

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CLINIQUE DE GYNÉCOLOGIE.

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal.)—M. BRENNAN, agrégé.

### Prophylaxie des maladies utérines.

*Messieurs.*—Quelques idées pratiques sur la prophylaxie des maladies utérines; la connaissance et l'application de ces principes seront d'un grand secours à la femme et dispenseront souvent des soins d'un gynécologiste. La femme doit en tous temps s'entourer de précautions hygiéniques et c'est au médecin à les lui indiquer. Il est bien entendu que toutes ces indications varieront suivant la position sociale de la femme, suivant qu'elle habite à la ville ou à la campagne, suivant son état "utérin," menstruation, grossesse, etc. Au médecin à mettre du jugement dans ces conseils et à les adapter à chaque cas en particulier.

Nos femmes de la ville sont aujourd'hui d'une constitution plus délicate qu'autrefois et, par le fait même, souffrent plus du côté de l'utérus et de ses annexes, surtout depuis que le gynécologiste est créé et a surgi.

Le développement physique approprié à chaque constitution étant quelque peu négligé dans l'éducation de nos filles, les organes pelviens se ressentent peut-être les premiers de ce défaut de vigueur générale; il faut donc prévenir les désordres qui pourraient y surgir en entourant de soins tout spéciaux ces organes.

Durant l'époque menstruelle, les organes génitaux étant plus congestionnés et plus susceptibles, il convient d'éloigner de la femme et de la jeune fille toute cause d'excitation, toute tendance érotique. Durant ce temps les précautions ordinaires doubleront. Beaucoup de lésions utérines et surtout ovariennes trouvent leur point de départ dans un écart hygiénique à l'époque menstruelle.

Dans l'éducation de la jeune fille, il faut des jeux, de la gymnastique, des occupations adaptées à chaque sujet. Une heure ou deux heures d'exercice de piano, la jeune fille assise sur un tabouret n'offrant aucun appui, ne convient pas à toutes. La machine à coudre, si utile, est cause de plus de désordres utérins qu'on ne le croit; aussi faut-il ne jamais oublier ce point dans le traitement des maladies de femmes. Nos manufactures: tabac, etc., ont aussi leurs effets nocifs. Toute personne souffrant de lésions

utérines ou pelviennes se trouve plus mal. règle générale, à la suite d'un trajet en chemin de fer ou en voiture. La marche est en somme préférable à la voiture. La danse s'élimine d'elle-même.

L'éducation morale joue un rôle très important dans la production ou la prophylaxie des désordres génitaux. La fille rendue à un certain âge doit savoir être instruite du rôle qu'elle a à jouer dans le monde; cette instruction doit lui être donnée, ce me semble, franchement, sans équivoque, par une personne compétente et chrétienne : la mère. Ainsi seraient évitées certaines excitations, certains orgasmes, réveillés par des lectures, des conversations mal comprises, etc. La vie du couvent, sédentaire et dangereuse comme elle l'est parfois, demande surveillance. Étudier l'astronomie (*sic*) aux petites heures, comme le disent quelques unes, ne produit pas la tranquillité dans l'univers pelvien. Les instruments au moyen desquels on étudie ces astres sont généralement autres que des télescopes.

Chez nos matrones posées, et chez les jeunes femmes que celles-ci cultivent, on rencontre un péché caché d'un autre genre : c'est celui de prendre en intimes, un petit "coup" de "quelque chose," généralement de *gin*, comme médicament utérin bien entendu ; ce dernier breuvage aurait une action spécifique au dire de ces bonnes personnes ! Tout médecin connaît l'influence désastreuse de l'alcool sur les organes génitaux et de l'homme et de la femme, et il doit le proscrire sans merci. Pour celui qui y regarde de près, il y a lieu d'être surpris du nombre considérable de femmes, et de *dames*, adonnées à l'alcoolisme. Il ne faut donc jamais perdre de vue la protection que l'alcool offre au développement des excès vénériens et des désordres utérins. Les chagrins prolongés auraient peut-être indirectement leur part de culpabilité.

Les trois plus grands facteurs dans la production des désordres pelviens sont le froid, les suites d'accouchement et d'avortement et la blennorrhagie. Il convient, pour parer aux impressions du froid et des changements atmosphériques sur l'utérus, etc., que la femme soit convenablement habillée. Elle doit toujours porter sur la peau un tissu qui puisse absorber les sécrétions et empêcher une évaporation trop rapide : de préférence un tissu à base de laine. Ces habits ne doivent pas être trop lâches, et couvriront tous les endroits impressionnables au froid : bras et avant-bras, haut de la poitrine et cou, jambes. Les caleçons, et ici il faut insister, doivent être des pantalons fermés. Il faut, de plus, que la femme soit convenablement chaussée : bas chauds et longs, chaussures résistantes, imperméables, et recouvertes au besoin, contre l'humidité, de galoches doublées en flanelle.

Dans tous ces habits il faut éviter l'encombrement, car le résultat serait semblable à celui que l'on obtient en s'entourant le cou de foulards, de fourrures, etc.; on prend une angine à tout propos.

Je ne ferai que rappeler à la mémoire les éternelles invectives lancées unanimement et à bon droit contre ce réparateur de la femme, cet ami des proéminences, etc., le corset. Je n'insiste pas sur les indications qu'il doit remplir pour être permmissible, elles sont trop connues. Des corsets, il en faut, mais qu'ils soient convenables. Autres sources de refroidissement: nos églises, théâtres, salles de concerts, etc. Des femmes à peine relevées des suites d'un accouchement ou étant au début de leur menstrues s'exposent ainsi tous les jours. De plus il est préférable que la femme n'aille pas nu pieds dans la maison, à moins d'être habituée de bas âge à cette pratique. Il vaut mieux pour elle mettre ses bas avant de se lever du lit et avoir à côté de celui-ci une peau ou un tapis chaud afin de ne pas produire de mauvaise impression en mettant les pieds nus le plancher.

L'accouchement, voilà le plus grand ennemi de la femme, et les éléments néfastes se réduisent à deux: un lever trop prompt et une infection septique.

S'il y avait possibilité de faire comprendre aux médecins et aux femmes l'importance d'un repos suffisant après la délivrance, afin de permettre une involution complète de l'utérus, le taux des maladies pelviennes chez la femme diminuerait presque de moitié. Je parle ici, bien entendu, surtout de nos femmes de la ville, avec leurs constitutions spéciales. Huit ou dix jours de repos ne suffisent certainement pas pour parer à une subinvolution avec toutes ses conséquences funestes. Il ne s'agit pas d'un séjour de 15 ou 20 jours au lit, mais bien d'un décubitus, et d'une exemption de fatigue qui éviterait toute traction sur les ligaments et toute entrave à la circulation pelvienne. Ce point est de première importance.

L'antisepsie, ou plutôt l'asepsie, chez les accouchées, prime par son urgence comme prophylactique de maladies ultérieures. Combien de subinvolutions, de lymphangites, de pelvipéritonites, etc., sont d'origine septiques.

L'avortement, malheureusement, est considéré par beaucoup de médecins et les femmes surtout, comme une chose insignifiante. Il n'y a cependant pas de cause plus active pour favoriser la septicémie et le développement de métrites, etc. Combien de femmes sont traitées pour le "beau mal," qui, en réalité, souffrent d'une infection septique ou d'une métrite fongueuse succédant à un avortement. Chez certaines jeunes filles, il faut user d'une extrême discrétion pour découvrir leur véritable état, et ne pas blesser leur pudeur "perdue." Ayant cette idée en vue, il y a toujours lieu de douter d'une réponse féminine. Si le médecin n'y regarde de près, dans ces circonstances, les précautions prophylactiques seront oubliées.

Combien de jeunes filles, de femmes mariées même, ici à la ville, parmi nous, sollicitent les soins et les manipulations d'un ou d'une "avorteur." J'ai connaissance personnelle de nombre de

ces cas; un entre autres, où la sage-femme consultée introduisit dans l'utérus, à deux reprises, chez elle, des bougies, et en donna deux à la jeune fille pour que celle-ci s'en servit elle-même. Conséquence, une infection septique, qui requit un curage utérin, pour éviter une terminaison mortelle. Combien de fois, après un avortement, une femme perd pendant des semaines et des semaines, et on laisse s'établir une métrite fongueuse invétérée.

