle est malingre et chétive. Sa mère est morte phthisique, son père se porte bien. La tumeur n'est pas considérable, mais présente un peu de fluctuation, La douleur n'existe qu'aux points fluctuants. La jambe est atrophiée. Après examen et antisepsie, on pratique quatre piqûres de 2 gouttes chacune. On ordonne à l'intérieur de l'huile de foie de morue créosotée, de l'iodure de potassium et une diète généreuse. Pansement ouaté et compressif.

9 Mai.—La malade a passé une bonne nuit. Aucune variation thermométrique.

12 Mai.—On défait le pansement. La fluctuation a diminué et la douleur a disparu.

18 Mai.—La fluctuation a disparu. La tumeur a diminué de volume. Les manœuvres sur le membre se font sans douleur. La santé générale s'améliore.

20 Mai.—On pratique quatre nouvelles piqûres. Pansement comme précédemment.

21 Mai.—Etat général bon.

5 Juin.—La malade obtient son congé et sort avec un genou un peu gros, mais sans aucune douleur et avec un état général considérablement amélioré.

Observation III.—Une femme de 28 ans, se présente à l'hôpital le 25 mai, se plaignant d'une grosseur du genou droit. Elle est mère de deux enfants bien portants. D'après son histoire, elle serait devenue grosse une troisième fois, il y a quatre ans, puis elle se serait blessée à trois mois, aurait eu une phlegmatia alba dolens, suivie d'une petite tumeur du genou, qui a progressé lentement et l'a obligée depuis de marcher avec une béquille. Elle ne serait pas venue à l'hôpital, dit-elle, mais il y a deux jours elle a fait une chute sur la chaussée et en tombant elle a ressenti une douleur vive dans le genou, qui n'a pas cessé depuis. A l'examen on constate une tumeur assez considérable, sensible au toucher. La peau est chaude, hâchée, luisante, empâtée, mais mobile encore. Il y a très peu de fluctuation. La jambe est atrophiée et mobile dans tous les sens. A l'examen de la poitrine on remarque un râle sous-crépitant au sommet du poumon gauche. La femme est amaigrie et pâle. Il n'y a aucun doute sur le diagnostic qui est confirmé d'ailleurs, par l'examen bactériologique. Comme il y a peu de fluctuation et pas de fièvre appréciable, on pratique séance tenante, (après toutes précautions antiseptiques prises) six injections de deux gouttes chacune, d'une solution de chlorure de zinc au (1/100 ou 10/100) dixième. A l'intérieur on ordonne cinq centigrammes d'iodoforme et la diète lactée.

26 Mai.—La malade a passée une mauvaise nuit. Elle est un peu

souffrante. Température $37^{\circ}.7$. La langue est saburrale. On ordonne un léger laxatif (un grand verre d'eau de seltz.)

27 Mai.—La malade a été à la garde robe hier soir. Elle a passé une merveilleuse nuit. Elle est cependant encore souffrante. Température hier soir 28° , ce matin $36^{\circ}.7$.

28 Mai.—La malade a passé une bonne nuit. Les douleurs sont vives. La température est de $36^{\circ}.5$.

29 Mai.—La malade souffre peu. La nuit a été excellente. Température normale.

31 Mai.—La malade est au mieux, cependant un peu de douleur à la pression.

2 Juin.—On change le pansement. La tumeur n'a pas sensiblement diminué, mais elle est moins douloureuse. La fluctuation a entièrement disparu.

5 Juin.—La malade supporte la pression sans douleur.

7 Juin.—On fait mouvoir le membre sans trop de souffrance. La tumeur est diminuée.

12 Juin.—Six nouvelles injections sont pratiquées. Le traitement est continué ; on ajoute à la diète un peu de viande crue.

13 Juin.—La malade a passée une bonne nuit. Elle ressent quelques douleurs lancinantes dans le genou. Température normale.

14 Juin.—La malade est relativement bien.

20 Juin.—On change le pansement. La tumeur est considérablement diminuée. La douleur n'est ressentie que pendant les mouvements de rotation imprimés au membre.

1er Juillet.—Quatre injections sont pratiquées.

2 Juillet.—La malade a bien dormi. Elle ne ressent aucune douleur. La température est normale.

12 Juillet.—La malade a le genou presque normal. Les mouvements de la jambe sont limités et sans douleurs. L'état général est amélioré. On la congédie avec recommandation de continuer son traitement interne.

Ces observations, je crois, peuvent se passer de commentaires. Cependant, je dois ajouter qu'on a étendu l'application du chlorure de zinc, non seulement à la bacillose articulaire autre que celle du genou, mais encore à celle de la peau, du foie, de l'intestin, du périoste, des os et même du poumon. (1.) Dans toutes il y a eues succès, non pas aussi nombreux, mais assez consolants pour tenter la méthode toutes les fois qu'il y a indication.

DR J. P. CHARTRAND.

Paris, 4 Novembre 1891.

(1) M. Truc (thèse de Lyon 1885).

Palper abdominal

APPLIQUÉ A LA RECHERCHE DU VOLUME DU FOETUS PAR RAPPORT
AUX DIMENSIONS DU BASSIN.

(Palper Mensurateur.)

par M. le Dr. J. A. OUMET, (Montréal) Paris.

L'augmentation du volume du ventre pendant la grossesse étant un fait absolument constant, et les modifications que subit l'utérus sous la même influence étant nombreuses, il est très probable que dès la plus haute antiquité les accoucheurs ont dû songer à appliquer les mains sur le ventre, soit pour constater cette augmentation elle-même, soit pour apprécier les différents changements survenus du côté de l'utérus.

Pourtant, nous ne rencontrons cette pratique indiquée nulle part dans leurs écrits, et il nous faut arriver jusqu'au XVI^e siècle seulement pour en trouver la première indication précise.

C'est Jacob Rueff qui, le premier en 1554 donna des idées catégoriques au sujet de l'application des mains sur l'abdomen.

Après Jacob Rueff, nous rencontrons Mercurius Scipio, qui en fait mention tout à fait, au commencement du XVI^e siècle; mais il n'ajoute rien à ce qu'avait dit Rueff, les accoucheurs d'alors n'attachant qu'une médiocre importance à ce procédé.

En 1752, Raederer, dans un travail publié à Goettingue, le premier décrit et donne les règles pour pratiquer le palper abdominal qu'il appelle attouchement.

Baudelocque, en 1787, tout en parlant du toucher, ajoute que par l'application d'une main sur le ventre de la femme on peut juger du volume de la matrice, de la hauteur de son fond, de son obliquité, etc.

En 1804, Stein reconnaît déjà que le toucher externe ou abdominal est presque aussi utile que l'interne.

En 1812, Wigand semble accorder une grande confiance au palper abdominal.

Joerg en 1814, Hohl en 1834, Velpeau en 1835, donnèrent une vive impulsion au palper abdominal en affirmant qu'on pouvait non seulement faire par le palper le diagnostic de la grossesse, mais encore celui de la présentation, de la position, ainsi que les différents autres états intéressant tant la mère que l'enfant.

Il permet de savoir, disaient-ils, si le travail est commencé, à quel point il est arrivé, si l'enfant est vivant ou mort.

En 1837, le professeur Hubert de Louvain, enseignait déjà à ses

élèves, le palper abdominal ; en 1843 il attirait par ses écrits l'attention des praticiens sur l'importance de cette exploration.

En 1846, Jacquemier dans son manuel des accouchements insiste longuement sur le palper abdominal.

Mais en 1855, Matteï dans son essai sur l'accouchement physiologique, consacre un important chapitre au palper abdominal et c'est lui qui, le premier en France, l'a décrit d'une façon remarquable.

En 1858, Murray, le premier en Angleterre, publie un travail sur le palper abdominal.

En 1859, Scanlon reconnaît qu'on peut faire le diagnostic de la présentation et de la position du fœtus par la palpation.

En 1860, M. Tarnier s'exprime ainsi : L'interrogatoire, le palper de l'abdomen, l'auscultation, le toucher vaginal peuvent être utilisés au point de vue du diagnostic de la présentation du sommet, puis il ajoute lorsqu'en appliquant les mains sur l'abdomen d'une femme enceinte, on défrise les parois utérines, on sent assez facilement différentes parties fœtales, et avec un peu d'habitude on arrive à distinguer assez bien ces différentes parties.

En 1875, Carl Schröder s'exprime ainsi : L'exploration externe, le palper, nous permet de tirer des conclusions extrêmement importantes pour la présentation fœtale.

Tout d'abord on a à s'assurer si on a affaire à une présentation longitudinale. Pour cela on se place d'un côté du lit, on applique de haut en bas les deux mains sur la partie inférieure du bas-ventre de la femme ; de telle sorte que la pointe des doigts soit dirigée vers la symphyse, le talon de la main vers l'ombilic, alors par de petits mouvements de percussion on peut reconnaître si une grosse partie mobile se présente au-dessus du détroit supérieur, etc. On voit que Schröder connaissait bien le palper.

PALPER MENSURATEUR

L'histoire du palper mesureur est tout à fait récente et contemporaine.

En effet la première mention qui nous est faite sur ce sujet est peut-être une communication faite par Müller à l'assemblée des naturalistes et médecins allemands tenue à Strasbourg du 18 au 23 septembre 1885.

En 1889 parut la seconde édition du palper abdominal, dans lequel M. le professeur Pinard consacre tout un important chapitre au palper mesureur qu'il décrit d'une façon magistrale,

M. Pinard insiste depuis quelques années sur la nécessité d'examiner à l'avance si la tête fœtale déborde peu ou pas la symphyse

pubienne ; faisant coucher la femme sur le dos, il applique, dans l'intervalle d'une contraction, la tête fœtale contre le promontoire, en la repoussant aussi fortement que possible et en l'immobilisant en cette position, il recherche si la tête surplombe au-devant de la symphise.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Le palper mensurateur est un procédé d'exploration employé en obstétrique pour déterminer les rapports qui existent entre le volume de la tête fœtale et les dimensions du bassin.

Pour pratiquer convenablement le palper mensurateur, il est certaines précautions qu'il faut absolument prendre et dont il ne faut jamais se départir si l'on veut obtenir un renseignement utile et en retirer profit.

Premièrement il faut s'assurer de la vacuité du rectum ; dans le cas contraire il faut avoir soin de le vider au moyen d'un lavement, administré une heure au moins avant l'exploration. Ensuite on aura également soin de vider la vessie, soit en faisant uriner la femme, soit en pratiquant le cathétérisme.

Ces deux précautions préliminaires étant prises, la femme devra tout d'abord être placée de telle sorte que sa paroi abdominale soit dans le plus grand relâchement.

Pour cela elle sera maintenue sur un plan horizontal : la tête appuiera sur un simple traversin.

Les oreillers seront supprimés. Les deux jambes seront étendues et ramenées l'une à côté de l'autre, les deux mains sur les côtés, le long du corps.

La femme sera placée sur un lit pas trop élevé ; elle devra être plus rapprochée d'un des bords afin de permettre à l'opérateur une exploration plus facile et plus aisée. L'opérateur sera placé à gauche de la femme de préférence.

Toutes ces précautions ayant été prises on se disposera à pratiquer le palper mensurateur qui sera fait, les mains appliquées toujours à nu sur le ventre.

On s'informera tout d'abord de l'épaisseur de la paroi abdominale en faisant un pli à droite et à gauche de la ligne médiane, entre le pouce et l'index. La femme évitera tout effort qui tendrait à contracter les muscles de la paroi abdominale.

Puis on cherchera si la tête est en bas ; et on ramènera cette dernière audessus de l'aire du détroit supérieur, si elle n'y était déjà. On l'abaissera le plus possible et fera de telle sorte que la présentation devienne franchement transversale. Alors, saisissant la tête entre les deux mains appliquées l'une sur le front, l'autre sur l'occiput, on lui

imprimera des mouvements de latéralité qui auront pour but de mettre un plus grand nombre possible de ses points en rapport avec le détroit supérieur.

Cela fait on portera une main (la droite si on est à gauche de la femme) sur le cou de l'enfant, cette main pressera sur la tête de haut en bas pour l'appliquer contre le promontoire sur lequel reposera alors le parietal postérieur.

Cette tête étant ainsi maintenue et fixée, l'extrémité digitale de l'autre main sera rapportée au devant de la symphyse et cherchera en déprimant la paroi abdominale à s'insinuer entre cette symphyse et la tête, tout en continuant à presser avec l'autre main de haut en bas. On se rendra facilement compte des dimensions de la tête et des rapports de ces dimensions avec celles du détroit supérieur. Si par exemple, l'extrémité des doigts pouvait s'insinuer facilement entre la symphyse pubienne et la tête, c'est que le diamètre bi-pariétal de la tête est plus petit que le diamètre antero-postérieur du bassin ; si encore, l'extrémité des doigts ne pouvait s'insinuer, mais rencontrait la tête au niveau même de la symphyse, effleurant cette symphyse, c'est que le diamètre bi-pariétal de la tête est sensiblement égal à celui du détroit supérieur, dans ces deux cas la tête pourra passer à travers le détroit supérieur, qu'il soit rétréci ou non.

Mais si, au contraire, l'extrémité des doigts, en cherchant à s'insinuer comme nous l'avons dit venait butter immédiatement contre la tête fœtale qu'elle sentirait déborder manifestement en avant de la symphyse, c'est qu'alors le diamètre bi-pariétal de la tête serait plus grand que celui du détroit supérieur et plus grand de tout ce qui déborde la symphyse.

Dans ce troisième cas, la tête a toutes les chances de ne plus pouvoir passer à travers le détroit supérieur. Quoiqu'il en soit, la tête ainsi maintenue et prise entre le promontoire et l'arc antérieur du pubis, on se rendra aisément compte de son engagement facile possible ou impossible dans l'excavation, selon qu'elle ne débordera pas ou qu'elle débordera la symphyse,

Cette constatation, si simple, en apparence est pourtant de la plus haute importance ; car ce sera uniquement elle qui guidera l'intervention.

Comme causes d'erreurs en pratiquant ce palper on signale la réplétion de la vessie et du rectum, puis l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus qui peut s'opposer à l'adaptation de la tête sur l'aire du détroit supérieur et des bassins avec faux promontoire sacré, cette insertion du placenta peut rendre le diagnostic très difficile même impossible ; de même lorsque la femme a une paroi abdominale

trés épaisse, lorsqu'il existe un œdème suspubien, de l'hydropisie de l'amnios, de l'ascite, kyste utérin, fibrome etc., il sera impossible pendant les contractions de l'utérus.

Aujourd'hui donc nous possédons un moyen certain de mesurer la tête fœtale à travers la paroi abdominale et la paroi utérine, et ce moyen c'est le palper mensurateur que nous devons aux savantes et minutieuses recherches de M. le professeur Pinard qui le premier l'a employé à peu près exclusivement en France.

A l'étranger il tend tous les jours à s'introduire davantage, et nous pouvons d'ores et déjà affirmer qu'il s'installera bientôt victorieusement partout comme l'élément de diagnostic le plus sûr, le plus fidèle, et celui auquel il faudra toujours avoir recours lorsqu'on se trouvera en face d'un bassin rétréci, et qu'on aura à se demander à quel moment provoquera-t-on l'accouchement prématuré ; et c'est par lui encore que l'on saura s'il y a lieu ou non de le provoquer.

Les conditions nécessaires pour que l'accouchement se fasse à terme sont que le diamètre du bassin et le diamètre de la tête fœtale, soient de même valeur.

Que cette tête soit grosse ou petite, que le diamètre promonto-pubien minimum mesure 7, 8 ou 9 centimètres, peu importe, pourvu que les dimensions de la tête fœtale soient en rapport avec celles du bassin.

Donc ce qui est important, ce dont il faut tenir compte, c'est justement de savoir si le diamètre bi-parietal du fœtus est égal ou inférieur au diamètre promonto-pubien, quelque soit l'étendue de ce dernier diamètre.

L'accouchement ne peut avoir lieu à terme

OBSERVATION.

Une femme entre à la maternité Bandelocque le 11 janvier 1891.

Au point de vue de ses antécédents personnels, elle raconte qu'elle a toujours très bien marché, sans se rappeler pourtant à quel âge elle a commencé à marcher.

Elle a eu une fièvre typhoïde à 14 ans, n'a jamais fait d'autres maladie.

Réglée pour la première fois à 11 ans et depuis très régulièrement pendant 4 jours.

Secondipare.

Première grossesse, l'accouchement spontané a eu lieu à terme, enfant vivant.

Elle est actuellement enceinte de 8 mois à peu près.

En l'examinant on ne trouve aucune incurvation des fémurs ou du tibia ; quelques varices aux jambes.

En palpant l'abdomen on se rend compte que l'enfant se présente la tête en bas.

Le dos est à droite de même que l'occiput, c'est donc une D. T. tête non engagée, enfant v. . . , auscultation à droite, au-dessous de l'ombilic.

Le palper mensurateur qui est pratiqué démontre que la tête ne déborde pas la symphyse pubienne, quoiqu'elle ne soit pas engagée encore, il n'y a pas lieu d'interrompre la grossesse. Au toucher on s'aperçoit que l'angle sacro-vertébral est accessible mais très élevé.

Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 8 à 10 centimètres : et comme le promontoire est très élevé, on peut évaluer à 7 centimètres 8 ou 8 centimètres au plus le diamètre promonto pubien minimum. L'urine contient de l'albumine, la femme est mise au régime lacté. 21 janvier—en examinant la femme M. Pinard s'aperçoit après avoir pratiqué le palper mensurateur, que la tête a de la tendance à déborder la symphyse pubienne, il faudra donc sans plus tarder interrompre le cours de la grossesse. 24 janvier—la tête débordant davantage la symphyse M. Pinard va ce matin même intervenir.

Il pense que la tête passera encore, mais à frottement.

M. Pinard ayant affaire à une multipare, essaie comme il l'enseigne toujours, d'introduire d'emblée le ballon de M. Champetier. Il n'y réussit pas, alors il introduit l'excitateur de M. Tarnier et y injecte 10 grammes de liquide, quelques instants après la femme éprouve des douleurs et le travail commence.

Trois heures plus tard on trouve le ballon Tarnier éclaté, dans le vagin ; alors on introduit le ballon de M. Champetier de Ribes, injection de 450 grammes de liquide, la femme continue à souffrir puis le ballon est expulsé.

La tête ne descendant pas on rompt les membranes, la tête ne descendant pas davantage M. Pinard fit une application de forceps au détroit supérieur et ramène un enfant vivant.

Suites de couches, très bonnes ; température 37° 5.

On voit par cette observation les avantages du palper mensurateur, en provoquant l'accouchement, ce qui a fait que cette femme a pu accoucher heureusement d'un enfant vivant.

Le palper mensurateur peut, malgré des accouchements antérieurs, ayant eu lieu à terme, avec des enfants dont la tête était volumineuse, affirmer que dans la troisième grossesse l'accouchement ne se fera pas, soit par bassin rétréci ou par insertion vicieuse du placenta, et il est bien certain que dans de tels cas si cette femme était venue plus tôt, alors que la tête n'était pas encore si développée, guidé par le palper mensurateur, on aurait provoqué l'accouchement à une époque où la

tête avait pu passer malgré le rétrécissement et malgré le placenta, et cela avec toutes chances d'avoir un enfant vivant.

Ainsi donc la supériorité du palper mesureur comme moyen de diagnostic est parfaitement démontrée.

Par lui nous sommes appelés à rendre d'éminents services aux femmes dans les cas de rétrécissement du bassin, de développement exagéré du fœtus etc., en leur donnant plus de chances de sauver leurs enfants.

Par le palper mesureur nous pourrons faire profiter le fœtus, et d'une façon précise, du maximum de la vie intra-utérine, à laquelle il a droit, et cela sans faire courir aucun risque soit à la mère soit à l'enfant lui même.

DR J. A. OUMET.

Paris, 15 nov. 1891.

Du *Viburnum Opulus*.

Par M. le Docteur Melville E. de Laval, Lake Linden.

Le *Viburnum Opulus*, plante que l'on rencontre en Amérique, croît aussi en Europe, appartient à l'ordre naturel des caprifoliacées division des monopétales.

Comme on le sait, cet ordre est représenté, en Amérique, par sept genres, dont quatre seulement possèdent des propriétés thérapeutiques.

Parmi ceux ci le genre *Viburnum* est celui dont les propriétés thérapeutiques ont le plus de valeur.

Le *Viburnum* est un arbrisseau, croissant à une hauteur variant de 3 à 10 pieds, à feuilles trilobées, acuminées, dentelées, couleur vert foncé ou grisâtre, assez épaisses. Il fleurit vers la mi-mai jusqu'au commencement de juin, sous forme de cymes, de 3 à 4 pouces de diamètre, dont les fleurs marginales sont ordinairement privées d'étamines et de pistils, et ont ordinairement une corolle plus large que celles des fleurs fertiles.

Le fruit du *Viburnum Opulus* est une drupe de forme sphérique de couleur rouge vif, d'une saveur acide, mais agréable, qualité, que l'on met souvent à profit dans le commerce, en substituant les baies ou drupes du *Viburnum Opulus* à celles de *L'Oxycoccus Macrocarpus*, connu sous le nom vulgaire d'*Atocas* ou Canneberge auxquelles les fruits du *Viburnum Opulus* ressemblent beaucoup à première vue.

Le *Viburnum Opulus*, comme les autres plantes du genre, croît ordinairement dans les marais ou sur les bords des ruisseaux, on le rencontre dans cette partie de l'Amérique du Nord, situé au nord et à

est de la Pennsylvanie, c'est-à-dire dans la partie connue sous le nom de zone tempérée des Etats-Unis et du Canada. Le *Viburnum Opulus* est très rare, beaucoup plus que le *Viburnum Prunifolium*. Black Haw, qui croît dans presque toutes les différentes parties de l'Amérique du Nord.

Dans les jardins on cultive comme plante d'ornement, une variété de *Viburnum Opulus*, connu sous le nom de Boules de Neiges, Snow-Bals. Cette variété n'a pas de fleurs fertiles, ne se reproduit que par boutures, et ne possède pas de propriétés thérapeutiques.

Le vulgaire connaît le *Viburnum Opulus* sous le nom de Cranberry ou Cranberry Tree. Mais il est le plus souvent connu sous le nom de Cramp Bark.

L'emploi du *Viburnum Opulus* fut fait dans le traitement d'une foule d'affections par les Indiens, et plus tard par les colons. Ceux-ci employaient le *Viburnum Opulus* dans le traitement des affections utérines, et aussi pour faire disparaître les contractions spasmodiques connues ordinairement sous le nom de crampes.

Il est presque impossible, vu le manque d'observations cliniques, et surtout, de travaux sur les propriétés thérapeutiques, sur le *Viburnum Opulus*, de préciser à quelle époque et par qui le *Viburnum Opulus* a été employé en médecine.

Quoique le *Viburnum Opulus* soit reconnu officiellement par le dispensaire des Etats-Unis, nous ne pouvons pas nous procurer, de données certaines sur les raisons qui l'ont fait devenir un médicament officinal. Peut-être les travaux de Phares sur le *Viburnum Prunifolium* sont-ils les seules raisons qui en aient indiqué l'emploi en médecine.

Avant que les médecins américains se fussent rendu compte d'une manière scientifique des propriétés thérapeutiques du *Viburnum Opulus*, il était employé empiriquement dans le traitement d'une foule d'affections, sur lesquelles, on peut être sûr, qu'il n'exerçait aucune action curative.

Le dispensaire des Etats-Unis prête au *Viburnum Opulus*, les propriétés thérapeutiques suivantes : Antispasmodique, Sédatif; la matière médicale de Park et Davis lui donne aussi des propriétés Altérantes et Toniques.

Dans quelques quartiers on lui prête une action sur l'utérus et on l'emploie comme antia-bortif, mais à mon point de vue, cette action sur les fibres musculaires utérines n'a pas la puissance thérapeutique, observée chez le *Viburnum Prunifolium*.

A ce sujet, nous devons distinguer que si tous deux, le *Viburnum Opulus* et le *Viburnum Prunifolium*, possèdent une action sédatif,

particulière, sur les fibres utérines, le *Viburnum Opulus*, à mon point de vue, n'a pas une action aussi certaine et aussi prompte, sur l'utérus *gravide* que le *Viburnum Prunifolium*, mais que cette action donne de meilleurs résultats, dans les cas où les contractions utérines accompagnent une affection utérine, soit la dysménorrhée ou une irritation des ovaires, etc.

Nous voyons que le *Viburnum Prunifolium*, par son action sédative suspend tout en agissant, comme tonique utérin, les contractions utérines, durant l'état de la grossesse, mais ne semble pas avoir aucune action sur les contractions spasmodiques, musculaires, autre que celles de l'utérus ; nous voyons que le *Viburnum Opulus* exerce une action sédative sur les fibres musculaires, non seulement de l'utérus, mais particulièrement sur celles des muscles des extrémités inférieures, action toute spéciale et qui, si l'on en croit le vulgaire, aurait été cause du nom donné à cette plante : Herbe aux crampes.

Nous voyons aussi que l'action sédative du *Viburnum Opulus* donne d'excellents résultats dans le traitement de la dysménorrhée hystérique, névralgique, etc., affections, qui sous l'emploi du *Viburnum Opulus*, semblent disparaître plus facilement que sous l'action du *Viburnum Prunifolium*.

Si nous sommes, jusqu'à un certain point, dans l'incertitude, eu égard aux propriétés thérapeutiques et aux actions différentielles, de ces deux *Viburnum*, c'est bien moins parce qu'elles semblent à première vue identiques, que parce qu'elles n'ont pas été étudiées d'une manière scientifique, et que l'usage en a été fait empiriquement et sans contrôle comme il en arrive d'une multitude d'agents thérapeutiques, employés dans la médecine, dite de famille, etc.

Dans ce travail qui, nous le savons, n'a aucune valeur, si ce n'est comme notes, nous désirons établir un fait, celui-ci, que pour nous le *Viburnum Opulus* possède des propriétés thérapeutiques, différentes du *Viburnum Prunifolium*, sans cesser de posséder certaines propriétés, qui sont connues à tous deux.

Comme nous l'avons déjà dit, l'action sédative des *Viburnum*, a lieu sur les fibres musculaires quelles qu'elles soient ; mais cette action est plus circonscrite et localisée sur les fibres musculaires utérines, l'utérus *gravide* surtout en tant que le *Viburnum Prunifolium* est concerné.

L'action du *Viburnum Opulus* est plus accentuée, sur les fibres utérines, hors l'état de grossesse, et sur les autres muscles affectés de contractions spasmodiques.

Dans un cas où il existe des contractions utérines, hors l'état de grossesse, contractions utérines après l'accouchement, ou bien liées à

un état de congestion utérine, le *Viburnum Opulus*, eu égard à son action sédative, diminue ou fait disparaître cette contractilité spasmodique, et par là fait disparaître l'affection.

Bien différente est son action, sur l'utérus gravide, car, à cette période il est absolument impossible au médecin de suspendre les contractions utérines par l'aide du *Viburnum Opulus*, tandis que généralement il devient assez facile, à l'aide du *Viburnum Prunifolium*, d'arrêter les contractions utérines, et éviter par là un avortement.

Si la contraction musculaire soit utérine ou autre, est due soit à un état hystéro-nevralgique ou bien à une congestion utérine, ou à une irritation ou congestion des ovaires, nous sommes ordinairement certains d'un effet sédatif en employant le *Viburnum Opulus*.

Un seul état de contractions spasmodiques des muscles, (observée durant la grossesse), est soulagé par l'action thérapeutique du *viburnum opulus*, ce sont les contractions des muscles, des membres inférieurs observées chez certaines femmes, à l'appui de ces assertions je présenterai ici quelques observations, de médecins qui ont comme moi étudié, d'une manière spéciale l'action thérapeutique du *viburnum opulus*.

Le Dr Nelson, dit qu'il a obtenu d'excellents effets, de l'emploi du *viburnum opulus* dans le traitement de la dysménorrhée par obstruction, et prétend aussi que son action sur l'utérus, n'est pas la même de celle du *viburnum prunifolium*.

J. C. Foster recommande le *viburnum opulus* dans le traitement de la dysménorrhée et prétend aussi que celui-ci donne de meilleurs résultats que le *viburnum prunifolium*. Porter dans son ouvrage sur la matière médicale, parlant du *viburnum opulus*, dit que cette plante est très vantée, dans les douleurs d'origine utérine, mais pour lui, le *viburnum prunifolium* et le *viburnum opulus* ont des propriétés identiques.