Une maladie qu'il faut traiter énergiquement, et cela dès le début, sous peine de voir surgir plus tard des désordres variés et graves, c'est la blennorrhagie, si commune de nos jours. Combien de pauvres épouses souffrent des peccadilles de leurs maris. Traitez donc avec soin toute blennorrhagie, toute vaginite douteuse, toute endométrite suspecte.

Un mot, messieurs, du coït, car il est pour beaucoup dans l'hygiène de l'utérus. Je crois que l'on n'insiste pas assez sur les avantages et les désavantages de cette fonction. Tout médecin doit être à même de renseigner ses clients et clientes sur cette importante fonction, comment éviter les excès, les dangers d'un coït incomplet, insuffisant, les précautions à observer dans les cas de prédispositions à des maladies utérines ou lorsqu'il existe déjà des désordres pelviens, etc.

La masturbation, quoique ayant moins de conséquences que chez l'homme, a néanmoins une action nocive sur les organes génitaux et le système nerveux central de la femme. Les états généraux constitutionnels ne devront pas être oubliés : tuberculose, syphilis, intoxication saturnine, etc.

La constipation devra être soigneusement évitée par toute femme; la médication évacuante doit, d'un autre côté, être surveillée.

Les pessaires demandent un soin incessant lorsque l'emploi en devient nécessaire. Ce n'est pas tout de dire qu'il faut un pessaire. Il faut qu'il convienne en tous points, que l'on surveille attentivement son effet et qu'on l'enlève au premier malaise, sous peine de voir s'aggraver une maladie que l'on veut améliorer, ou se rallumer une inflammation qui s'éteint.

N'oublions pas non plus, messieurs, les lésions qui peuvent survenir—et ici le médecin est souvent en faute, sinon toujours—à la suite d'examen intempestif ou septique : doigts, instruments, etc., malpropres. Remerciez souvent une sonde utérine infectée, un examen fait mal à propos, dans la production d'une lymphangite, d'une métrite .... d'une mort... ! Les opérations sont soumises aux mêmes précautions. N'oubliez pas ces quelques notions données à la hâte; elles seront, je l'espère, d'un secours utile à vous et à vos patientes.

## LA GRIPPE A OTTAWA.

### Intermittence et périodicité de quelques accidents de la convalescence ;

par L. COYTEUX PRÉVOST, M.D.,  
Ottawa, Ont.

---

Les premiers cas d'influenza apparurent, à Ottawa, dans les derniers jours de décembre 1889.

Tant qu'ils restèrent isolés, nous crûmes n'avoir affaire qu'à de simples rhumes, mais le 6 janvier, l'épidémie éclata comme une bombe. Ce fut un véritable orage qui s'abattit sur la population dont les deux-tiers, au moins, durent payer le tribut au fléau.

Ceux qui furent assez heureux pour échapper aux atteintes d'une attaque franche ne laissèrent pas de subir, plus ou moins, l'influence de la constitution médicale que nous traversons. Bien peu purent se flatter d'avoir été complètement à l'abri des effets du poison dont l'atmosphère paraissait saturé.

Ainsi plusieurs se plaignirent d'une simple céphalalgie; quelques-uns éprouvèrent un léger coryza, ou un embarras passager des voies digestives. D'autres enfin n'accusèrent qu'un indéfinissable malaise qui, au bout de quelques jours, se dissipait spontanément.

Quant aux symptômes de l'attaque aiguë, ils offrirent bien peu de différence avec ceux qui accompagnent d'ordinaire les cas d'influenza que nous rencontrons tous les ans, l'automne et le printemps, et si ce n'eût été le caractère épidémique, personne n'aurait cru avoir affaire à une affection insidieuse.

Nous n'avons pas observé, à Ottawa, ces éruptions ni cette fréquence des douleurs localisées aux articulations qui, de l'autre côté de l'Atlantique, ont suscité de si vives discussions pour déterminer si cette pandémie était la grippe ou la dengue.

En résumé, voici par ordre de prééance les symptômes que nous avons observés : Céphalalgie, toux, inappétence, coryza, frissons, douleurs lombaires, fièvre, prostration, douleurs dans les jambes, douleurs dans le thorax, sensation générale de froid, nausées et vomissements, courbatures, constipation, douleurs dans les bras, mal à la gorge, douleurs dans le dos, oppression, douleurs dans les épaules, sueurs abondantes, douleurs dans les genoux, assourdissement, engourdissement dans les mains, photophobie, insomnie, constriction douloureuse des muscles de la poitrine, douleurs dans les pieds.

L'inflammation de poumons fut relativement fréquente, et généralement n'est pas survenue pendant la période aiguë de la

grippe, mais quelques jours ou même quelques semaines après, ou bien est apparue d'emblée sans être accompagnée des symptômes de l'influenza. J'en ai observé onze cas dont trois se sont terminés fatalement. Chez ces derniers, la pneumonie siégeait chaque fois au sommet du poumon. Dans un cas (une jeune femme de vingt ans) l'inflammation occupa simultanément les deux sommets, prit bientôt une allure foudroyante et fit périr la malade le quatrième jour.

Les deux autres furent remarquables par le délire qui, pendant la maladie, constitua le symptôme prédominant. C'était, l'un, chez une femme de 44 ans qui mourut le dixième jour (pneumonie du poumon gauche); l'autre, siégeant également au sommet du poumon gauche, survint chez un alcoolique et se termina par la mort le neuvième jour.

Un des cas les plus curieux qu'il me fut donné de rencontrer pendant l'épidémie fut celui d'un jeune *voyageur* qui prit la grippe dans les chantiers, descendit à Ottawa pour se faire soigner, et entra à l'hôpital où l'on constata la présence d'une pneumonie caractéristique du poumon droit: signes physiques ordinaires, crachats sanguinolents pathognomoniques, cycle fébrile accoutumé. Quand je le vis, vers le milieu de février, la température qui depuis quelques jours était redevenue normale, s'était élevée de nouveau. L'examen attentif de la poitrine révéla l'existence d'un épanchement purulent dans la plèvre que je ponctionnai, mais pour lequel je dus plus tard pratiquer l'opération de l'empyème.

Chez presque tous ceux qui furent atteints de la grippe, le retour des fonctions à l'état physiologique se fit plus ou moins longtemps attendre. La convalescence fut lente et tourmentée. Les uns se plaignaient d'anorexie, d'autres souffraient de douleurs mal déterminées dans le tronc, les membres. D'autres avaient conservé de leur attaque un malaise inexprimable. Mais les faits les plus remarquables qui attirèrent mon attention furent l'apparition d'accidents périodiques parfaitement marqués, survenant une, deux ou trois semaines après l'attaque d'influenza, et caractérisés tantôt par des douleurs névralgiques apparaissant tous les jours exactement à la même heure, tantôt par des phénomènes d'un autre ordre offrant également une marche franchement intermittente et laissant, dans l'intervalle de leurs manifestations, les malades dans un état de santé presque parfait. Chez tous les malades, la quinine fit disparaître les accidents d'une manière véritablement spécifique.

J'ai cru qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de porter ces faits à la connaissance du public médical et c'est ce qui m'a déterminé à rapporter brièvement les observations suivantes:

*Obs: I.*—M. C... a eu la grippe le 5 janvier. Malade pendant huit jours. Parfaitement bien jusqu'au 26. Vient me consulter le 29. Depuis trois jours, tous les matins, à 10 heures, est pris de

douleurs à la nuque et surtout dans la gorge. Les amygdales sont tuméfiées, la déglutition est difficile, douloureuse. Vers 2 à 3 heures, p. m., les souffrances se calment, et le soir, tout est rentré dans l'ordre. Le lendemain, les accidents reparaissent exactement à la même heure pour durer le même temps.

R. Sulfate de quinine : grs. V toutes les 4 heures.

Le 30 janvier. Accès à la même heure, mais moins fort. Continuer la quinine.

Le 31 janvier. Pas d'accès. Ils n'ont pas reparu depuis.

*Obs: II*—P. D... Grippe le 14 janvier. Sort trop tôt. Le 20, névralgie périodique de la cinquième paire gauche, survenant tous les jours à 9 hrs. a. m.

R. Quinine : grs. V toutes les 4 heures. Le 22. Guéri.

*Obs: III*—Dme E. McK... Grippe le 14 janvier. Malade pendant six jours. Vient me consulter le 24. Depuis plusieurs jours, souffre de névralgie trifaciale survenant tous les matins à la même heure et disparaissant complètement l'après-midi.