Cette opinion a une forte valeur venant d'un médecin, tel que le professeur Porter, mais à mon point de vue, les propriétés du *viburnum* ne sont identiques, que comme sédatives sur les fibres utérines, mais le *viburnum opulus* n'a pas cette propriété du *viburnum prunifolium*, de faire disparaître l'irritation de l'utérus, qui porte certaines femmes à avorter, successivement et à peu près toujours à la même époque de la grossesse. Porter dit aussi, que par suite de son action sédative, on obtient d'excellents effets du *viburnum opulus*, dans les affections des ovaires, et que l'on peut aussi le considérer à ce point de vue comme un emmenagogue.

Je disais plus haut que le *viburnum opulus* est employé avec d'excellents résultats, dans les contractions spasmodiques des membres inférieurs chez les femmes enceintes, mais ce n'est pas seulement, chez

les femmes pendant l'époque de la grossesse, que nous obtenons une guérison de cette affection, mais dans tous les cas, ou l'on observe ces contractions spasmodiques des muscles connues vulgairement sous le nom de crampes.

Certains auteurs vantent les bons effets du *viburnum opulus* dans le traitement des affections suivantes : la bronchite, l'asthme, la chorée, l'hystérie, le rhumatisme chronique, l'hydropisie, mais ici je ne puis pas donner d'opinion, qui me soit propre vu que je ne me suis jamais servi du *viburnum opulus* dans le traitement de ces différentes affections.

Pour moi le *viburnum opulus* est appelé à jouer un grand rôle dans le traitement de certaines affections utérines, hors l'état de la grossesse, Dans la dysmenorrhée, il donne d'excellents résultats particulièrement en combinaison avec certains toniques utérins, tels que le *scutellaria*, *lateriflora*, le *symplocarpus foetidus*. On rencontre dans le commerce le *viburnum opulus* sous forme d'extrait fluide et solide. Dans les familles on l'emploie en infusion. La dose de l'extrait fluide est de ʒ j. 4 à ʒ ij. grammes, 4 à 8, de l'extrait solide 2 à 5 grains o. 1 à 0.3, *pro re nata*.

Il n'a jamais été observé d'accidents résultant de l'emploi du *Viburnum Opulus*. Dans les cas où il existe en même temps une irritation de l'estomac, il cause quelquefois des vomissements. accidents qui disparaissent de suite, si l'on emploie en même temps la Lactopeptine, ou bien le Glycerole de Pepsine.

Comme nous l'avons déjà dit dès le commencement de cet article, nous avons désiré faire connaître à la profession médicale les propriétés thérapeutiques d'une plante qui n'est pas suffisamment appréciée.

Il est nécessaire que l'on fasse à ce sujet une série d'observations avant de pouvoir fixer, d'une manière certaine, et l'emploi et les indications, du *Viburnum Opulus*.

M. E. DE LAVAL, M. D. VICTORIA

Membre de la Société Médicale, M. R., W. S.

Membre honoraire de la Société des Médecins et Chirurgiens de la Nouvelle-Angleterre, ex-officier de santé, etc.

Lake Linden, 18 Octobre 1891.

COURS ET CLINIQUES.

Clinique du DR HINGSTON notes par M. F. LEFILS M. B.

Madame X....., mère de trois enfants est venue à mon bureau ce matin. Cette dame se plaignait de mictions fréquentes le jour, et à la

région hypogastrique on constatait la présence d'une tumeur. Son médecin, qui avait diagnostiqué une chute de l'ovaire droit, me l'envoyait pour que je fisse l'opération.

Avant de l'opérer, je soumis cette dame à un nouvel examen, et avec la sonde de Simpson je constatai une antéflexion de l'utérus :

Dès lors tout me fut expliqué présence de cette tumeur et ces mictions fréquentes. Au lieu d'enlever l'ovaire, je posai un pessaire et tout fut dit.

Qu'est-ce que ceci vous prouve, Messieurs : l'importance de l'examen local.

En voici un autre exemple que vous avez vu l'hiver dernier chez cet homme, souffrant de diarrhée depuis deux années. A l'examen j'avais constaté une stricture du rectum, de nature spécifique. J'instituai alors le traitement iodé (Iod. pot 30 grs.) et mon malade a guéri comme vous l'avez constaté dans le temps. Chez cette homme à quoi m'aurait-il servi de le bourrer de tannin, de plomb etc. ?

Vous me voyez insister très souvent sur ce point, et je ne saurais trop vous le répéter.

* * *

Il est important de rechercher s'il n'y a pas une lésion quelconque qui puisse causer l'épilepsie. Très souvent je l'ai vu causée par des choses banales. Voici trois exemples :

I. Un enfant âgé de 7 ans avait une attaque d'épilepsie le matin aussitôt qu'il sortait du lit. Sur la plante du pied droit on constata la présence d'un " cor ", j'enlevai ce cor et l'enfant ne tomba plus.

II. Une dame avait des attaques très fréquentes. A l'examen je constatai que la pression soulevait une douleur atroce au niveau du coccyx. Je demandai à cette dame depuis quel temps elle avait des attaques d'épilepsie ; depuis son dernier accouchement. J'enlevai le coccyx et depuis 15 ans cette dame n'a eu aucune attaque.

III Le défunt Dr Vilbon m'appelait un jour pour un cas d'épilepsie chez un enfant. Ayant été informé que l'enfant, chaque fois avant de tomber, éternuait, et ayant constaté ce fait par moi-même, j'introduisis une sonde cannelée dans le nez de l'enfant et j'en retirai un pois. L'enfant n'a jamais eu d'attaques depuis cette petite opération.

FRED. LEFILS M. B.

Résection d'une moitié de la mâchoire inférieure.

Clinique du Docteur Hingston à l'Hôtel-Dieu, rapportée par Jules Jehin
Prume B. M.

Vers le dix-neuf du mois d'octobre dernier une personne se présenta à la clinique du docteur Hingston, se plaignant de douleurs très fortes

dans le côté gauche du maxillaire inférieur. Cette souffrance datait, disait-elle, du jour où elle s'était fait extraire une dent ; l'instrument avait glissé et avait cassé la dent au lieu de l'extraire, ce qui nécessita une nouvelle opération. Depuis lors, c'est-à-dire depuis environ cinq ans, elle éprouvait des douleurs continuelles dans la mâchoire.

Le docteur Hingston, après un examen minutieux, constata la carie maligne de la partie alvéolaire et postérieure gauche de ce maxillaire, et la résection ayant été reconnue urgente par le chirurgien, le malade placé sur la table d'opération fut immédiatement mis sous l'influence du chloroforme.

Le clinicien après avoir donné aux élèves qui suivaient son cours de clinique quelques explications préliminaires, recommanda de toujours saisir la langue du patient avant d'opérer, pour prévenir l'étouffement qui pourrait survenir au moment de la section du muscle génio-glosse et du muscle génio-hyoïdien. A son avis, le procédé le plus commode, préférable même au vulsellum ou au forceps ordinaire, consiste à traverser la langue à une bonne distance de son apex, à l'aide d'une aiguille par un fil long et résistant, procédé devant laisser plus de place à l'opérateur, en même temps que moins douloureux pour le patient, en meurtrissant moins la langue.

L'opérateur passa le fil comme il venait de l'expliquer, puis pratiqua l'incision au-dessous du maxillaire, il la commença plus haut que le condyle et la continua jusqu'à l'apophyse génie gauche, il disséqua ensuite les tissus jusqu'au niveau de l'artère faciale qu'il ligatura. Il trancha ensuite les muscles : digastrique, génio-glosse, génio-hyoïdien après quoi il disséqua à l'aide du doigt le tissu conjonctif et lorsque l'ouverture pratiquée fut assez grande pour permettre l'introduction du doigt dans la cavité buccale, il enleva avec un forceps, une des deux incisives du milieu (celle du côté gauche) et coupa en allant de haut en bas, la lèvre et la peau jusqu'à environ deux doigts au-dessous du menton. Il mit de cette façon la gencive à nu, il scia l'os dans la partie antéro-postérieure de la symphyse du menton et sépara les deux parties avec le secateur, puis ligatura les artères coupées, qui résistaient à la compression exercée en grande partie par les doigts, enleva la glande sous-maxillaire, continua la dissection du tissu conjonctif puis coupa les muscles : masseter, ptéryoïdien externe et ptérygoïdien interne et commença le travail de dislocation.

Quand il eut fait une section des tendons et des ligaments, l'os sortit de son articulation, poussé par une abduction très forte, et le diagnostic se trouva confirmé lorsqu'on examina l'os et constata un foyer profond à moitié chemin entre le rameau ascendant et la section centrale. Les moyens antiseptiques ordinaires furent employés, après quoi, les

parties molles furent mises en position et retenues à l'aide de sutures métalliques, très rapprochées les unes des autres.

Le malade a aujourd'hui regagné ses foyers, après avoir repris complètement ses forces: grâce aux bons soins de messieurs les Internes de l'Hôtel-Dieu.

JULES JEHIN PRUWE,
Bachelier ès Médecine.

Montréal, 23 Novembre 1891.

Clinique du Dr Hingston chirurgien de l'Hôtel Dieu

Notes prises par Armand Hudon B. M. Interne de l'Hôtel Dieu.

OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

Mercredi le 9 décembre on présentait à la clinique pour être opéré un jeune enfant de 15 jours ayant un bec-de-lièvre double avec division osseuse. Avant l'opération le Dr Hingston nous fit les quelques remarques suivantes :

“ Quand vous aurez, dit il, dans votre pratique des cas de bec-de-lièvre simples c'est-à-dire avec une seule scissure verticale qui divisera la lèvre supérieure au-dessous de la narine du sillon sous nasal, le plus vite vous opererez le mieux sera et pour vous et surtout pour votre petit patient. Autre chose est le bec-de-lièvre simple ou double mais avec complication de division osseuse.

Vous ne pouvez replacer les os dans leur situation normale pour former la voûte palatine avant un certain temps. car ce faisant vous mettriez le petit malade dans l'impossibilité de têter et par conséquent il ne pourrait survivre à l'opération ; vous vous contenterez dans ces cas de faire disparaître la scissure ou les scissures en unissant les deux bords de la lèvre supérieure ensemble, remettant à plus tard la réunion de la partie osseuse.”

Après ces quelques remarques le Dr Hingston fit l'opération tout en suivant les règles qu'il venait de nous enseigner.

Il raviva les deux bords de la scissure de la lèvre supérieure puis les accola ensemble et fit les sutures, ne s'occupant en rien de la partie osseuse du voile du palais

Nous avons revu le petit patient vendredi dernier (le 18) et la difformité extérieure n'existe plus.

REVUE DES JOURNAUX

Les grandes indications thérapeutiques chez l'enfant

Leçon de M. le professeur SEVESTRE, à l'hôpital Trousseau.

Messieurs,

La thérapeutique, chez l'enfant comme chez l'adulte, doit être basée sur les indications et non sur l'empirisme ; il ne faut pas appliquer un traitement quelconque sans savoir ce que l'on fait. Les recherches modernes, en nous éclairant sur la cause de beaucoup de maladies, sur le mécanisme de beaucoup de leurs symptômes, ont rendu plus facile l'appréciation des indications.

En 1869, Grisolle, dans la fièvre typhoïde, prescrivait un grand nombre de remèdes sans savoir probablement toujours pourquoi.

En 1872, Jaccoud pose déjà trois indications fondamentales dans le traitement de la dothiéntérie : soutenir les forces, combattre la fièvre, combattre les congestions passives qui se produisent dans les poumons.

Aujourd'hui, nous connaissons le rôle de l'infection dans la genèse de la maladie et savons prévenir sa dissémination. Le traitement antiseptique n'a cependant pas encore produit tout ce qu'on était en droit d'attendre de lui.

Ce traitement, dans l'érysipèle, a donné les meilleurs résultats. On doit prescrire l'acide salicylique à l'intérieur et attaquer la maladie à l'extérieur par les lotions salicylées, les pommades au salol et les bains d'acide borique.

Une nourrice des Enfants Assistés était atteinte d'un érysipèle migrateur qui durait depuis plusieurs semaines et que l'acide salicylique administré par l'estomac à la dose de 1 gr. 50 et 2 grammes, bien qu'il eut abaissé la température, n'avait pu arrêter ; la maladie disparut rapidement sous l'influence de bains boriqués.

Avant d'administrer un médicament quelconque, il faut s'enquérir de l'état de tous les organes et examiner soigneusement les reins, afin de s'assurer qu'ils peuvent toujours remplir leur rôle éliminateur. Du reste, chez l'enfant, les organes sont habituellement sains.

On doit se guider, pour faire les prescriptions médicamenteuses, non seulement sur la maladie, mais encore sur l'apparence qu'elle revêt, sur sa forme. Une maladie bénigne pourra être traitée par de simples prescriptions hygiéniques, tandis que certaines localisations exigeront une thérapeutique active.

Je voyais il y a peu de temps, un enfant qui en était au troisième

jour d'une scarlatine. A ce moment, l'éruption disparut subitement et il se produisit une diarrhée très intense dépendant évidemment d'une localisation anormale. Je cherchai alors à ramener l'éruption à la peau par des bains sinapisés. J'ai donc été conduit par un accident spécial à employer un moyen dont on se sert rarement dans la scarlatine. Le bain froid peut encore être utile dans des cas de ce genre.

Chez l'enfant, les vices d'hygiène sont très souvent la cause d'affections plus ou moins graves, en tête desquelles il faut placer celles du tube digestif. La notion pathogénique a donc une grande importance et vous pouvez beaucoup pour prévenir la maladie, pour préserver, par exemple, les petits malades confiés à vos soins de la scrofule ou du rachitisme.

L'hygiène joue encore un grand rôle dans les affections d'origine microbienne non seulement en les prévenant, mais encore en diminuant leur gravité. Il y a quelques mois, la rougeole était très grave aux Enfants-Assistés, car elle causait 56 p. 100 de morts. Actuellement, la situation des salles est bien meilleure, les pratiques de l'antisepsie bien mieux appliquées et la mortalité a baissé de moitié.

Les maladies aiguës, chez les enfants, peuvent guérir spontanément avec la simple hygiène. Chez eux, en effet, l'intégrité des émonctoires fait qu'ils éliminent facilement les bacilles et les produits toxiques.

Cela ne veut pas dire, Messieurs, que l'on doive se croiser les bras ; il faut faire de l'expectation, mais non rester dans l'inaction.

Les enfants ont une impressionnabilité nerveuse excessive, qui s'exagère encore lorsqu'ils sont malades ; les réflexes, chez eux, se produisent très facilement. On doit ménager autant que possible cet état particulier du système nerveux.

Ils ont un besoin de réparation considérable, les aliments leur sont presque toujours indispensables et ils supportent fort mal la diète.

Les indications thérapeutiques sont peu nombreuses dans le jeune âge, mais, lorsqu'elles se présentent, il faut les remplir avec énergie, rapidité et décision, car, souvent, les maladies évoluent très vite.

Vous devez vous préoccuper beaucoup du mode d'administration des médicaments. C'est ainsi, par exemple, qu'il est souvent difficile de faire prendre du naphthol à un enfant. La potion sera toujours plus facilement acceptée que le cachet ou les pilules. Si vous donnez du chlorate de potasse, vous pouvez formuler de la façon suivante :

Eau.....	120 grammes.
Chlorate de potasse.....	1, 2, 3 grammes.
Sirop de framboises.....	30 grammes.

Cette potion sera d'un joli aspect, se rapprochant de celui des bois-

sons habituelles, et aura un bon goût. Il vaut mieux la donner dans un verre ou un gobelet que dans une cuiller ; cela effrayera moins le petit malade. On peut mêler certains médicaments avec les aliments. C'est ainsi que l'on pourra administrer la magnésie dans du chocolat ou du café au lait.

Si, pour l'administration du sulfate de quinine, on formule des pilules de 0,01 à 0,02, on devra les mélanger à de la confiture ou à du miel. Parfois, on préfère le lavement, mais il faut compter sur de la perte et augmenter la dose à peu près d'un tiers.

On a proposé la formule suivante, qui réussit à dissimuler à peu près l'amertume :

Sulfate de quinine.....	0 gr. 50 cent.
Acide sulfurique dilué à 1 p. 100....	0 gr. 50 "
Essence de menthe.....	V gouttes.
Solution saturée de saccharine.....	10 gr.
Eau.....	90 gr.

On a essayé de dresser des tables indiquant les doses des médicaments à prescrire aux enfants, selon leur âge, par rapport aux doses que l'on donne chez l'adulte. Si, par exemple, l'adulte a 1, l'enfant âgé de moins de 1 an aura $\frac{1}{20}$, $\frac{1}{10}$; celui âgé de 2 ans aura $\frac{1}{8}$; celui âgé de 3 ans aura $\frac{1}{6}$; celui âgé de 4 ans aura $\frac{1}{4}$; celui âgé de 7 ans aura $\frac{1}{3}$; celui âgé de 10 ans aura $\frac{1}{2}$.

Cette table est beaucoup trop générale. C'est ainsi que l'on ne peut prescrire à un enfant de 2 ans le huitième de la dose d'opium que l'on donne à un adulte. Il supportera, au contraire, très bien une dose supérieure de belladone. L'enfant tolère même mieux l'antipyrine que l'adulte.

La médication antiseptique intestinale est une de celles que vous aurez le plus souvent à prescrire, et vous devrez avoir recours aux vomitifs et aux purgatifs.

Le sirop et la poudre d'ipéca seront surtout employés comme vomitifs ; vous prescrirez une cuillerée à café de sirop toutes les cinq minutes jusqu'à effet. Le tartre stibié sera bien plus rarement indiqué et il ne faudra pas dépasser la dose de 1 à 2 centigr. L'apomorphine est un moyen infidèle.

L'huile de ricin, 10 à 20 grammes, est le purgatif habituel ; on peut essayer d'en masquer le goût avec du jus d'orange. La limonade citrique sera facile à faire accepter :

Citrate de magnésie	25 grammes.
Eau.....	(Le plus possible).
Sirop de cerises.....	q. s.

Il faut arriver à avoir de 100 à 120 grammes de liquide.

Le calomel est très facile à prendre et est, de plus, antiseptique. On prescrira 0,05 par an. Enfin, vous aurez encore la ressource des eaux purgatives.

Pour l'antisepsie intestinale, vous vous trouverez bien du mélange de glycérine et de poudre de charbon, recommandé par Bouchard ; les petits enfants l'acceptent bien s'il est en pâte molle. Le naphтол ne peut être prescrit qu'en cachets ; mais on peut le remplacer par le bétol ou salicylate de naphтол, qui n'a pas de goût et peut être donné aux doses de 1 gr. et 1 gr. 40 en cachet ou en potion gommeuse. Quand on donne un lavement, il ne faut remplir que le tiers de l'irrigateur.

Pour l'antisepsie externe, vous recourrez aux bains, même dans les maladies aiguës, aux lotions avec l'eau boriquée, le vin aromatique, l'eau bouillie.

L'antisepsie pulmonaire directe est inapplicable ; ce n'est qu'en tâchant de purifier complètement l'air inspiré que nous pourrions espérer remplir les indications.

Pour la gorge, les gargarismes peuvent être employés et vous aurez recours aux solutions boriquées ou chlorurées ; la dose de chloral doit être de 1 ou 1½ p. 100.

Je vous ai déjà indiqué comment il fallait prescrire le sulfate de quinine. L'aconit a une certaine action sur la fièvre : les doses convenables sont celles de II, III, IV gouttes dans un peu d'eau.

Dans les états nerveux, les bains tièdes ont une très heureuse influence ; le bromure sera aussi fort utile, et voici un exemple de potion bromurée :

Bromure de potassium.....	1 gr.
Eau.....	75 gr.
Sirop de Flon.....	25 gr.
Eau de laurier-cerise.....	1 gr.

Les enfants, je vous l'ai dit, sont extrêmement nerveux. Il s'ensuit qu'il faut être très réservé dans les pratiques de la médication révulsive. On ne doit jamais se servir du thapsia, et il faut surveiller de très près l'emploi des vésicatoires. Ces derniers ne doivent pas rester plus de trois heures en place et il faut, avant de les appliquer, nettoyer la peau avec du savon et du sublimé. La formation de la cloque, si elle est tardive, est favorisée par un cataplasme. Le pansement sera fait avec du protectif et de la ouate boriquée. Ce n'est qu'en procédant ainsi que l'on évitera tout danger.

La teinture d'iode doit être fraîche, sinon elle est cause d'inflammation ; enfin, les cataplasmes sinapisés seront préférés aux sinapismes en feuilles.

Ces quelques considérations, messieurs, vous prouvent que la thérapeutique, chez l'enfant, diffère, dans beaucoup de points, de celle à laquelle on peut avoir recours chez l'adulte ; vous devez donc toujours songer aux difficultés spéciales en présence desquelles vous pouvez vous trouver.

(*Le Scalpel.*)

Mixture chloroformée contre la laryngite striduleuse.

M. BASHORE.

Chloroforme pur.....Và X gouttes
Eau6 drachmes
Glycérine neutre.....I drachme

F. S. A.—A prendre : une cuillerée à café toutes les trentes minutes, puis, l'accès étant calmé, toutes les heures ou toutes les deux heures.

(*La Semaine Médicale.*)

Le foie cardiaque.

Par M. le Prof. POTAIN.

Messieurs,

Au No 1 de notre salle de femmes est couchée une malade présentant un œdème considérable des membres inférieurs ayant entraîné de l'érythème et quelques excoriations. Au moment de l'entrée, le ventre était tellement distendu par l'ascite que l'on a dû faire une ponction qui a donné issue à douze litres de liquide. L'auscultation montre l'existence, à la partie antérieure du thorax, d'un souffle indiquant une affection cardiaque : ce souffle tend à se propager vers l'aisselle, et comme, de plus, il n'y a pas de battements jugulaires, on peut admettre qu'il s'agit non d'une insuffisance tri-cuspide, mais d'une insuffisance mitrale.

Le grand volume de l'épanchement abdominal montre que le foie est atteint ; mais s'agit-il seulement d'un œdème cardiaque avec foie cardiaque ou bien est-ce l'affection hépatique qui est préexistante ? Enfin, ne peut-on pas penser que le rein est cause de tout ou au moins est atteint assez gravement ?

Nous n'avons pas à nous appuyer, pour faire le diagnostic, sur les récits que fait la malade ; en premier lieu, nous avons lieu de suspecter sa sincérité, et, de plus, quand même il n'en serait pas ainsi, le plus généralement les renseignements fournis par les patients ne peuvent nous éclairer que d'une manière très incomplète. Un examen approfondi est donc absolument nécessaire dans ce cas.

En premier lieu, il semble que l'hydropisie ait débuté par les mem-

bres inférieurs, bien qu'à ce moment le ventre ait déjà été un peu gros, et cela nous conduit à admettre une affection du cœur. L'œdème inférieur existe bien dans certaines affections hépatiques, telles que la cirrhose ; mais alors l'ascite est la première en date, puisque c'est elle qui, par la gêne qu'elle apporte à la circulation veineuse, est la cause de l'infiltration des membres. Cependant, quand l'affection est une insuffisance tricuspide accentuée, la stase sanguine entrave tellement la circulation qu'il y a rapidement un exsudat péritonéal très abondant. Chez notre malade, on doit reconnaître que l'ascite dépasse beaucoup par son abondance celle des affections cardiaques, et, du reste, le fait que le cœur est en cause n'empêche pas que le foie soit atteint ; il peut y avoir, en même temps que le foie cardiaque, une autre affection hépatique.

Il y a des cas où, lorsque le cœur retentit sur le foie, ce dernier est presque seul atteint au moment de l'asystolie ; cela se voit surtout dans l'insuffisance tricuspide. Chez quelques sujets, indépendamment de toute lésion d'orifice, il survient des dilatations droites et de l'insuffisance ; on observe alors des troubles divers du côté du foie, du gonflement et des battements. Pourquoi, dans ce cas, l'influence mécanique se localise-t-elle à l'organe hépatique ? Il semblerait que cette influence doive toujours aller des extrémités de l'appareil vasculaire vers son origine, comme cela se voit, du reste, dans un grand nombre de maladies du cœur. Cela tient à ce que, dans ces maladies, comme dans le rétrécissement mitral, par exemple, l'obstacle est continu et augmente de proche en proche ; tandis que, dans l'insuffisance tricuspide, la stase est intermittente, qu'il y a une sorte de flot en retour, une sorte de reflux passager de la colonne sanguine. La vague, qui naît au niveau du ventricule droit, va à une certaine distance et disparaît. Les parties les plus voisines qui souffrent du flot sont les veines sus-hépatiques ; elles n'ont pas de valvules et le retour du sang s'y fait facilement ; on observe alors leur dilation et bientôt celle des vaisseaux qui s'y abouchent. Le foie augmente de volume et atteint quelquefois un poids de 3 kilogrammes ; sa couleur est foncée et son bord tranchant s'émousse. À la coupe, il s'écoule beaucoup de sang, et on voit des taches brunes sur certains points, tandis qu'en d'autres endroits il y a des taches jaunes et grisâtres. Les taches brunes foncées sont formées par les veines sus-hépatiques dilatées ; les capillaires qui entourent la veine centrale sont aussi distendus, surtout ceux qui sont près de cette veine. La distension veineuse et capillaire aplatit les cellules hépatiques qui se remplissent de granulations pigmentaires, s'atrophient et finissent par disparaître. Les cellules de la périphérie du lobule sont moins atteintes, mais renferment des granulations de graisse et de pigment.

Tout cela s'observe à une époque pas trop avancée de la maladie. L'insuffisance tricuspide n'est pas nécessaire pour produire ces désordres ; un obstacle considérable à la circulation du sang entraîne des effets analogues, quoique moins intenses. Quand il y a une hypertrophie droite un peu notable, il se produit des battements hépatiques. Ainsi que je l'ai montré, il y a déjà longtemps, ils diffèrent de ceux de l'insuffisance tricuspide en ce que ces derniers se produisent au moment de la présystole ; ils sont dus, en effet, à la contraction de l'oreillette.

Quelles que soient les conditions dans lesquelles un cœur met obstacle à la circulation, le foie est loin d'être atteint dans tous les cas. Il faut d'abord tenir compte, pour expliquer les faits dans lesquels il est peu lésé, de la résistance variable des organes. Quelquefois, en effet, le foie résiste particulièrement, tandis que ce sont les poumons ou les reins qui souffrent davantage.

La glande hépatique est une immense éponge que le sang emplit presque complètement et qui subit naturellement très facilement les effets de la stase sanguine. On a parlé d'une asystolie hépatique. C'est là un léger abus de mots, car ce n'est pas le foie qui fait défaut, c'est la systole. Il n'est pas nécessaire que les cavités droites soient hypertrophiées, pour que la stase se produise dans le foie ; toute stase sanguine veineuse le distend, retentit sur lui plus qu'ailleurs. Les altérations qui peuvent l'atteindre sont quelquefois plus profondes que celles dont j'ai parlé tout à l'heure. Alors le système veineux hypertrophie sa paroi ; les capillaires qui naissent des veines sus-hépatiques s'épaississent aussi, et, au centre du lobule, on finit par ne plus trouver que la veine centrale à lacs formés par les parois veineuses et à granulations pigmentaires. Lorsque les altérations anatomiques se prononcent de plus en plus, il finit par y avoir un exsudat, une prolifération conjonctive qui se produit surtout autour de la veine centrale, cette prolifération est, du reste, peu considérable, mais achève de faire disparaître les éléments actifs de la glande. Le foie cardiaque n'est pas toujours un gros foie ; il peut être petit, rétracté, en un mot atteint de ce que l'on a appelé la cirrhose cardiaque. Même dans ce cas, ce n'est que rarement que la coupe montre de gros lobules distincts, qu'il y a des travées fibreuses volumineuses partant des veines sus-hépatiques.

Mais, dans les cas où la dilatation veineuse est considérable, l'ascite est généralement tardive ; quand elle se produit de bonne heure, qu'elle est très abondante, c'est que quelque chose s'y ajoute, qu'il y a de la cirrhose porte.