R. Quinine : grs. V toutes les 3 heures. Le 25. Pas d'accès. Guérie.

*Obs: IV*—E. R... 35 ans, boucher. Grippe le 16 janvier. Malade pendant huit jours. Reprend ses occupations.

Le 2 février, pneumonie droite qui le retient trois semaines au lit.

Le 14 mars, quinze jours après la guérison de sa pneumonie, est pris de douleurs névralgiques dans la tempe et la nuque, survenant tous les jours à 9 heures a. m. L'accès dure jusqu'à midi et reparait le soir à 5 heures pour disparaître de nouveau vers 10 heures. La douleur est très vive et accompagnée de contracture des muscles du cou.

R. Quinine : grs. III toutes les 3 heures.

Le 19. Accès moins fort à 9 hrs. a. m., Le soir à 4 hrs., nouvel accès accompagné de nausées et vertige. Continuer la quinine.

Le 20. Pas d'accès.

Le 21. Quelques douleurs à 9 hrs. a. m.

R. Quinine : grs. V toutes les 4 heures.

Le 22. Très bien. Continuer la quinine 3 fois par jour.

Les douleurs n'ont pas reparu.

*Obs: V*—C. L..... Grippe vers le milieu de janvier. Le 21, vient me consulter. Souffre depuis plusieurs jours d'une névralgie trifaciale survenant périodiquement à la même heure.

R. Quinine : grs. V toutes les 5 heures. ;

Le 24. N'a pas eu d'accès depuis le début du traitement.

*Obs: VI*—E. M..... Grippe le 8 janvier. Quelques symptômes de congestion pulmonaire, légèrè hémoptysie.

Le 3 février, me dit que depuis le début de sa convalescence, il souffre d'accidents singuliers se manifestant périodiquement tous les soirs à 11 heures. Pendant toute la journée, il est parfaitement bien, mais à 11 hrs. p. m., il éprouve une sensation de vide dans la tête, ainsi qu'une tendance irrésistible au sommeil. Ses mains lui paraissent grosses, tuméfiées, et sont, en même temps, le siège d'un engourdissement désagréable. Il dort mal, parle pendant son sommeil et transpire la nuit.

R. Quinine : grs. V toutes les 5 heures.

Le 7. Bien mieux ; tous les symptômes ont disparu sauf les sueurs nocturnes. Continuer le traitement.

Le 9. Tout est rentré dans l'ordre.

*Obs : VII.*—Dme M..... Grippe au commencement de janvier. Depuis le début de la convalescence, tous les jours, à 11 hrs. a. m., sensation de froid dans tout le côté gauche du corps, principalement le bras et la jambe.

R. Quinine : grs. III toutes les 4 heures.

Après deux jours de traitement, les accidents disparurent.

*Obs : VIII.*—Dlle E..... en visite à Ottawa. A eu la grippe chez elle (près Montréal) en janvier. Quelques jours après son arrivée à Ottawa, est prise de névralgie trifaciale très intense survenant périodiquement, tous les jours, à 10 hrs. a. m. et durant jusqu'au soir. Deux fois, l'accès débuta par un frisson violent suivi de sueurs abondantes.

Le 13 mars. R. Quinine : grs. III toutes les 4 heures.

Le 15. Accès à la même heure. R. Quinine : grs. V toutes les 4 heures.

Le 16. Pas d'accès. Le traitement fut continué quelques jours. Guérie.

*Obs. IX.*—A. M..... Grippe au commencement de janvier. Le 19 février, vient me consulter pour des troubles dont il souffre du côté des intestins depuis deux ou trois semaines. Deux fois par jour, périodiquement à la même heure, c'est-à-dire à 4 hrs. a. m. et à 4 hrs. p. m., il est pris de coliques intestinales accompagnées de ténésme et suivies du rejet de selles dysentériques sanguinolentes. Ces symptômes surviennent toujours le matin pendant le sommeil et, après avoir duré une heure ou deux, ils disparaissent pour revenir à 4 hrs. p. m. avec le même caractère. Je le vois à 9 hrs. a. m., il allait à son ouvrage, ne souffrait plus mais savait, disait-il, qu'à 4 hrs. p. m., il éprouverait les mêmes accidents.

Je lui ordonnai de prendre une forte dose de chlorodyne au moment de ses souffrances.

Le 20. A souffert comme à l'ordinaire, la veille à 4 hrs. p. m. et le matin même à 4 hrs. R. Quinine : grs. V toutes les 4 hrs.

Le 21. Pas d'accès ni hier, ni aujourd'hui. Ils n'ont pas reparu.

*Obs. V.*—Dme H. C..... Grippe, fin de janvier. Pendant la convalescence, névralgie trifaciale périodique survenant tous les jours à 9 hrs. a. m.

Le 19 février. R. Quinine : grs. III toutes les 3 hrs. Guérie.

*Obs. VI.*—Dme B... Grippe, milieu de janvier. Depuis le début de la convalescence, tous les soirs à 11 h. prostration, tendance à la syncope, sueurs profuses. Le 7 février. R. Quinine : grs. III toutes les 4 heures. Les accidents, qui duraient depuis 10 jours, n'ont pas reparu.

*Obs. VII.*—Dme B... Enceinte. Grippe dans les premiers jours de janvier. Accouchement prématuré à six mois. Pendant la convalescence, névralgie trifaciale périodique, intense, survenant tous les jours à 10 h a.m. R. Quinine : grs. III toutes les 3 heures. Le lendemain, l'accès n'est pas revenu.

*Obs. VIII.*—Dme L... Grippe le 7 janvier. Une semaine au lit. Quinze jours après le début de la convalescence, est prise de douleurs à la tempe et au cou survenant périodiquement tous les soirs à 5 h. et durant jusqu'au matin.

R. Quinine : gr. V toutes les 4 heures.

Guérie.

*Obs. VII.*—Dme J... 26 ans. Dit ne pas avoir eu la grippe. Souffre de dyspepsie et de dilatation de l'estomac. Le 17 mars. Depuis quinze jours, tous les matins à 5 h. est prise de fièvre ardente accompagnée de lourdeur de tête. Ces malaises l'éveillent; ils durent quelques heures et se dissipent spontanément. Tout le reste de la journée, elle se sent relativement bien. R. Quinine : grs. III toutes les 3 heures.

Le 18. Léger mouvement fébrile à 5 h. a. m.

Les 19, 20, 21. Les accidents n'ont pas reparu.

*Obs. VI.*—Petite M. P... 6 ans. A eu la grippe en janvier. Epistaxis pendant la convalescence. Il y a trois semaines, éruption scarlatiniforme (au dire de la mère). Pendant 5 à 6 jours, les bras et les jambes furent couverts de plaques rouges, tuméfiées, douloureuses. Depuis, elle est restée faible et a perdu son appétit.

Je la vois le 25 mars. Depuis trois à quatre jours, tous les soirs à 7 h., elle est prise de fièvre, céphalagie et de froid aux pieds. La fièvre dure toute la nuit pendant laquelle l'enfant a des rêvasse ries et un sommeil agité. R. Quinine : gr. II toutes les 4 hrs.

Le 26. Pas d'accès hier soir. Céphalalgie n'a pas reparu, les pieds n'étaient pas froids. Léger embarras gastrique.

R. Calomel et rhubarbe. Continuer la quinine.

Le 27. Bien mieux.

*Obs. VII.*—J. B... 38 ans. N'a pas eu la grippe en même temps que les autres. Mais dans les premiers jours de mars, il fut pris

de violente céphalalgie, de douleurs dans le cou, les lombes, les membres. Il souffrit en même temps de coryza et dut garder le lit pendant deux jours.

Le 24 mars. Sans cause appréciable, est pris, dans le genou gauche, d'une douleur vive, térébrante, se propageant à la jambe et à la cuisse. Pas de gonflement de l'articulation. Cette douleur revient périodiquement tous les jours à 4 hrs. p. m. Elle dure jusqu'au soir et après le premier sommeil disparaît complètement. Toute la journée jusqu'à 4 hrs. il est parfaitement bien.

Le 29 mars. R. Quinine : grs. V toutes les 4 heures.

Le 30 mars. Mêmes douleurs à la même heure, mais considérablement diminuées.