Quel est l'état du foie chez notre malade ? A-t-elle simplement une affection du foie d'origine cardiaque, ou le système-porte est-il frappé ? Cette question a une importance pratique considérable, le pronostic

étant totalement différent dans ces divers cas. On peut beaucoup améliorer l'affection hépatique d'origine cardiaque, on peut même la guérir, quand la lésion du cœur n'est que transitoire. Quand il s'agit d'une cirrhose d'origine alcoolique, la maladie peut, peut-être, s'arrêter dans son évolution ; mais il ne faut pas espérer la faire rétrocéder. La distinction n'est pas toujours facile ; cependant, on peut espérer arriver à la faire en analysant convenablement la plupart des symptômes.

Chez notre malade, le foie est très rétracté, ce qu'il a été facile de constater surtout après la ponction. En effet, quand il y a beaucoup de liquide dans l'abdomen, la percussion perd ses droits. Piorry a bien dit que la matité hépatique et que celle de l'hydropisie différaient, mais on ne peut se baser sur des différences minimes pour tracer les limites précises d'un organe. Quand l'ascite n'est pas trop volumineuse, on peut en couchant la malade à gauche, amener l'intestin du côté droit. Mais alors il y a une cause d'erreur qui tient à ce que le foie arrondi laisse passer devant lui les anses intestinales. Il vaut mieux recourir à la palpation méthodique. Lorsqu'on enfonce doucement l'extrémité des doigts dans le ventre, en les maintenant normalement à la surface, le malade n'a pas de douleur, ne rétracte pas sa paroi, et on sent une certaine résistance qui cède d'abord très facilement pour devenir ensuite de plus en plus difficile à vaincre. On commence à faire cette exploration tout à fait inférieurement et on remonte ensuite peu à peu ; bientôt, à un certain niveau, on trouve quand on commence à enfoncer les doigts, une résistance qui les arrête brusquement ; cette résistance est due au foie. Chez notre malade, cette exploration ne nous a rien donné et, à l'épigastre même, il n'y avait pas de matité. Une diminution aussi considérable de volume, que nous avons encore constatée plus facilement après l'évacuation du liquide, ne peut guère être due à la seule action du cœur sur le foie. La rate est augmentée et atteint 17 centimètres de long, ce qui va bien mieux avec l'idée d'une cirrhose vraie. On doit donc admettre, chez la malade, quelque chose autre qu'un simple foie cardiaque.

Je ne veux pas dire que le cœur ne soit pour rien dans les accidents la lésion cardiaque est certaine, quoique probablement moins accentuée qu'on ne l'avait cru d'abord. Il y a à la pointe un souffle systolique qui a un timbre égal partout et ne s'accompagne pas de pouls hépatique ; de plus, l'hypertrophie de l'organe est très médiocre.

Peut-on penser à une affection rénale primitive ? Non, car la quantité d'albumine est médiocre et l'œdème qui manque à la face est très prédominant inférieurement. Dans certains cas de mal de Bright, il y a très peu d'albumine dans l'urine, mais alors l'hypertrophie cardiaque

est notable, il y a un bruit de galop et la tension artérielle est très forte. Rien de tout cela ne se voit chez notre malade.

On doit donc admettre, dans ce cas, l'intervention d'une cause agissant directement sur le foie, et cette cause ne peut être que l'intoxication alcoolique. Cependant, quand le cœur a retenti assez longtemps sur le foie pour altérer profondément les cellules, ces dernières ne peuvent plus agir sur les substances toxiques qui partent de l'intestin et séjournent longtemps dans la glande par suite de la stase veineuse. Ces substances pourraient alors agir sur la glande pour l'altérer davantage. Ici, tout en admettant la possibilité de cette pathogénie dans certains cas, nous devons admettre l'existence de l'alcoolisme, dont la maladie présente un certain nombre de symptômes.

L'alcool, comme vous le savez, agit non seulement sur le foie, mais atteint l'économie tout entière, frappe le cœur et les reins. Un alcoolique est donc dans des conditions fâcheuses pour tolérer une affection du cœur, et un cardiaque qui devient alcoolique, court de grands dangers. Beaucoup de malades, du reste, ne croient pas faire d'excès, parce qu'ils ne se grisent pas ; leur cerveau résiste, ils ne s'aperçoivent pas qu'ils absorbent des doses beaucoup trop considérables d'alcool.

En résumé, notre malade est atteinte d'une affection cardiaque de cause inconnue et est une alcoolique de vieille date. Le pronostic, chez elle est donc très mauvais, ce que nous indique, du reste, la reproduction très rapide du liquide après la ponction. La suffocation et la gêne respiratoire nous forceront à répéter fréquemment la parenthèse de l'abdomen et l'épuisement qui en résultera pour la patiente accélérera encore la terminaison fatale.

(L'Union Médicale.)

Diphthérie et Créosote.

M. le Dr. Legroux a donné la créosote à titre préventif à des enfants opérés de trachéotomie dans le but d'éviter la broncho-pneumonie. M. Souplet, son interne à l'hôpital Trousseau, rapporte, dans la *Revue des maladies de l'Enfance*, que ce médicament était donné sous la forme suivante :

Glycérine	500 grammes
Rhum.....	100 grammes
Créosote de hêtre pur.....	10 grammes

Cette solution contient environ 1/10 gramme de créosote par cuillerée à bouche. Chez les jeunes enfants, deux cuillerées à bouche de cette solution sont facilement supportées. On peut élever progressivement la dose à quatre cuillerées à l'âge de cinq ans et à cinq ou six chez les enfants plus âgés. Les malades ont pris le médicament sans répugnance.

l'ont très rarement vomi et n'ont jamais présenté de symptômes d'intoxication, même légère.

Il est bon de commencer le traitement aussitôt que l'on soupçonne l'envahissement du larynx. Plus le malade aura pris de créosote avant l'opération, plus la muqueuse sera en état de résister à l'infection. Peut-être aussi pourra-t-on éviter la broncho-pneumonie qui accompagne si fréquemment le croup avant la trachéotomie. Dans presque tous les cas, on a en outre fait placer devant l'orifice de la canule une mince couche d'ouate imbibée de la solution suivante :

Glycérine.....	20 grammes
Alcool.....	10 grammes
Créosote.....	1 gramme

de façon à ne laisser pénétrer dans le poumon que de l'air saturé de vapeurs de créosote.

Les résultats obtenus ont été assez satisfaisants, car sur 45 traités dans ces conditions, il y eut 21 guéris et 24 morts, soit 46 0/0 de guérisons, proportion supérieure à celle qu'on obtient habituellement.

D'après l'étude des observations, il paraît probable qu'en administrant systématiquement la créosote dans tous les cas de croup, on met bien souvent obstacle à l'infection pulmonaire qui survient après la trachéotomie. Ce traitement ne paraît pas avoir d'efficacité dans le cas où la broncho-pneumonie est constituée avant l'opération. Legroux prescrit ce mode de traitement dans son service et obtient les résultats les plus satisfaisants.

L'hydrothérapie dans les fièvres éruptives.

On a reconnu que, contrairement à l'opinion ancienne, l'hydrothérapie pouvait avoir les plus grands avantages dans les fièvres éruptives. M. le Dr Louis Guinon, chef de clinique des maladies des enfants, en étudie les indications et le mode d'application dans un article de la *Revue des maladies de l'Enfance*, que nous reproduisons presque en entier, en raison de son caractère essentiellement pratique.

L'eau peut être administrée sous les formes suivantes : Le bain chaud, le bain tiède, les affusions froides, l'enveloppement froid, les lotions froides, le bain froid.

10 Le *bain chaud* s'applique sans inconvénient au début de toutes les fièvres éruptives, particulièrement de la scarlatine et de la variole (au commencement de l'éruption), dans le double but de nettoyer les teguments, de diminuer les sensations pénibles d'ardeur et de tension que donne l'éruption, quand elle se fait sur une peau épaissie et sale.

C'est sa seule indication précise ; cependant on peut l'appliquer aux

enfants du premier âge, à la période d'invasion de la maladie, quand ils sont menacés de convulsions. La température du bain est de 30 à 32 degrés, et on dure de 10 à 15 minutes et ne demande d'autres précautions qu'un prompt enveloppement dans un drap chaud qui permet de reporter l'enfant dans son lit et de l'y essuyer quand il est couché.

2° Le *bain tiède*, 25 à 30, a peu d'indications, c'est un moyen terme qui permet de préparer le malade et surtout son entourage aux bains froids.

On l'applique alors dans les mêmes circonstances que ce dernier, quand les accidents ont une intensité moyenne (TR. de 40°5, formant plateau, agitation vive, diminution exagérée de la sécrétion urinaire, sécheresse pénible de la peau. Il produit des effets moins énergiques mais suffisants cependant pour obtenir un calme relatif et la diurèse (Sevestre).

3° L'*affusion froide* est indiquée quand l'hyperthermie est considérable (40 à 41°), avec sécheresse de la peau, quand en même temps l'adynamie, le délire, la violence de l'agitation font craindre des accidents convulsifs. Cela s'observe particulièrement au début des fièvres éruptives, avant l'éruption ou pendant qu'elle se développe.

On doit la pratiquer suivant les règles exposées par Berthez et Rilliet, Trousseau : le malade étant porté nu dans une baignoire, on lui jette successivement sur le corps 3 ou 4 seaux d'eau froide. Trousseau recommande la température de 20 à 25" ; il convient, pour les enfants, de ne pas donner la première affusion au-dessous de 25" ; pour les adolescents, on peut commencer à 22" ; pour les adultes à 20 ou 18", mais il vaut mieux abaisser progressivement à chaque affusion.

4° L'*enveloppement froid* n'est applicable qu'aux enfants ; car il exige une mobilité facile du sujet, et un renouvellement fréquent. On enveloppe le malade d'un drap trempé dans l'eau à 12 ou 14° et bien exprimé, pendant 10 minutes, en ayant soin de le mettre en contact avec toutes les régions du corps, y compris les aisselles et l'espace intercrural ; puis on transporte le malade sur un autre drap préparé d'avance (Reimer). On renouvelle ce changement 3 ou 4 fois de suite ; puis après un repos de deux heures, on recommence.

L'enveloppement est calmant et légèrement antithermique ; 4 et 5 enveloppements successifs produisent des effets comparables à ceux d'un bain de 10 minutes, à la température de 20 à 22° (Liebermeister, Winternitz), mais ils ont le grave inconvénient de fatiguer et d'irriter les malades (Reimer).

5° Les *lotions froides* reconnaissent les mêmes indications que les affusions ; c'est un moyen terme. Il est facile à appliquer, beaucoup

moins pénible que les autres procédés, au point que parfois le malade les réclame.

On emploie de l'eau à 25" (Trousseau) ou mieux 20 ou 18° ; on passe rapidement sur le corps du malade, en frictionnant assez fort, une éponge ruisselante, successivement en avant et en arrière ; la lotion dure de 2 à 3 minutes. Les effets sont moins marqués que ceux des affusions, cependant la peau est moins chaude et moite ; le pouls tombe de 180 à 150 chez les enfants, de 140 à 120 d'intensité ; mais ces effets sont courts et il faut recommencer les lotions toutes les 2 ou 3 heures Steiner, pour obtenir des résultats plus intenses, recommande de frictionner le corps à l'eau vinaignée jusqu'à ce qu'il soit rouge et d'envelopper tout le tronc dans un drap froid et les membres inférieurs dans une couverture de laine chaude. Puis on enveloppe le malade d'une couverture.

6° Les *bains froids* constituent la méthode de choix dans l'hyperthermie persistante, avec tendance à l'adynamie, quand il n'existe ni cyanose, ni affaiblissement du pouls ; les complications pulmonaires, congestion et broncho-pneumonie, loin de contre indiquer leur emploi, sont favorablement influencées par eux.

La durée du bain doit être, quand il s'agit d'un enfant, d'autant plus courte que le malade est plus jeune. En général, pour l'adulte, il faut 15 minutes, car il est démontré (Liebermeister) que la soustraction de calorique du début de l'immersion est accomplie et suivie d'une production de chaleur qui arrive rapidement à la dépasser ; la température n'est définitivement abaissée que si l'on prolonge encore l'immersion (Liebermann). Il faut renouveler le bain aussitôt que les accidents reparaissent et que la température se relève : toutes les 3 heures au plus ; on cesse aussitôt que la maladie reprend son cours normal.

Le bain froid abaisse généralement la température (nous verrons plus loin que ce n'est pas constant), il aide au développement de l'éruption en provoquant secondairement une congestion cutanée, on constate presque toujours, quand il s'agit favorablement, une légère moiteur et de la polyurie.

7° Il faudrait ajouter une autre forme de balnéation ; c'est le bain *progressivement refroidis*, applicable aux enfants ; on commence par une température de 30° ou moins, puis quand le malade est immergé, on verse rapidement de l'eau froide à quelque distance du corps, en agitant, jusqu'à ce qu'on ait atteint le degré désigné ; il faut arriver rapidement à cette température minima, si l'on tient à obtenir un abaissement de température.

On peut aussi combiner les enveloppements froids avec les bains (Reimer, Fodor).

Quelle que soit la température adoptée pour le bain, il est bon, quand on traite un jeune enfant, de verser peu à peu sur la nuque, de l'eau un peu froide. *Journal de Méd. et Chir. Prat.*

Élimination des produits toxiques dans la fièvre typhoïde suivant le traitement.

—MM. les Drs Roque et Weill, médecins des hôpitaux de Lyon, publient, dans la *Revue de médecine*, un travail dans lequel ils étudient l'influence que peuvent avoir certains médicaments sur l'élimination par les reins des produits toxiques sécrétés dans la fièvre typhoïde. Il en est en effet fort intéressant de savoir quels sont les médicaments qui favorisent le plus l'élimination des produits toxiques fabriqués par les microbes dans l'organisme. Or, c'est par la toxicité urinaire que se juge l'intensité plus ou moins grande de cette élimination.

MM. Roque et Weill ont d'abord recherché, par des expériences sur les animaux, quel était le degré de toxicité urinaire dans la fièvre typhoïde abandonnée à elle-même.

Voici à cet égard, à quels résultats ils sont arrivés dans l'étude du traitement par l'expectation, par les bains froids et par l'antipyrine, médicament préconisé par M. Clément.

Dans la fièvre typhoïde abandonnée à elle-même, les produits toxiques fabriqués par le bacille et l'organisme s'éliminent en partie pendant la durée de la maladie ; le coefficient urotoxique est double du coefficient normal. Mais cette élimination est incomplète, aussi s'achève-t-elle pendant la convalescence où l'hypertoxicité urinaire subsiste quatre ou cinq semaines après la cessation de la fièvre.

Dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids, l'élimination des produits toxiques est énorme dans la période d'état de la maladie. Le coefficient urotoxique devient cinq ou six fois plus considérable qu'à l'état normal. Cette hypertoxicité décroît, à mesure que les symptômes généraux s'amendent, et que la température diminue, si bien que l'apyrexie et la convalescence survenant, l'élimination des toxines est diminuée et le coefficient redevient normal. Le bain froid est donc un traitement éliminateur. Il n'est nullement spécifique, ne gêne en rien la production des toxines, mais assure leur expulsion au fur et à mesure de leur production. (Ce fait semble expliquer la rapidité de la convalescence signalée généralement dans le traitement par les bains froids.)

Au contraire, dans la fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine, l'élimination des produits toxiques est nulle tant que durent la maladie et l'usage du médicament ; les coefficients sont mêmes tombés au-des-

sous de la normale. On pourrait donc croire qu'il s'agit là d'un antiseptique qui empêche la formation des toxines ; mais cette action antiseptique n'est qu'apparente ; car dans le cours de la convalescence, la décharge des toxines se fait brusquement à dose massive pendant une durée de cinq à sept jours. L'antipyrine n'est donc pas un antiseptique ; elle ne s'oppose pas à la fabrication des substances toxiques, mais à leur élimination.

MM. Roque et Weill ajoutent que depuis la confection de ce travail, M. Teissier a fait des recherches du même genre sur l'action du naphтол et que, d'après ses expériences, cette dernière substance serait un véritable antiseptique empêchant la production des matières toxiques pendant la maladie et la convalescence.

(Journal de Médecine et de Chirurgie Pratique.)

L'impétigo et ses localisations chez l'enfant.

—Il n'est pas rare de voir des enfants atteints d'impétigo présenter en même temps d'autres manifestations suppuratives, telles que des abcès, M. le Dr. Georges Duprey vient d'étudier ces faits dans sa thèse et il montre qu'on doit considérer comme étant de même nature que l'impétigo, les suppurations multiples que présentent les enfants en pareil cas.

La nature microbienne de l'impétigo est maintenant bien démontrée ; cette lésion est due à l'inoculation intradermique des microbes pyogènes d'origine quelconque, le plus souvent due à la pénétration des staphylocoques : c'est ce qui explique sa contagiosité, son auto-inoculabilité, ainsi que la production d'autres foyers de suppuration, chez le même individu. Ce rapport a d'ailleurs été spécialement signalé par divers auteurs, en particulier par M. Legroux, par M. Comby et par M. Sevestre, qui a attiré l'attention sur la coïncidence d'une forme de stomatite à staphylocoques avec l'impétigo.

Dans ces conditions, les causes adjuvantes jouent néanmoins un rôle important pour la dissémination de l'impétigo et des lésions qui lui sont connexes. Les vésicatoires, les affections prurigineuses sont dans ce cas. La rougeole est la maladie qui prédispose, de la façon la plus nette, les jeunes sujets aux manifestations impétigineuses, et l'impétigo, qui lui est consécutif, semble affecter une forme spéciale, se localisant de préférence aux orifices du nez, à la muqueuse du globe oculaire. La scrofule et le lymphatisme qui se rencontrent chez un si grand nombre d'enfants constituent encore une cause prédisposante.

Si l'on envisage maintenant les localisations impétigineuses dans leurs diverses manifestations, on voit que les abcès du tissu cellulaire

sous-cutané^s sont particulièrement fréquents chez les enfants atteints d'impétigo. En général, ils se montrent en assez grand nombre et par poussées successives. Ces abcès siègent sur toutes les régions du corps, mais plus souvent cependant au cuir chevelu et à la région postérieure du tronc et des membres.

Leur volume est variable, ils sont rarement plus gros néanmoins qu'un œuf de pigeon. Ceux qui se sont développés au cuir chevelu font un relief appréciable et forment de petites tumeurs fluctuantes. A la face, au front et aux membres à première vue, parfois on ne s'aperçoit pas de l'existence de l'abcès : la peau prend seulement une couleur rouge, violacée, et on n'a la sensation d'une tumeur que si l'on presse autour de cette tache de peau. Une pression un peu forte avec les doigts fait affluer le pus qui apparaît par transparence et efface la coloration rouge de la peau pendant le temps que dure la pression.

Les jeunes sujets porteurs de suppuration, de nature impétigineuse, présentent assez souvent des lésions des doigts et ces accidents affectent habituellement la forme d'une tourniole (panaris sous-épidermique, mal blanc, mal d'aventure).

Cette localisation de l'infection impétigineuse à la phalange peut évoluer de deux façons. Parfois à une excoriation succède un peu de rougeur et de gonflement, puis au bout d'un jour ou deux cette lésion presque insignifiante se termine par résolution sans qu'il se soit formé de pus. On l'observe chez les enfants porteurs de *filis* au niveau des ongles et cette forme *érythémateuse* semble due à l'inoculation des microbes pyogènes à ce niveau.

D'autres fois la tourniole suit sa marche habituelle, mais elle est ordinairement peu douloureuse et guérit en peu de jours : les manifestations sont ou contemporaines de l'impétigo, ou les précèdent.

Les accidents oculaires semblent être très fréquents chez les enfants impétigineux, ce qui ne peut surprendre, puisque l'origine microbienne des conjonctives et de kératites est admise par la plupart des auteurs. Le transport des agents pyogènes s'effectue directement par les doigts de l'enfant chargés de produits impétigineux ou le plus souvent par l'intermédiaire des voies lacrymales quand il y a des lésions suppuratives des fosses nasales.

L'accident le plus fréquent est la conjonctivite avec les caractères de a conjonctivite dite catarrhale, quoique plus accentués. L'enfant a les paupières gonflées, agglutinées le matin ; il y a une sécrétion notable de muco-pus qui s'amasse aux angles de l'œil. De plus, il y a une injection vasculaire assez intense.

La conjonctivite se complique souvent dans ces cas de kératite et

la forme qu'on observe le plus communément est la kératite phlycténulaire.

Les écoulements de pus par l'oreille sont aussi des plus communs chez les enfants affectés d'impétigo. Il en est de même des stomatites auxquelles il a été fait allusion tout à l'heure.

Enfin, au cours des manifestations impétigineuses, il n'est pas rare de voir les enfants atteints des suppurations multiples dont nous avons précédemment parlé, présenter des affections des voies respiratoires. La plupart même des jeunes sujets présentent, dans ces cas, des coryzas très tenaces et sont aussi atteints de bronchite. Sans doute des catarrhes des voies respiratoires sont communs en dehors de l'existence de l'impétigo, mais on peut se demander si, étant donnée leur fréquence spéciale chez les jeunes impetigineux, l'infection superficielle par les microbes pyogènes ne joue pas un certain rôle dans leur production.

En terminant, M. Duprey signale les rapports, qui paraissent exister entre les gourmes, c'est-à-dire l'impétigo, et l'ostéo myélite, ainsi que semblent le prouver quelques observations de M. Lannelongue.

Tous ces faits prouvent qu'il faut soigner activement l'impétigo.

Comme topique les pommades à l'oxyde de zinc, à l'acide borique, au calomel, au précipité jaune sont souvent employées.

Un moyen, qui réussit parfaitement et qui présente moins d'inconvénients que les pommades, consiste à cautériser les plaques impétigineuses dépouillées de leurs croûtes avec le crayon de nitrate d'argent. M; le docteur Legroux prescrit ce mode de traitement dans son service et obtient les résultats les plus satisfaisants. Ces mêmes cautérisations appliquées aux vésico-pustules en voie de purulence, aux petits abcès superficiels réussissent également bien.

L'emploi des bains avec le sulfate de cuivre (cinquante grammes pour une baignoire d'enfant) produit un excellent effet. A l'action modérément antiseptique de ce sel s'ajoutent ses propriétés astringentes qui exercent sur les téguments leur action tonique.

Le traitement général dans les cas d'impétigo grave, sera la plupart du temps destiné à modifier l'état lymphatique des jeunes sujets et nécessitera l'emploi des médications que l'on connaît. Mais il faut insister sur les moyens prophylactiques à employer et, au besoin, dans les agglomérations d'enfants, isoler ceux qui sont atteints.

(Journal de Méd. et Chir. Pratiques)

BULLETIN

Les médecins et l'hygiène

Ce qui s'est passé encore tout dernièrement dans cette province, à l'occasion des quelques cas de picote que nous avons eus, démontre que beaucoup de confrères ne connaissent pas les lois du Bureau Provincial sur l'hygiène et la prévention des maladies contagieuses, lois qui sont d'accord avec les progrès de la science actuelle, ou bien que ces confrères ne veulent pas mettre en pratique les connaissances qu'ils ont acquises.

Il est malheureux, mais nous sommes forcés de constater le fait, que ville de Québec n'ait pas pris pour empêcher la propagation de la variole, toutes les mesures qu'elle aurait pu prendre, et que toute la population canadienne était en droit d'exiger.

Il est vrai que le bureau provincial d'hygiène a agi avec une grande énergie ; mais tout de même nous avons eu à déplorer la perte de plusieurs vies qui eussent pu être épargnées si les autorités de Québec eussent agi à temps.

L'on accuse souvent le peuple de ne pas mettre en pratique les lois de l'hygiène, mais quand nous voyons des officiers de santé, qui devraient être les premiers à signaler le danger, se croiser les bras en face d'une épidémie menaçante, avons nous bien raison de nous en prendre au peuple.

Nous, médecins, qui avons pour mission non seulement de guérir, mais encore de préserver la population des maladies, avons nous bien le droit d'accuser ainsi le peuple. Nous tenons nous au courant des progrès de l'hygiène, recevons nous les revues hygiéniques, nous efforçons nous de répandre parmi les classes ouvrières et agricoles, les connaissances d'une saine hygiène ! Comment pouvons nous vouloir alors que le peuple mette en pratique des choses que personne ne lui a jamais enseignées.

Au lieu de nous laisser guider par une routine, dûe à l'apathie, pour ne pas dire à la paresse, mettons-nous donc, par les publications récentes, les journaux et les revues, à la hauteur de la science actuelle ; la profession y gagnera aux yeux du peuple qui se sentira protégé, et l'on ne viendra plus nous jeter à la face ce reproche sanglant mais mérité : que le taux de notre mortalité est de beaucoup plus élevé que celui d'un grand nombre de pays qui ne sont pas naturellement aussi salubres que le notre.

L'approvisionnement de l'eau chez les pauvres

Nous avons eu occasion d'aller depuis quelque temps dans plusieurs familles pauvres, qui n'avaient pas d'eau.

Dans une même cour de la rue St Dominique, nous avons rencontré un groupe de *quinze* familles, dont aucune ne pouvait recevoir l'eau de l'aqueduc. Ces familles n'avaient pas pu payer la taxe, les officiers de la Corporation étaient venus et avaient fermé les communications avec les tuyaux d'approvisionnement. Inutile de dire dans quel état de malpropreté se trouvaient ces familles.

Misère et malpropreté : sont deux grandes sources de maladie :

Nous croyons donc que le Conseil Municipal commet une faute lorsqu'il fait fermer l'eau à ceux qui ne peuvent payer la taxe.

Et d'abord, est-ce que ces gens ne peuvent payer ? ou n'y a-t-il pas plutôt une défectuosité dans notre manière de collecter la taxe de l'eau.

A la première question, nous répondons qu'il y a malheureusement des familles qui ne peuvent rien payer du tout, qui gagnent à peine le strict nécessaire en fait de nourriture et de vêtements. A ces familles nécessiteuses, le Conseil ne pourrait-il pas accorder l'eau gratuitement ; soit sur la déclaration assermentée du chef, soit sur l'affirmation du curé, du pasteur et de deux ou trois citoyens que telle famille ne peut payer l'eau. Mais nous prétendons que ces familles sont l'exception et que la plupart de nos familles pauvres, journaliers, laveuses, etc. gagnent suffisamment pour payer cette taxe.—

Il est un principe — que l'on a beau nier, mais qui n'est pas moins vrai—c'est que la *pauvreté* est *imprévoyante* ; Or tous ceux qui par leur position sont en rapport avec le pauvre, doivent compter avec cette imprévoyance.

Et c'est justement par ce point, selon nous, que pèche le système de collection de la taxe d'eau.

L'eau doit être payée une année d'avance ; la corporation envoie au pauvre un compte de quatre cinq, six, piastres et même plus,—et si ce compte n'est pas payé avant trois mois l'eau est arrêtée.—Mais le pauvre est rarement capable d'amasser un aussi fort montant quelque soit le délai que vous lui accordiez ; quand, par conséquent, vient le moment de payer, il ne peut faire face à ses affaires.

Ne vaudrait-il pas mieux établir, comme cela se fait dans d'autres pays, entre autre en France, un système de collection par petits versements mensuels ou même hebdomadaires—Il n'y a que très peu de familles qui ne puissent donner, disons cinquante centins par mois.

Et d'ailleurs l'expérience est là : Que de fois ne nous dit-on pas : Je vous paierai votre compte en entier dans tel temps. " L'espace de temps

dit s'écoule et vous ne recevez rien — Vous mettez un collecteur : et dans une même période vous retirez tout votre compte par petits montants.

Il est vrai qu'il faudrait un certain nombre de collecteurs ; mais les dépenses qu'ils occasionneraient, seraient amplement compensées, par le surplus des revenus ; et la municipalité ne se verrait pas dans la nécessité de fermer l'eau à un grand nombre de familles, qui en ont bien plus besoin que celles qui peuvent payer la taxe.

Il y a une chose certaine : en fermant l'eau, la municipalité détruit tout ce que peut faire le Bureau de Santé : la plupart des épidémies naissent de la misère et de la malpropreté.

Mariage.

A New-Haven, Conn. le 21 Décembre 1891, M. le Dr Arthur Barbault, conduisait à l'autel M^{de} veuve Dr J. B. A. Rolland, autrefois de Montréal.