Le 31. Pas d'accès. Continuer quinine.

Guéri.

Deux faits me paraissent incontestablement démontrés par les observations que je vins de rapporter, à savoir : le retour franchement périodique des accidents et l'efficacité indiscutable de la quinine.

Nos connaissances sur les causes de la périodicité dans les maladies sont encore bien vagues ; la littérature médicale ne nous fournit que bien peu de matériaux sur ce sujet.

On ne songe plus aujourd'hui à réfuter les idées d'Andral et Piorry plaçant dans la rate la cause de la fièvre intermittente, ni celles de Roche ou de Bailly attribuant l'intermittence, l'un à l'alternance des nuits et des jours, l'autre à celle de la station diurne alternant avec l'attitude couchée.

Dans les cas que je viens de citer, la marche périodique des symptômes ne saurait tenir aux caractères des lésions ni à la nature de l'organe ou de la fonction atteinte, et l'épuisement fonctionnel est impuissant à expliquer une périodicité si nettement marquée, laquelle, à mon avis, ne saurait être que sous la dépendance de la spécificité de la cause.

On a donné le nom de *larvée* ou *masquée* à la fièvre intermittente qui revêt la forme d'un autre phénomène morbide : il n'y a plus alors d'accès fébriles, il y a à leur place un symptôme quelconque dont la nature est reconnue, à défaut de renseignements suffisants, d'après la périodicité et d'après l'efficacité du quinquina. Ce sont les effets de la médication et le caractère typique du symptôme qui nous permettent de juger l'origine paludéenne de ces accidents.

Les phénomènes que j'ai observés seraient-ils donc de l'impaludisme ?

Je ne vois, dans cette hypothèse, rien d'in vraisemblable : les relations de la grippe et de la malaria sont très étroites et ont été signalées par plusieurs auteurs.

Ainsi le docteur Fauconnet (*Gazette médicale de Lyon*, 1858) attribue la grippe qui règne presque tous les hivers à Lyon, aux

grands mouvements de terrain qui avaient eu lieu dans cette ville depuis quelques années. D'après lui, ces fouilles, pratiquées dans un sol riche en débris végétaux et animaux, donnent lieu à des miasmes qui sont la cause déterminante de la maladie.

À la même époque (1858) Schaerer publia dans la *Gazette de Strasbourg* un article intitulé: "La grippe ou catarrhe paludéen."

Jaecoud attribue la grippe qui s'est développée à Paris à la fin de l'hiver 1861, aux travaux considérables exécutés à cette époque dans l'enceinte de la ville.

Escherich, Stosch et Galli prétendent qu'il n'est pas rare de voir la grippe dégénérer en fièvre intermittente, et déjà, depuis longtemps, Stark avait admis une certaine affinité pathologique entre ces deux maladies.

Plus récemment, le docteur Alex. Wallace, dans une correspondance adressée au *Lancet*, fév. Jer. 1890, cite l'opinion du Dr. Wallis, de Colchester, chirurgien militaire en retraite, qui s'exprime comme suit: "L'épidémie de grippe que nous traversons est un type atténué des fièvres paludéennes si communes dans l'Inde, l'Afrique, sur les bords de la Méditerranée et aux Indes Occidentales."

Le docteur Wallace ajoute que ses deux fils, arrivés récemment d'un voyage dans l'Amérique du Sud où ils ont séjourné pendant plusieurs années, assurent que si l'épidémie actuelle était observée dans les pays tropicaux, elle serait considérée et traitée comme la malaria ordinaire de ces pays.

Ces citations me semblent suffisantes pour établir, au moins, qu'il existe un certain degré de rapprochement entre la grippe et la malaria.

Si les affections périodiques que j'ai observées sont liées à la malaria, comment pouvons nous expliquer, dans l'espace, la présence de cette dernière?

Ou bien le micro-organisme qui préside à l'impaludisme nous est venu d'ailleurs, ou bien, existant antérieurement et endémiquement à Ottawa, il a trouvé dans l'organisme préparé par la grippe un terrain devenu propre à son développement.

En faveur de la première hypothèse nous pourrions invoquer la grande diffusibilité du poison de la malaria qui souvent étend la maladie bien au delà de son foyer originel. Ce poison est constitué par un proto-organisme dont nous ne saurions désormais nier l'existence.

La doctrine parasitaire de l'impaludisme semble être, aujourd'hui, établie d'une façon absolument définitive, grâce surtout aux recherches de Laveran qui attribue la fièvre intermittente à la présence dans le sang, de corps microscopiques circulaires entrevus déjà par Marchiafava et Celli qui leur avaient donné le nom de *plasmodies*.

Ces hémoplasmodies sont de deux variétés : il en est qui sont simplement circulaires et d'autres qui présentent de longs prolongements filamenteux. La quinine fait très rapidement disparaître ces hémoplasmodies.

Or, nous ne connaissons pas encore le germe de l'influenza, quoique son existence soit plus que probable. Mais si véritablement il existe, je ne vois rien d'in vraisemblable à ce qu'il contracte avec les plasmodies de Laveran une association analogue à celle qu'il nous a été donné d'observer avec d'autres microorganismes tels que les streptocoques, staphylocoques, diplocoques, pneumocoques retrouvés par Bouchard et d'autres observateurs chez tous les grippés.

Mais alors, comment se fait-il que le microscope n'ait pas révélé plus souvent la présence de ce germe paludéen ? Comment se fait-il que des manifestations périodiques du genre de celles que j'ai citées, n'aient pas été plus souvent observées et signalées pendant la dernière épidémie ? Le germe de l'impaludisme voyageant en compagnie des microbes de la grippe, de la pneumonie, de l'érysipèle et peut être de quelques autres malfaiteurs, aurait donc choisi notre ville entre toutes les autres pour y exercer ses ravages. C'est trop d'honneur nous faire ; aussi je me range plus volontiers du côté de la seconde proposition que j'ai formulée plus haut et j'aime mieux croire que la grippe a produit dans l'organisme des individus atteints, un état de réceptivité à la faveur duquel des germes endémiques préexistants, trop peu nombreux pour donner lieu à une attaque franche de fièvres intermittentes, et même pour manifester leur présence de quelque manière que ce soit en temps ordinaire, se sont développés dans un terrain devenu favorable.

Il est vrai qu'Ottawa n'est pas considéré comme "district paludéen," mais les conditions hygiéniques dans lesquelles nous vivons n'ont pas toujours été ce qu'elles sont aujourd'hui.

Avant que la Capitale soit ce que nous la voyons actuellement : autrefois, pendant le creusement du canal Rideau à travers le vieux Bytown, les anciens certifient que les marais ne faisaient pas défaut et les fièvres intermittentes étaient, à cette époque, très communes.

D'autres localités, ordinairement à l'abri de la malaria, mais placées fortuitement dans les mêmes conditions qu'Ottawa, v. g. Lyon, Paris, Strasbourg, ont aussi été témoins d'accidents probablement de nature paludéenne dans le cours ou la convalescence de la grippe, ce qui milite en faveur de l'hypothèse que l'influenza a disposé l'organisme à recevoir des germes palustres indifférents en temps ordinaire, mais qui momentanément ont rencontré un terrain relativement propre à leur développement, et si la forme des manifestations s'est montrée fruste, larvée, le fait est dû, évidemment, au petit nombre des germes ou à la résistance de l'organisme.

L'apparition de ces accidents pulvéens dans le cas qui nous occupe serait alors en conformité avec la théorie diblastique de Nægeli qui marque l'intervention de deux microbes de nature différente pour expliquer la marche de certaines épidémies, l'un prédisposant le malade à subir l'atteinte de l'autre.

Autre hypothèse. Nous connaissons les plasmodies de Laveran. Or Klebs, de Berlin, a publié récemment le résultat de ses recherches bactériologiques dans la grippe. Il a trouvé dans le sang des grippés un hématozoaire analogue à celui décrit par Laveran dans la malaria. Dans une goutte de sang pris à la pulpe du doigt, il a vu, autour des corpuscules sanguins qui paraissaient intacts, un grand nombre de petits corps doués de mouvements rapides, très brillants. Ces corps rappellent exactement par leur grandeur, leur forme et leurs mouvements les hémoplasmodies de Laveran. Ces organismes sont des flagellés. Klebs a retrouvé ces microcytes dans le sang de tous les individus morts de l'influenza, examinés deux heures après la mort et pris dans le cœur avec toutes les précautions antiseptiques. Un grand nombre de ces organismes se rencontrent, soit autour du globule sanguin, soit dans le plan même du globule. Or, dans tous les processus morbides qui sont liés à des hématozoaires de la classe des protozoaires, on n'observe pas de fièvre continue. Ainsi la malaria, l'anémie pernicieuse où ces protozoaires existent dans le sang, présentent toutes deux ce caractère d'intermittence dans leurs manifestations, les phases aiguës du processus étant dues peut-être à une mutation des organismes intra-globulaires avec les organismes restés libres ou dehors des globules.