La bénédiction nuptiale a été donnée dans l'Eglise St Louis. par le Révérend M. J. E. Cartier curé de l'endroit, frère de la mariée.

Les époux sont partis le même jour pour un voyage en Europe.

Naissance

En cette ville, au No. 195 $\frac{1}{2}$, rue Amherst, le 22 Décembre 1891, l'épouse du Dr. J. T. L'Ecuyer, a donné naissance à une fille : Rachel Maria, Alexina, Eva.

Nécrologie

Au moment où nous mettons sous presse nous apprenons que l'Honorable Docteur Paquet, sénateur, vient de mourir. — C'est un homme qui, sera profondément regretté. — Il était l'un des directeurs de la Gazette Médicale.

Nos médecins à Paris.

MM. les docteurs Lespérance, Faribault, Chartrand, Chevrier et Duchesnois, retour de Paris, sont arrivés. Le docteur Chevrier est reparti pour Ottawa, où il doit se livrer à la pratique de sa profession.

M. le docteur J. Lespérance a soutenu avec le plus grand succès sa thèse ayant pour titre : *Contribution à l'étude du soufite présystolique inorganique de l'insuffisance aortique*, et a été reçu docteur de la Faculté de Paris.

M. le Dr. Chartrand a fait des études spéciales sur la Chimie et la Chirurgie.

M. le Dr. Faribault s'est occupé exclusivement de Chirurgie.

Ces messieurs se fixent à Montréal. Nous souhaitons à ces savants confrères tous les succès que méritent leurs talents et leur travail.

Nous sommes heureux de compter parmi nos collaborateurs les plus distingués, MM. les docteurs Chartrand, Lespérance et Faribault.

COLLABORATEURS AU VOL. V

DE

LA GAZETTE MÉDICALE

- AUGER, Dr. L. L., (Montréal) Paris.
BARRETTE, P., M. B.
CHARTRAND, Dr. J. P. (Montréal) Paris,
FARIBAUT, Dr. G. B. (Montréal) Paris,
CRANDPRÉ Dr. L. P. de, Fall River, Mass,
HUDON-ARMAND, M. B., Hôtel Dieu, Montréal,
HINGSTON. W. L., M. D., Montréal,
LAFORREST, Dr. J., Montréal,
LAMOTHE-RAMSAY, Dr. A. C., Saint Cloud, Minn.
LAPIERRE, J. A., M. B., Montréal,
LARIN, Dr. G. E., (Montréal) Paris,
LAVAL, Dr. Melville E. de, Lake Linden, Mich.,
LEFILS, F., M. B., Montréal,
QUIMET, Dr. J. A., (Montréal) Paris,
PRUME, Jules Jehin, M. B., Montréal.

TABLE

DES

SOMMAIRES, ANNEE 1891.

JANVIER

I—Travaux Originaux—A travers les hôpitaux de Paris, par M. le Dr J. L'ESPERANCE, Montréal. Hôpital Broussais, service de M. Reclus—Basiotripsie, par M. le Dr L-L, Auger, (Paris).—De l'Appendicite, par le Dr A. C. Lamothe-Ramsay, ancien interne des hôpitaux, chirurgien en chef de l'hôpital St-Raphael, St-Cloud, Minn., U. S. A.....	23
II—Cours et Cliniques.—Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : Notes par P. Barrette, Hernie inguinale avec hydrocèle de la tunique vaginale,—Carie des os du carpe.....	23
III—Médecine.—Traitement de la diarrhée des phthisiques.—De la convalescence de la fièvre typhoïde ; Considérations sur la typhlite et la péri-typhlite, par le Professeur Peter	24
IV—Chirurgie.—Un procédé simple et facile d'extraction des polypes du nez.—Ponction hypogastrique de la vessie, par le Professeur Deneffe à l'Académie de Bruxelles.—Un nouveau procédé de sutures tendineuses.—Difformité congénitale. pouce surnuméraire.—Injections sous-cutanées de bi-chlorure de mercure dans la pustule maligne.....	27
V—Gynécologie et obstétrique,—Placenta prævia, par F. Braxton Hicks, M. D., Londres. De la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine.—Le vomissement utérin.—Réapparition des règles, puis grossesse chez une femme à laquelle on avait enlevé les deux ovaires.—Etude comparative des divers agents anesthésiques employés dans les accouchements naturels.....	32
VI—Pædiatrie.—Diagnostic de la stomatite chez les enfants.—Traitement de la diphtérie par l'iodure de potassium.—Le diabète sucré chez les enfants, par C. Stern.—L'acide sulfureux dans la coqueluche.—De l'hydrocèle des nouveaux-nés.—Nature et traitement du rachitisme.....	40
VII—Neurologie.—Traitement du vertige nerveux, par H. Leroux.....	44
VIII—Electricité Médicale.—Du courant galvanique constant en gynécologie.....	45
IX—Dispensaire de l'Asile de la Providence.—Dispensaire pour les maladies des enfants sous la direction de M. le Dr Asselin.....	47
X—Bibliographie.—Nouvelles médicales.....	48

FEVRIER

I—Travaux originaux.—Du traitement des fibromes utérins par la méthode d'Apostoli.—L'électrolyse utérine. Par le Dr Laforest de Montréal.—De la dysménorrhée, par M. E. de Laval, M. D.....	70
II—Cours et Cliniques.—Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu ? Notes par P. Barrette, Calcul vésical,—Hypertrophie de la glande thyroïde.....	70

III—Médecine.—Traitement de la dyssentéie aigue par le sel d'Epsom, par le Dr A. Leady.—Des lavements froids contre l'ictère, par le Dr Krull.—Traitement de la fièvre typhoïde par le chloroforme, par le Dr Stepd.—Traitement du rhumatisme articulaire chronique par le Dr Potain.....	79
IV—Chirurgie.—Traitement de la carie vertébrale.—Examen de l'urèthre à l'état normal.—Traitement des abcès froids et de la carie tuberculeuse par l'émulsion d'iodoforme.—Du traitement des végétations non syphilitiques des organes génitaux-externes.....	82
V—Gynécologie et obstétrique.—Utérus gravide, action du sulfate de quinine.—Traitement médical de l'endocervicite catarrhale, scarifications et topiques.—Injections sous-cutanées de caféine dans le traitement des hémorragies puerpérales.....	85
VI—Pédiatrie.—Traitement du muet chez les enfants.....	88
VII—Maladies Nerveuses.—Traitement de l'hystérie convulsive, par le Dr Pitres, professeur à la Faculté de Bordeaux.....	89
VIII—Maladies de l'oreille et du larynx.—Traitement de l'otorrhée par le tannin, par le Dr Pelati.—Accidents graves consécutifs à l'instillation de cocaïne dans la caisse du tympan, par le Dr Ficano.....	90
IX—Formulaire thérapeutique—Ipecacuanha contre l'inertie utérine.—Iodure de potassium contre l'urticaire.—Remède contre les pollutions fréquentes.—La compression élastique du corps thyroïde dans la maladie de Basedow.—Dyspepsie stomacale, par le Dr Darrié.—Injections uréthrales de salicylate de mercure dans la blennorrhagie, par le Dr Ar G. Silbermiaz.—Solution contre l'hyperhydrose, par le Dr Kaposi.—Crayons contre l'endométrite, par le Dr Terrier.—Potion calmante antihystérique, par le Drasset.....	91
X—Nouvelles médicales.....	94
XI—Naissance.....	94
XII—Bibliographie.—Publications de la maison Marcel Nierstrasz, Liège-Belgique.....	95

MARS

I.—Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet. Pied bot varus équin congénital à manifestation tardive, par le Dr G. B. Fari-bault, Paris—Corps étranger dans la vessie, par M. le Dr L. P. de Grandpré, Fall River, Mass.....	97
II.—Cours et cliniques.—Clinique chirurgicale de l'Hotel-Dieu : Notes par M. Armand Hudon, M. B. et par M. P. Barrette.....	100
III.—Médecine. La pleurésie interlobaire.—Valeur diagnostique du nombre des respirations dans les maladies pulmonaires.....	102
IV.—Thérapeutique.—Observation clinique sur l'action de la caféine de la morphine, de l'atrophine, de l'ergot et de la digitale sur la pression sanguine artérielle.—Action tonique de la caféine.—Coma diabétique ; injections intra-veineuses d'eau salée.—Salicylate de soude dans les bronchites.—Antipyrine contre les contractures tétaniques de l'utérus.—Traitement du rhumatisme articulaire chronique par M, le professeur Potain.—Traitement de la phthisie pulmonaire par le chloroforme—Traitement de l'épilepsie par l'usage combiné de l'antipyrine et du bromure d'ammonium—Le baume de copahu comme diurétique.....	108

V—Chirurgie.—Hernie inguinale étranglée.—Traitement des abcès du foie par une ouverture large	114
VI—Gynécologie et Obstétrique.—Parallèle entre les différents traitements usités dans les maladies chroniques des annexes de l'utérus.—Hémorragie des femmes en couches.—De l'ablation des annexes de l'utérus chez les nerveuses—Cancer de l'utérus, signe précoce.....	116
VII—Pædiatrie.—Hystérie infantile à forme convulsive—Traitement des convulsions chez les enfants—Traitement de la néphrite scarlatineuse	120
VIII—Neurologie.—D'une névrose peu connue des extrémités, principalement des extrémités supérieures—Convulsions idiopathiques de la langue.—De la paralysie faciale à répétition.—Un cas de cyanose hémilatéral de la face survenant à la suite d'exercices violents.—de la psychose nicotinique.—Epilepsie consécutive à la révaccination.....	126
IX Otologie, Rhinologie et Laryngologie.—Influence de la grossesse sur certaines formes de laryngite sèche.—A propos de la goutte de la gorge —Arrêt des hémorragies nasales par l'emploi de l'eau très chaude....	131
X—Dermatologie.—De la phthiriose pubienne, par M. le professeur Kournier.—Iodure de potassium dans l'urticaire.—Traitement de l'acné par l'eau chaude.....	133
XI—Formulaire thérapeutique.—Traitement des tumeurs par la pyoktanine —Remède contre l'otalgie.—Remède contre les mouches volantes qui troublent le champ visuel.....	139
XII—Communication	139
XIII—Nouvelles médicales.—Le Canada là-bas.....	141
XIV—Nécrologie	141
XV—Bibliographie.—Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles pour 1891.—Les virus.—Publication de la maison Marcel Nierstrasz, Liège Belgique.....	142

AVRIL

I—Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet. De la cure des hernies ombilicales, par M. le Dr G. B. Faribault, (Montréal) Paris.—Grossesse extra utérine, par M. le Dr L. L. Auger, (Montréal) Paris.—De la scarlatine par M. le D. M. E, de Laval, Lake Linden, Mich.....	145
II—Médecine.—Etat du cœur dans l'anémie; origine du souffle pulmonaire.—Durée de la virulence des crachats tuberculeux mêlés à des poussières de route et des poussières bacillaires chauffées.....	165
III—Thérapeutique.—Du kornys.—De quelques nouvelles médications.—Traitement des dyspepsies chronique par le message.—Traitement des sueurs profusés par l'acide camphorique et le tellurate de soude.....	167
IV—Chirurgie—Indication de l'opération des fistules à l'anus dans la phthisie —Péricardiectomie.—Quelle est la longueur de l'urèthre.—Exostoses unguéale du gros orteil droit.—Traitement des gangrènes des membres..	178
V—Gynécologie et obstétrique.—De la dysménorrhée. Son traitement.—Chloroforme contre l'albuminurie gravidique	182
VI—Pædiatrie.—Nouveaux remèdes contre la coqueluche.—La posologie du salol chez les enfants.—Traitement du croup spasmodique par l'opium..	187
VII—Toxicologie.—Un cas d'empoisonnement par la cocaïne; accidents graves. Guérison.....	188

VIII—Bibliographie.—L'art de soigner les enfants malades.—Painless Parturition.....	191
IX—Nouvelles médicales.—Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal.—Collège des médecins.—Mariage.—Aux médecins.....	192

MAI

I.—Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet. Les incisions chirurgicales du rein, par M. le Dr G. B. Faribaut, (Montréal) Paris.—Des propriétés thérapeutiques du Fichi. par M. le Dr Melleville E. de Laval, Lake Linden Mich.....	193
II—Médecine.—De la chlorose brightique, par le Dr Hays.....	203
III—Chirurgie.—Etude clinique d'un calcul vésical, par D. le professeur Guyon.—Le nitrate d'argent dans la chirurgie des voies urinaires, par Guyon.—Un cas d'extirpation d'un anévrisme poplité, par S. Kimura.....	206
IV—Gynécologie et obstétrique.—La térébenthine dans les hémorrhagies post-partum.—De l'emploi de la salicine contre les douleurs pelviennes, par Jules Chéron.—Le curettage après l'accouchement et l'avortement, par J. W. Long.....	211
V—Pédiatrie.—La polyadénite périphérique et sa valeur au point de vue du diagnostic de la tuberculose infantile, par le Dr Mirinescu.—L'Anginediphthérique et le Croup, par le Dr Berio.—Traitement du Croup spasmodique par l'opium, par Meigs.....	214
VI—Neurologie.—Parallèle des troubles oculaires dans l'ataxie, la sclérose en plaques et l'hystérie par le professeur Charcot.—Réflexe tendineux, par M. le professeur Marié.—Pommes dans le traitement de la dipsomanie.	217
VII—Otologie et Laryngologie.—Atropine dans les douleurs nocturnes d'oreilles chez les enfants, par le Dr Williams.—Névroses réflexes d'origine intra-nasale et pharyngée, par Abram Menthe poivré dans le traitement des otites moyennes chroniques suppurées—Surdité permanente causée très probablement par la quinine, par M. G. Dabney.....	227
VIII—Dermatologie.—Patogénie et traitement de la maladie de la peau dite maladie de Paget—Procédés simplifiés du traitement de la gale.....	230
IX—Formulaire thérapeutique.—Potion contre les coliques menstruelles.—Le menthol pour les mains gercées—Emplâtre de menthol.....	233
X—Bulletin.—Assemblée des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec,—Collège des pharmaciens.—Les Dentistes.—Naissance.....	234
XI—Variétés.—Action analgésique de la lumière électrique.—Deuxième Congrès pour l'étude de la tuberculose.—La population sans jambe aux Etats-Unis.—Publications de la maison Marcel Nierstratz, Liège, Belgique.....	237