Ces monades décrits par Klebs n'auraient-ils pas, par hasard, avec les hématozoaires de Lawrence, quelque lien de famille qui leur permit de révéler leur présence par des manifestations analogues et qui les rendit susceptibles également d'être neutralisés par le même agent médicamenteux? Ainsi s'expliqueraient peut-être les bons effets obtenus par un grand nombre d'observateurs, au moyen de la quinine, dans le cours de la grippe, même en l'absence de tout phénomène périodique ou autre dénotant une origine palustre.

J'accorderais une valeur bien plus considérable à cette dernière supposition que les proto-organismes de Klebs ont pu être les agents producteurs des phénomènes périodiques que j'ai observés. Si la grippe était la seule maladie qui fut susceptible d'être accompagnée ou suivie de fièvres intermittentes larvées.

Il n'en est rien cependant. Ainsi, en 1887, la ville d'Ottawa fut visitée par une épidémie dont les allures singulières ne nous permirent pas alors de fixer définitivement la nature et l'origine. La marche étrange de la maladie nous fit croire à une forme pathologique hybride à laquelle nous donnâmes le nom de "typho-malaria." Les trois-quarts de la population furent

atteints par le fléau. Or, un grand nombre de malades, quelque temps après le début de la convalescence, se présentèrent à nous, affligés de manifestations périodiques absolument identiques à celles que j'ai rapportées dans ce travail, et qui se montrèrent également justiciables de l'action de la quinine. Les caractères de cette dernière épidémie, qui nous déterminèrent à accolier au mot typhoïde le nom de la malaria, constituent, pour moi, un nouvel argument en faveur de la possibilité de voir survenir des accidents d'origine palustre dans le cours de maladies sévissant dans une localité où l'impaludisme n'est cependant pas considéré comme endémique.

Ottawa, 1er mai 1890.

## REVUE DE PÆDIATRIE.

### A travers mes livres,

par Séverin LACHAPELLE, M. D.,

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

#### De l'aconit.

L'alcoolature des racines d'aconit seul peut être employée, celui des feuilles et des tiges est trop faible, comme l'aconitine elle-même est trop active.

*Dosage* : 10 gouttes d'un mélange à parties égales de teinture de belladone et d'alcoolature de racines d'aconit à prendre en deux fois : cinq gouttes le matin et cinq gouttes le soir, ou deux gouttes de deux en deux heures.

*Utilité* : Calmer et régulariser les mouvements du cœur et du thorax, diminuer la sensibilité des nerfs hyperesthésiés, amoindrir la sécrétion des bronches.

*Indications* : Dans les affections catarrhales et spasmodiques des voies respiratoires chez les enfants, les laryngites accompagnées de spasme (laryngite striduleuse ; dans les bronchites quinteuses si fréquentes au début des épidémies de rougeole, coqueluche, dans les bronchites consécutives à ces affections.

Dans l'emphysème pulmonaire, Jules Simon associe l'aconit à la digitale, à la ciguë de manière à diminuer la congestion péri-ganglionnaire et l'excitabilité du plexus cardio-pulmonaire :

(1) Voir la livraison de mars.

Alcoolature d'aconit.....	10 grammes.
Teinture de belladone.....	2 "
" de ciguë.....	1 "
" de digitale.....	0.50 centigr.

Donnez 5 à 10 gouttes matin et soir.

Dans la pneumonie, il faut s'abstenir d'aconit, se plaçant au point de vue de la prostration des forces.

Répetons ce que nous avons dit au sujet de la belladone : quand ce dernier médicament produit une trop grande excitabilité sur le cerveau, on lui associe l'aconit qui n'a pas le même inconvénient, et un peu d'elixir parégorique ou sirop de codéine qui en corrige les effets fâcheux.

Sirop de codéine.....	} à 30 gram.
Sirop de belladone .....	
Alcoolature d'aconit .....	5 à 10 gtt.

Une à deux cuillerées à thé dans la journée.

Le début des maladies chez les enfants, comme chez l'adulte, est souvent obscur, et la médication expectante s'impose au moins aussi souvent. Vous ignorez si c'est une fièvre éruptive qui va faire son apparition au deuxième tableau, vous avez pourtant comme première mise en scène un état fébrile alarmant : il faut abaisser la température n'est-ce pas, et ne pas rester spectateur indifférent ; l'aconit vous sera d'un grand secours.

C'est un antipyrétique puissant. Prenez donc une potion composée d'eau de fleur d'oranger et d'eau de laurier-cerise, ajoutez 10 à 20 gouttes d'alcoolature d'aconit et faites prendre par cuillerée à dessert d'heure en heure.

Dans les affections du cœur, l'aconit s'associe heureusement à la digitale. Souvenons-nous que Bouillaud a dit que *le cœur se prend comme une articulation dans le rhumatisme articulaire* ; l'examen du cœur doit se faire fréquemment.

Nous demandons au lecteur de se bien familiariser avec les trois médicaments que nous avons étudiés : l'opium, le belladone et l'aconit, qui régissent la thérapeutique infantile.

—Avant d'entrer en pratique, un médecin doit, s'il le peut, servir en qualité d'interne dans un hôpital, ou visiter les hôpitaux des principales villes de pays étrangers ; les connaissances variées qu'il pourra ainsi acquérir assureront davantage le succès de son début.—Dr CARHELL, in *The Physician Himself*.

Apprenez immédiatement à dépendre de vous-même, et dans ce but, ne contractez pas de société avec un autre médecin. Jules César a dit : " Je préférerais être le premier dans un village, plutôt que d'être le second dans une ville."—*Idem*.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**Ulcère simple du duodénum.**—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Une malade âgée de 46 ans, ayant eu en 1885 un vomissement de sang très abondant, suivi de douleurs abdominales persistantes, a été reprise il y a peu de temps de nouveaux vomissements analogues, mais accompagnés de toux et d'expectoration sanglante, de telle sorte qu'au premier abord, on pouvait penser plutôt à une hémoptysie qu'à une hématomérose; cependant le sang rendu était noir, le liquide qui l'accompagnait filant de telle sorte que son origine stomacale était probable; de plus, la malade, questionnée à ce point de vue, avait eu des garde-robes noires et le méléna observé bien avant l'expectation ne pouvait laisser de doute sur l'origine gastrique ou intestinale du sang ainsi rendu. Le point principal du diagnostic consistait donc dans la connaissance de son origine exacte, l'œsophage, l'estomac et le duodénum.

Le cancer ne pouvait ici guère être mis en cause, car l'état général était très bien conservé. D'autre part, diverses particularités frappaient l'attention: c'étaient surtout la conservation de l'appétit, le bon état des digestions, et l'absence de tout point douloureux xiphoidien ou rachidien. Tous ces faits devaient faire penser à un ulcère simple du duodénum, affection dont les caractères ont quelque chose de spécial et méritent de fixer l'attention à côté de l'ulcère simple de l'estomac. M. Bucquoy l'a très exactement décrite dans un travail paru en 1887.

L'ulcère du duodénum, ordinairement unique, siège presque toujours dans sa première partie avant l'insertion du canal cholédoque. Anatomiquement il ne diffère pas de l'ulcère de l'estomac et peut amener par des perforations, ou des adhérences, des complications du même genre; en outre, il peut, par un rétrécissement consécutif, former un obstacle au passage de la bile.

La symptomatologie peut rester latente pendant très longtemps et ne se manifester pour la première fois que par la gastrorrhagie. A cela s'ajoute le méléna qui a une très grande importance, mais qui malheureusement échappe bien souvent au malade; aussi faut-il attirer spécialement son attention sur ce point. Les grandes hémorrhagies appartiennent à une période tardive de la maladie; jusque là l'écoulement de sang ne produit que le méléna.

La douleur a beaucoup moins de valeur que dans l'ulcère simple de l'estomac; elle n'a pas de précision, et reste diffuse; pourtant Bucquoy affirme qu'on la fait naître en pressant le bord externe du muscle droit; cette douleur se propage dans toutes les directions; quelquefois la dyspnée est très violente et tient alors à un phénomène réflexe; mais cela ne se produit que lorsque les lésions sont encore légères; il ne faut pas oublier, en effet, que pour qu'un reflexe se produise, la surface malade doit être hyperesthésiée, mais intacte; et si cette intégrité diminue, les reflexes aussi diminuent. Ainsi les brûlures légères amènent plus de reflexes que les profondes.

Enfin l'ulcère du duodénum n'altère pas la santé générale, et cela par cette raison que les malades continuent à manger, ont de l'appétit, et digèrent souvent sans difficulté. La douleur survient seulement trois ou quatre heures après le repas.

Ces malades vomissent assez souvent, qu'ils aient ou non de la dilatation de l'estomac, mais tardivement, comme ceux qui ont une lésion du pylore.

La marche de cet ulcère est lente et irrégulière, mais on ne peut s'en faire qu'une idée très approximative, parce qu'on n'en connaît guère le début. Cette marche se fait par crise ou exacerbations; les malades paraissent guéris, puis les accidents se reproduisent à des intervalles très irréguliers; aussi faut-il beaucoup insister sur les précautions à prendre, d'autant plus que ces malades ne souffrent généralement pas beaucoup. La douleur est un indice précieux dont il faut tenir grand compte dans les règles à imposer aux malades; mais cette douleur n'existe pas toujours et c'est au milieu d'une santé en apparence parfaite qu'on voit éclater les accidents.

La guérison peut être définitive, mais le grand danger réside dans la perforation plus encore que dans l'hémorrhagie, laquelle peut affaiblir beaucoup les malades, mais entraîne rarement la mort.

Cette affection est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, contrairement à ce que l'on observe pour l'ulcère de l'estomac. L'alcoolisme joue un rôle dans son étiologie; on peut encore observer comme cause les traumatismes directs, les corps étrangers, les contusions de l'abdomen comme on l'observe pour l'estomac dans certains cas, etc. On en a vu encore chez des sujets brûlés gravement, ou atteints de lésions chroniques des vaisseaux. Le suc gastrique a aussi son importance dans ce processus, mais il peut y avoir là beaucoup d'autres éléments. Letulle a montré que l'ulcère s'observait souvent après une maladie infectieuse; on l'a vu après une affection puerpérale, etc. M. Potain croit que ces causes peuvent être multiples, et être d'origine inflammatoire, circulatoire, ou infectieuse.

Comme traitement, le régime lacté exclusif doit être prescrit à

ces malades avec obligation de le continuer fort longtemps. Les alcalins à dose modérée rendent aussi quelques services; enfin, les dérivations puissantes, comme les pointes de feu et même les cautères, ne doivent pas être négligées.—*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

**Comment on doit soigner les albuminuriques,** par le Dr LE GENDRE, in *Concours médical* (1).—Quand un individu est albuminurique par maladie chronique du rein, la tâche du médecin est assez différente, suivant que la maladie du rein est le foyer principal et le point de départ des accidents morbides, comme dans le mal de Bright, ou que la lésion rénale n'est qu'un épisode au milieu d'une maladie plus générale comme l'artério-sclérose généralisée.

L'accord n'est pas fait sans doute sur ce qu'il faut entendre exactement par mal de Bright. Cependant, peu de médecins considèrent encore cette expression comme synonyme de néphrite parenchymateuse. La plupart acceptent, comme le dit M. Dieulafoy, que tout individu qui a une lésion chronique des reins, de la glande rénale, s'opposant plus ou moins à la dépuration urinaire, est atteint de mal de Bright ou de *brightisme*. Que les lésions prédominantes soient artério-scléreuses ou épithéliales, ou même amyloïdes, quelle que soit la cause provocatrice des lésions, refroidissement, maladies infectieuses, alcoolisme, syphilis, arthritisme, tuberculose, les malades atteints de ces lésions sont des brightiques (Dieulafoy).

Quand on est atteint d'une lésion chronique du rein, on est menacé de plusieurs dangers.

Le plus grand de tous, celui qui la plupart du temps vous tue à échéance plus ou moins lointaine, c'est l'urémie, l'insuffisance de la dépuration urinaire, l'impuissance où se trouve peu à peu réduit l'organisme d'expulser par le rein en un temps donné les poisons qu'il reçoit du dehors ou fabrique pendant ce même laps de temps. C'est là ce qu'on peut appeler le *danger chimique*.

Mais il faut aussi tenir compte des dangers que j'appellerai *physiques et mécaniques*, pouvant résulter des troubles cardiaques et des hydropisies. L'hypertrophie cardiaque peut aboutir à l'asystolie, les œdèmes de l'appareil respiratoire et des centres nerveux à l'asphyxie et au coma.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que l'albuminurique est, comme le diabétique, un individu dont la résistance est amoindrie vis-à-vis des agents morbifiques, surtout des *infections parasitaires*; sur lui les microbes spécifiques, comme le bacille de la tuberculose ou le pneumocoque de la pneumonie, le streptocoque de l'érysipèle, les staphylocoques pyogènes des furoncles et des

(1) Suite. Voir la livraison de mars.

anthrax s'implantent et se développent avec plus de facilité que chez les individus sains.

Ces considérations générales permettent d'entrevoir la multiplicité des indications qui surgissent au cours des néphrites chroniques. Il faudrait beaucoup plus qu'un article de journal pour les détailler.

En premier lieu il faut placer le malade dans des conditions d'HYGIÈNE telles qu'il soit soustrait autant que possible aux causes de refroidissements : chemise et caleçon de flanelle, bas de laine, habitation sèche (pas de rez-de-chaussée, pas d'exposition aux vents du nord et de l'est).

Les stimulations cutanées au moyen de frictions sèches au gant de crin, de frictions alcooliques et térébenthinées doivent être faites deux fois par jour.

L'ALIMENTATION doit reposer sur deux principes : favoriser autant que possible l'élimination des déchets de l'organisme, faire entrer aussi peu que possible dans celui-ci les substances toxiques.

Dans les périodes de poussées congestives ou inflammatoires (hématurie, douleur lombaire, élévation du taux de l'albumine), — comme dans celle des œdèmes étendus, — c'est le régime lacté pur, rigoureux, qui est indiqué, suivant des règles qui sont connues de tous les médecins, mais qu'on oublie trop souvent d'indiquer aux malades avec assez de précision : le lait doit être pris par petites doses à la fois, fréquemment répétées et à intervalles égaux.

Il m'a toujours paru excessif et inutile d'atteindre la dose quotidienne de 4 litres indiquée par beaucoup d'auteurs : 3 litres me paraissent le maximum.

D'ailleurs il n'est pas nécessaire de continuer trop longtemps le régime lacté absolu. La période hyperémique passée, ou les œdèmes disparus, on peut instituer le régime lacté mitigé par l'addition des œufs : avec 2 litres de lait et 6 œufs cuits on peut continuer une thérapeutique efficace. Je crois que la question du prétendu danger des œufs pour les albuminuriques est jugée aujourd'hui : avec M. Bouchard, M. Dujardin-Beaumetz, avec M. Lecorché, j'admets que l'usage quotidien de quelques œufs cuits n'augmente pas la quantité d'albumine et ne nuit pas auxBrightiques.

Il est souvent plus utile pour favoriser la résorption des grands œdèmes de diminuer, pendant quelques jours seulement, la quantité du liquide ingéré par les malades, de les soumettre à un rationnement de la boisson, dont la quantité quotidienne ne doit jamais toutefois être inférieure à 800 centimètres cubes.

Après le régime du lait et des œufs, on peut faire intervenir les farines, les pâtes alimentaires, les purées de féculents, les légumes verts, les fruits, la viande blanche d'abord (poulet, veau, plus tard le porc très cuit, le mouton et le bœuf).

Les aliments d'origine animale, comme la viande et le bouillon,

doivent être permis seulement aux albuminuriques guéris, ou très améliorés. Mais la préparation des viandes doit avoir pour objectif de les débarrasser autant que possible des ptomaines par une *cuisson complète*. C'est la viande braisée pénétrée par une chaleur prolongée jusqu'en sa profondeur, qui convient; le poulet au riz, le veau à la casserole, la tête de veau, le bœuf à la mode, le jambon aux épinards ont été recommandés.