JUIN

I—Travaux originaux.— Les salpingo ovarites au point de vue étiologique et anatomo pathologique, par M. le Dr G. B. Faribault, Paris.—Du purpura, par M. le Dr Melville E. de Laval, Lake Linden, Mich.....	241
II—Médecine.—Un traitement nouveau dans l'ulcère de l'estomac.—Fer en grande quantité dans l'anémie.—L'hydrastis canadensis dans la phthisie.	258

III—Chirurgie.—Transplantation de muscle.—Du traitement des contusions de l'abdomen par coup de pied cheval, par W. B. Coley.—Kyste hydatidique de la rate, traité et guéri par la laparotomie, par P. Braino.....	261
IV—Gynécologie et obstétrique.—Injections sous-cutanées de pilocarpine contre l'éclampsie post-parturiente.—Traitement médical des salpingites par le Dr Sicard.	263
V—Pédiatrie.—Sur l'action et le dosage des principaux nouveaux antipyrétiques dans la thérapeutique infantile.—Sur le traitement de l'incontinence d'urine.—Sulfonal dans un cas de trismus des nouveaux-nés.—De l'administration du mercure aux enfants syphilitiques.....	267
VI—Neurologie.—Un cas de tachycardie traité avec succès par l'électricité et la belladone à hautes doses.—Diagnostic du bégayement, par M. le Dr Cmerwin, directeur de l'Institut des bégues de Paris	272
VII—Electrothérapie.—Traitement électrolytique du Lupus, par A. Wilbur Jackson, M. D., de New-York.—Des affections du tube digestif, Dr Larat	277
VIII—Formulaire thérapeutique.—Le meilleur lavement nutritif. — Les antithermiques appliqués aux maladies de l'enfance	282
IX—Bulletin.—Nos médicaments et nos drogues.....	284
X—Variétés.—Le sport vélocipédique, Dr Maistre.—Infirmières aristocratiques.—Les femmes pharmaciennes en Russie.—La crémation à Liverpool, —Nouvelles médicales. Dispensaires de la Providence.—Naissance.—Mariage.—Bibliographie.....	285

JUILLET

Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet. Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique, par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hôtel-Dieu (Montréal) Paris.—Retrécissement du vagin, par le Dr Geo. E. Larin (Montréal) Paris.—De l'application du Forceps au détroit supérieur, par le Dr J. A. Ouimet, Paris, —Des propriétés thérapeutiques du <i>Piscidia Erythrina</i> (Jamaica Dogwood), par M. le Dr M. E. de Laval, Lake Linden.....	289
II—Médecine.—Du traitement de la chlorose.—L'iodure de potassium et la tuberculose pulmonaire.—Traitement des adénites tuberculeuses par les injections d'éther chloroformé, communication faite à la société de médecine de Paris, par M. de Pezze	315
III—Chirurgie.—Deux cas de mal perforant, par M. Déjerime.—Injections de pyocanine dans les tumeurs malignes. Société de chirurgie.)—Dissolution <i>in situ</i> des calculs biliaires à l'aide d'injections de glycérine et d'éther	323
IV—Gynécologie et obstétrique.—Rigidité anatomique de la partie antérieure de l'orifice utérin pendant le travail.—Application du forceps.—Déchirure de la lèvre antérieure. Guérison.—Epilepsie causée par l'imperforation de l'hymen.....	326
V—Pédiatrie.—Traitement de l'impétigo chez l'enfant, par M. E. Gallois.—Le sulfonal dans un cas de trismus de nouveaux-nés	328
VI—Bulletin.— <i>Esto perpetuo</i> .—Association Médicale du Canada.—Les pharmaciens.....	329

VII—Nouvelles médicales.—Société Médicale du Canada.—Naissances.— Décès.....	331
VIII—Variétés.—Les médecins chrétiens.....	332
IX—Bibliographie.—Publications de la maison Marhel Niérstrasz, Liège Belgique.....	336

AOUT

I—Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet. De l'intervention chirurgicale dans la péritonie tuberculeuse, par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hotel-Dieu (Montréal) Paris.....	337
II—Médecine.—Administration du sulfonal dissout dans l'eau bouillante ou mieux dans une infusion bouillante.—Incompatibilité du bromure et de la cocaïne.—Le cancer est-il curable par un traitement interne.—Fumée de bromhydrate d'ammoniaque dans l'asthme.—Le sel marin contre les céphalées.—De la durée du traitement de la syphilis.—Erysipèle primitif de la langue.....	342
III—Chirurgie.—Genu Valgum, son traitement par simple redressement et l'immobilisation, par le Dr Bilhaut.—Elimination des corps étrangers du nez.—L'uréthrite chronique est-elle contagieuse ? Par M. le Dr Ba- zy.—La cautérisation épidermique ponctuée ; thermo-cautère Paquelin ; crayon de Mozer ; fusain de Bouchut ; tube cautérisateur de l'auteur par M. le Dr Hamon de Fresnay.....	347
IV—Gynécologie et obstétrique.—Quelques mots sur le massage gynécologie en général.—Description de la méthode de Brandt pour le traitement du prolapsus utérin, par Jules Batuaud.—Sur l'hydrastinine et son em- ploi dans les métrorrhagies, par le Dr Falk.—Procédé d'examen pour servir au diagnostic et au traitement des affectations utérines.....	357
V—Pædiatrie.—Sur le traitement de la diphtérie.....	367
VI—Nouvelles Médicales.—Les agents du Collège des Médecins.—Société médicale du Canada.—Naissance.....	376
VII—Nécrologie.....	374
VIII—Variétés.—Les médecins chrétiens (suite et fin).....	375
IX—Bibliographie.—Pathologie et thérapeutique des maladies du système nerveux, manuel pratique à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr Hirt.—Aide-mémoire d'anatomie pathologique, etc., par le profes- seur Paul Lefort.—Vade-Mecum d'obstétrique, à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr Dührssen.....	382

SEPTEMBRE

I—Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet.—Traitement des collections purulentes du foie par incision large et antiseptique, par le Dr G. È. Faribault, ancien médecin interne de l'Hôtel-Dieu (Montréal) Paris.—Le céréus grandiflorus ; son emploi dans le traitement de certain- es affections cardiaques et autres, par le Dr Melville E. de Laval, Lake Linden, Michigan.—Clinique chirurgicale du Dr Hingston. Notes prises par M. Armand Hudon, M. B.....	385
II—Médecine.—De la tuberculose.—De l'ingestion de grandes quantités d'eau dans la fièvre typhoïde.—Injections rectales d'eau minérale contre	

la diarrhée chronique.....	394
III—Thérapeutique.—Dangers de l'emploi du salol.—Diminution de la puissance virile par l'emploi interne des antiseptiques et surtout de l'acide salicylique.—Emploi thérapeutique de l'hydrogène sulfuré.—De l'usage de la résorcine.—De l'action cardio tonique de la quinine.—Sur l'action hypnotique des poudres effervescentes.—Les Naphthols.....	397
IV—Chirurgie.—Traitement chirurgical des rétractions musculaires succédant aux contractures spasmodiques, par Terrillon, chirurgien de la Salpêtrière.—Traitement de l'orteil en marteau. Communication de M. Poilaillon, à la Société clinique ..	403
V—Gynécologie et obstétrique.—La rétroversion utérine.—Sécrétion lactée anormale.—Traitement des crampes des mollets chez les femmes enceintes.....	410
VI—Pédiatrie.—De la médecine infantile.—Difficultés du diagnostic, par le Dr Descroizilles, médecin de l'Hôpital des enfants.—Traitement de la broncho-pneumonie des enfants (Saint-Philippe).....	417
VII—Ophthalmologie, Laryngologie, Otologie.—Les amblyopies toxiques.—Contribution à l'étude de la toux auriculaire; bouchon cérumineux ayant donné lieu au faux diagnostic de tuberculose pulmonaire, par le Dr Th. Goureau.—Sur une modification nouvelle du traitement borique des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par A. Scheibe.—Deux cas de guérison de tuberculose laryngée, par Lauenburg.—Tumeur anévrysmale du rebord alvéolaire, de la voûte palatine traitée par des injections, par le Dr John S. Marshall.—Un cas d'aphonie hystérique guéri par l'application de l'électricité sur les branches musculaires de l'accessoire de Willis, par Th. Clemens.....	426
VIII—Formulaire.—Formulaire des angines.....	427
IX—Variétés.—Traitement des morphinomanes à New-York.—Un cas d'ectogardie.—Empoisonnement à bon marché.....	429
X—Bulletin.—L'hygiène dans la Province de Québec.—Nécrologie.....	431
XI—Bibliographie.—L'aide-mémoire d'anatomie pathologique.....	482

OCTOBRE

I—Travaux originaux.—Quelques notes de mon carnet. Des divers modes de traitement de l'hygroma prérotulien et en particulier du traitement par l'incision antiseptique, par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hotel-Dieu (Montréal) Paris.—De la cactine, par le Dr Melville E. de Laval, Lake Linden, Michigan.—De la rigidité du col de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par le Dr J. A. Ouimet, Paris.....	433
II—Cours et Cliniques.—Clinique du Dr Hingston, par Armand, Hudon B. M., interne de l'Hotel-Dieu.....	449
III—L'École de médecine.—Ouverture des cours à l'Hotel-Dieu.—Discours du Président et du Doyen de la Faculté.—Lettres des évêques suffragants.—Dons à l'École.—Assemblée semi-annuelle du Bureau Provincial de Médecine.—Rapport du comité de Législation Médicale.....	450
IV—Médecine.—De la pathologie des ictères graves et de leur traitement par l'essence de térébentine. — Le traitement du cœur sé-	

nile.—Vertige de Ménière.—Teinture d'iode et glycérine.—Réaction pour la recherche de la cocaïne.—Le régime lacté absolu dans le scorbut.....	469
V—Chirurgie.—Paralysie faciale consécutive à l'avulsion des dents.—L'eau chaude comme hémostatique après l'extraction des dents.—Notes sur un cas de cure radicale de cryptorchidie, par le Dr O. Laurent.—Curabilité de la péritonite post-opératoire, par M. Julien.....	474
VI—Gynécologie et Obstétrique.—Du traitement de l'endométrite par le crayon de sulfate de cuivre.—Le traitement des hémorragies internes par les applications chaudes.—Arrêt de la sécrétion lactée par l'antipyrine	478
VII—Pédiatrie.—Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique.—Traitement du coryza aigu.	479

NOVEMBRE

Travaux originaux.—De l'obstruction intestinale par calculs biliaires, par le Dr G. B. Faribault, ancien médecin interne de l'Hôtel-Dieu (Montréal), Paris.—La Diamina ou Turnera Diffsa, par le Dr Melville E. de Laval, Lake Linden, Michigan.—L'huile d'olive dans le traitement des calculs biliaires, traduction par Jos. Avila Lapierre, M. D.—Notes sur l'administration des préparations de fer par le procédé hypodermique, traduction par M. J. A. Lapierre, M. D., Montréal.....	481
II—Cours et Cliniques sous la direction des docteurs Hingston et Brunelle.—Notes par M. Armand Hudon, B. M., interne de l'hôtel-Dieu.....	499
III—Médecine.—Affections chroniques des intestins, en particulier du cancer du rectum, par M. le Prof. Dujardin-Beaumetz.—Chloroforme ; propriété antiseptiques.—L'estomac des phthisiques, par M. Marfan.....	501
IV—Chirurgie.—Emploi de la glycérine comme analgésique dans les brûlures, par M. Grigorescu.... Injections parenchymateuses d'éther iodoformé dans le goître mou.—Un mot à propos de la chirurgie du cerveau, par le Dr O. Laurent.—De la cure radicale des hernies.....	508
V—Gynécologie et obstétrique.—Troubles sympathiques du cœur dans les maladies de l'utérus.—Troubles cardiaques de la ménopause.—Un cas de curage de cavité utérine pendant la période puerpérale.—Teinture de belladone dans les premiers stades du travail.....	513
VI—Pédiatrie.—Le gros ventre chez l'enfant, par le Dr L. Baumel.—Du diagnostic de la coqueluche à la période catarrhale.....	516
VII—Bulletin.—Déontologie médicale.—Bureau des médecins. Naissances...	525
VIII—Bibliographie.—Traité pratique de matière médicale, de Thérapeutique et de Toxicologie, par M. le Dr H. E. Desrosiers, Montréal.—A Clinical Report of Operative Surgery in the service of Dr W. T. Bull at the New-York Hospital, by Dr W. B. Coley, New-York.—La Clinique Française. Programme des Cours, Paris.—De la diphtérie, par le Dr E. Rivard, Paris.....	526

DECEMBRE

I—Travaux originaux.—Trois observations d'Osteo-Arthrites tuberculeuses traitées avec succès par la méthode de M. le Professeur Lanelongue—Palper abdominal appliqué à la recherche du volume du fœtus par rapport aux dimensions du bassin.—L'accouchement ne peut avoir lieu à
--

terme.—Du <i>Viburnum Opulus</i> , par M. le Dr Melville E. de Laval, La- ke Linden.	529
II—Gors et Cliniques.—Clinique du Dr Hingston, notes par M. F. Lefils M. B.—Résection d'une moitié de la machoir inférieure. Clinique du Dr Hingston à l'Hotel-Dieu, rapportée par Jules Jobin Prume, B. M.—Cli- nique du Dr Hingston, chirurgien de l'Hotel-Dieu. Notes prises par Ar- mand Hudon, B. M., Interne de l'Hotel-Dieu.....	544
III—Revue des journaux.—Les grandes indications thérapeutiques chez l'en- fant : Leçon de M. le professeur Sevestre, à l'hôpital Trousseau.—Mix- tures chloroformée contre la laryngite striduleuse : M. Bashore.—Le foie cardiaque, par le professeur Potain.—Diphthérie et Crésote.—L'Hi- drothérapie dans les fièvres éruptives.—Elimination des produits toxi- ques dans la fièvre typhoïde suivant le traitement.—L'impétigo et ses incolisations chez l'enfant.	548
IV—Bulletin.—Les médecins et l'hygiène.—L'approvisionnement de l'eau chez les pauvres.—Mariage.—Naissance.—Nécrologie.—Nos médecins à Paris.....	564