Ce qu'on n'autorisera pas, c'est l'usage de l'alcool et du vin pur. On accordera d'abord comme boisson aux repas, le lait coupé d'eau alcaline ou l'eau pure.—comme eaux minérales, celles d'Alet, d'Evian, de Contrexéville, de Soultzmat; plus tard du thé léger, de l'eau additionnée d'un peu de café, un quart de vin blanc et trois quarts d'eau.

De temps en temps on reprendra une cure de lait exclusivement pendant quelques semaines, et au moindre indice d'accidents urémiques on retirera une partie des concessions faites, en se rappelant que le bouillon, la viande sont dangereux par leur richesse en principes organiques, créatine, créatinine, leucine, etc., et que les fruits, les légumes verts sont nuisibles par leurs sels de potasse, M. Bouchard avec Felz et Ritter ayant démontré que l'intoxication par la potasse est un des coefficients importants de l'intoxication complexe dite urémique.

On veillera au bon fonctionnement de l'intestin : les grands lavements simples ou purgatifs, le sulfate de soude suffiront comme laxatifs.

Quand il y a des œdèmes, on emploie les drastiques, scammonée, jalap, mais avec ménagements.

A une certaine période, l'anémie se trouvera avantageusement combattue par quelques ferrugineux, l'iodure de fer, le quinquina, le chlorure et l'iodure de sodium à petites doses. Les iodures alcalins trouvent surtout leur emploi dans les néphrites où l'artériosclérose domine.

Le cœur et la circulation seront attentivement surveillés. dans la période d'hypertrophie cardiaque, la thérapeutique n'a guère à intervenir; mais, dès qu'on surprend les signes de la dilatation des cavités, l'insuffisance tricuspidiennne, la digitale doit intervenir non pas à petites doses longtemps continuées, mais par a-coups successifs (0 gr. 30 d'infusion de poudre de feuilles pendant trois jours de suite).

Contre les grands œdèmes des cavités viscérales (hydrothorax, ascite) il faudra quelquefois intervenir par la ponction; l'anasarque généralisée, qui ne cède pas aux diurétiques, aux purgatifs, requiert quelquefois les mouchetures des jambes avec les précautions antiseptiques les plus minutieuses (aiguille flambée ou pointe de thermo-cautère, enveloppement dans des linges imbibés d'eau boriquée ou naphtolée).

Si l'urémie survient, il faut instituer un traitement spécial dont

les détails ont été si remarquablement précisés par M. Bouchard, mais qu'on peut résumer ainsi : lait exclusif, antiseptie intestinale avec le naphthol et le salicylate ou le sous-nitrate de bismuth, grands lavements d'eau froide réitérés, inhalations d'oxygène, saignée.

M. Dieulafoy a opéré dans quelques cas la transfusion de 100 à 120 grammes de sang contre des accidents urémiques suraigus ; mais ce moyen n'est pas facile à mettre en pratique et n'a pas encore fait ses preuves suffisamment.

**De l'utilité des lavages de l'estomac dans certains cas d'anémie pernicieuse.**—Les connaissances que nous possédons actuellement sur l'anémie pernicieuse sont si incomplètes encore, qu'il n'est guère possible de se faire une conception tant soit peu juste de cette maladie. Il semble que sous la dénomination d'anémie pernicieuse on décrive aujourd'hui des affections d'origine et de nature très différentes les unes des autres, mais qui cependant ont des allures cliniques assez fréquemment identiques. Un fait intéressant d'anémie pernicieuse guérie par des lavages stomacaux, a été récemment rapporté par le Dr Meyer, privatdocent à Zurich ; il s'agissait d'une femme qui, quelques jours après son accouchement, présentait tous les symptômes décrits comme classiques de l'anémie pernicieuse : pâleur extrême des téguments et des muqueuses sans amaigrissement notable, souffles cardiaques et vasculaires, élévation de la température à 38° et 39°6, etc.; la maladie avait débuté, dans les dernières semaines de la grossesse, par des douleurs à l'épigastre très accusées, par des vomissements alimentaires ; en outre, l'appétit avait entièrement disparu et fréquemment les selles étaient diarrhéiques et d'odeur fétide.

Cette malade, examinée quelques jours après l'accouchement, fut d'abord considérée comme atteinte d'anémie hémorrhagique ; mais le traitement institué n'ayant déterminé aucune amélioration et, d'autre part, la faiblesse augmentant et les symptômes s'aggravant, on pensa à une anémie pernicieuse, d'autant plus que l'examen ophtalmologique révéla des hémorrhagies rétinienne et que l'examen du sang démontra la pauvreté de ce liquide en globules rouges ; ceux-ci étaient, en outre, déformés et à côté d'eux on trouvait une notable quantité de microcytes. C'est alors que le docteur Meyer, tenant compte de la prédominance des phénomènes gastriques, eût l'idée de recourir aux lavages stomacaux ; très rapidement les symptômes s'améliorèrent et la guérison survint complète après un temps relativement court.

Pareil fait suivi du même résultat avait été signalé, il y a deux ans, par le docteur Sandoz, (de la Chaux-de-Fonds). Il semble que, dans ces divers cas, il se soit produit une véritable auto-intoxication due à des fermentations d'origine gastrique ou intestinale.

Dans toute anémie pernicieuse, l'examen attentif des fonctions

digestives est donc chose de grande importance, car, dans certains cas, on trouvera peut être une indication thérapeutique d'une utilité d'autant plus grande que l'anémie pernicieuse a été toujours considérée comme se terminant habituellement par une issue fatale.

**Des expectorations fétides.**—“ Ainsi que le dit M. Bouchut, dans son “Traité de séméiologie,” l'odeur des crachats est ordinairement fade dans la bronchite ordinaire, mais elle est quelquefois très fétide, alliée, gangréneuse dans les cas de catarrhe pulmonaire avec stomatite, ou lorsqu'il y a gangrène des poumons. Ce serait cependant un tort de considérer comme un indice certain de la gangrène des poumons, l'odeur gangréneuse des matières expectorées, ce qu'ont fait Briquet et Lasèque. En effet, comme l'a démontré Empis, des bronchites avec dilatation des bronches, —fait démontré par les autopsies—peuvent donner lieu à une expectoration ayant l'odeur gangréneuse.”

M. le Dr LEJEUNE vient de publier sur ce sujet un travail dans lequel il démontre que l'expectoration fétide apparaît dans la majorité des cas chez des sujets débilités, —que la stagnation des liquides dans une cavité du poumon ou au voisinage est une condition presque indispensable à la fétidité, —que l'odeur tient à la formation de corps volatils développés sous l'influence d'une sorte de germination de micro-organismes, —que ces malades peuvent mourir par septicémie, si les micro-organismes passent dans la circulation, —et enfin que l'examen des crachats permet souvent de faire un diagnostic certain.

L'étude microscopique des crachats comprend deux parties : 1<sup>o</sup> Les éléments figurés qui se trouvent dans le liquide, ainsi que les débris de tissus qui s'y rencontrent ; 2<sup>o</sup> l'énumération des micro-organismes qui s'y développent.

Il y a peu de choses à dire de la partie liquide des crachats : mais ce sont des globules blancs, des granulations grasseuses et des globules rouges qui sont les corpuscules formant la majeure partie de la portion solide des expectorations fétides.

Cette fétidité se manifeste dans plusieurs conditions précédemment citées. M. Lejeune y ajoute encore les suivantes : ulcérations dans l'arbre bronchique, produites par des gaz irritants, présence d'un corps étranger dans les voies aériennes, certaines pleurésies métapneumoniques, kystes hydatiques du poumon, embolies pulmonaires, bronchites putrides consécutives à des maladies infectieuses, tuberculose.

De l'étude étiologique que fait M. Lejeune, il résulte, d'une façon générale, que les expectorations fétides se montrent dans la gangrène pulmonaire, quelle que soit sa cause, pourvu que le foyer s'ouvre dans les bronches et dans les affections suppuratives qui permettent aux sécrétions de séjourner dans la poitrine au contact de l'air. Pour que cette stagnation qui permet au

liquides de se putréfier se produise, deux conditions sont nécessaires. D'abord la déclivité du réservoir, ne permettant pas l'écoulement constant du contenu, ensuite la diminution ou la perte de sensibilité des bronches. Dans de telles conditions, le réflexe de la toux ne se produit plus et les crachats peuvent rester au contact de l'air pendant un temps fort long. C'est ce qui se rencontre dans la pleurésie purulente et dans la bronchite chronique avec dilatation des bronches.—*Paris médical.*

### De la conduite à tenir dans les états congestifs du cerveau.

—L'indication thérapeutique est double, dit M. HUCHARD :

1o Il faut d'abord prescrire avant l'hémorrhagie une médication capable d'abaisser la tension artérielle, puisque l'augmentation de celle-ci est la cause principale de la rupture vasculaire. Or, parmi les médicaments, il en est un qui a pour effet d'abaisser la tension vasculaire et modifier l'état des parois artérielles, c'est l'iodure de potassium ;

2o Immédiatement après l'hémorrhagie, il y a lieu de provoquer la vaso-contraction pour arrêter les progrès de cette hémorrhagie. Parmi les médicaments, il en est un qui est spécialement doué de cette propriété, c'est l'ergot de seigle, ou plutôt l'ergotine ou mieux encore l'ergotinine en injections sous-cutanées (1 milligramme d'ergotinine correspond à un gramme d'ergot de seigle.)

On peut pratiquer de une à quatre injections par jour avec la solution ainsi formulée par Tanret :

Ergotinine.....	1 cent.
Acide lactique.....	2 —
Eau de laurier-cerise. . . . .	10 gr.

Le contenu d'une seringue de Pravaz est donc d'un milligramme d'ergotinine.—*Revue générale de clinique et de thérapeutique.*

**Guérison des névralgies du trijumeau.**—Le docteur LESLIE relate, dans *Edinburgh Medical Journal*, de nombreuses observations sur le traitement des névralgies faciales et des odontalgies. Il n'aurait eu que deux échecs. Le moyen est des plus simples. On fait priser au malade une pincée de chlorure de sodium, *vulgo* sel de cuisine, par la narine correspondante ou, ce qui est mieux, on lui insuffle dans la narine du sel finement pulvérisé ; au moment de l'insufflation on recommande au malade de faire une forte inspiration nasale. Il y aurait là, dit l'auteur anglais, une action inhibitoire sur les nerfs souffrants.—*Union médicale du Nord-Est.*

—Choisissez un endroit convenable et gardez-le longtemps, si toutefois vous en partez, que ce soit pour le mieux. La réputation s'acquiert lentement, chaque déplacement éloigne quelques clients, exige un nouveau travail, et fait croire au public que l'insuccès en est le motif.—Dr CATHELL, in *The Physician Himself.*

## CHIRURGIE.

**Technique du cathétérisme de l'urèthre.**—Le professeur Guyon donne des conseils très pratiques sur le cathétérisme de l'urèthre qu'il définit : une opération ayant pour but de conduire à travers l'urèthre un instrument de forme et de consistance appropriés que l'on veut faire pénétrer dans la vessie.

Cette traversée, courte et simple chez la femme, est complexe et longue chez l'homme : c'est surtout pour pratiquer le cathétérisme chez ce dernier qu'il importe de se conformer à certains principes

Le cathétérisme doit se faire comme un toucher ; or, lorsqu'on introduit un doigt dans un conduit quelconque, c'est avec la pulpe que l'on reconnaît les différentes parties que l'on veut examiner. De même, lorsqu'on fait le cathétérisme, c'est avec l'extrémité de l'instrument, quelle que soit d'ailleurs la forme de cet instrument, que l'on reconnaît la voie à parcourir. De telle sorte que, si l'on veut convenablement opérer, il faut recueillir attentivement toutes les sensations que donne l'extrémité de l'instrument dans le voyage qu'elle accomplit.

D'autre part, il faut s'attacher à savoir quelles sont les régions de l'urèthre avec lesquelles on se trouve en contact. Ceci a une importance majeure. Lorsqu'on passe de l'urèthre antérieur dans l'urèthre profond, l'opérateur a toujours une sensation de résistance ; le malade éprouve toujours un sentiment presque douloureux, en tout cas beaucoup plus vif que dans tout autre moment du cathétérisme. Un autre moyen, c'est la palpation. On n'a qu'à toucher l'urèthre dans toute son étendue et l'on reconnaît bientôt l'extrémité de l'instrument.

Enfin il faut faire le cathétérisme avec les deux mains ; le rôle de la main droite est de conduire l'instrument et d'agir par propulsion sur cet instrument ; la main gauche vient à son secours en préparant la voie par la façon dont elle agit sur la verge, par la manière dont elle dispose l'urèthre. Il faut que la main droite puisse toujours n'agir qu'au minimum, qu'elle ne développe aucune espèce de force. C'est le rôle de la main gauche de le lui permettre.

Voyons maintenant comment on doit faire le cathétérisme au moyen des divers instruments qui servent à cette manœuvre. Lorsqu'on se sert d'un instrument souple, cet instrument est conduit par les parois de l'urèthre, surtout par la paroi inférieure, bien plus que par la main : or la paroi inférieure étant distensible et dépressible, elle peut se plisser devant l'extrémité de l'instrument.

ment et lui faire obstacle en la coiffant. Aussi faut-il glisser sur elle, sans appuyer : pour cela, la main gauche cherche à diminuer la dépressibilité de la paroi inférieure, en tirant sur la verge, en l'amenant vers la paroi abdominale dans la direction de l'ombilic. Il faut simuler grossièrement l'érection qui est la position où la paroi inférieure est le plus tendue.

Lorsqu'on se sert d'instrument rigide, ce n'est plus le canal qui va maintenant conduire l'instrument, c'est la main ou plutôt ce sont les deux mains. On peut alors diviser le cathétérisme en plusieurs temps : le premier a pour but de parcourir tout l'urèthre antérieur ; le second, d'entrer dans l'urèthre postérieur ; le troisième de parcourir cet urèthre postérieur. La manœuvre diffère suivant qu'on se sert d'instruments coudés ou d'instruments courbes.

Avec un instrument coudé, il faut le présenter à l'urèthre suivant son axe transversal : on augmente ainsi la tension de la paroi inférieure. L'instrument est donc dirigé perpendiculairement au pli de l'aîne et on le fait glisser jusqu'à ce qu'il arrive au fond de la portion membraneuse. On est arrêté à ce moment, mais il faut se garder de faire un effort. Avec la main gauche on augmente la tension de la verge et on la couche davantage sur l'abdomen. L'instrument, seulement soutenu par la main droite, mais que la main gauche dirige par l'intermédiaire de la verge, se présente à la portion membraneuse et la plupart du temps y pénètre de lui-même. Le premier temps s'achève par une sensation de pénétration, et cette sensation a pour résultat de permettre d'abaisser le pavillon de la sonde ou de le voir s'abaisser de lui-même. Le second temps est déjà accompli.

Il faut maintenant compléter la pénétration de l'instrument qui n'a plus qu'une courte étape à parcourir pour être dans la vessie. C'est encore la main gauche qui facilitera la pénétration et peut même la compléter par une manœuvre qui consiste à placer la main à plat au devant du pubis et à abaisser jusqu'au-dessous de l'arcade la racine de la verge. Ce troisième temps du cathétérisme peut être très facile ou vraiment difficile, suivant les sujets. Lorsque la prostate est normale, le deuxième et le troisième temps se confondent. Lorsque la prostate est déformée et amplifiée, on se trouve en présence de plus grandes difficultés ; il est donc fort important de nettement séparer ce troisième temps du deuxième.

Il n'en est pas de même lorsqu'on se sert d'un instrument courbe ; la manœuvre est plus simple ; la difficulté est de pénétrer dans la portion membraneuse surtout quand on se sert d'instruments à grandes courbures. On place d'abord le cathéter parallèlement au pli de l'aîne pour commencer ; puis, lorsqu'on a ainsi chaussé l'instrument sur l'urèthre à une certaine profondeur, on le ramène sur la ligne médiane, en tendant la verge sur l'ins-

trument ou en faisant agir la main gauche. La direction que l'on donne à l'instrument ne dépend pas seulement de sa forme, mais aussi de l'action de la main gauche. Si l'on ne tend pas fortement la verge contre la paroi abdominale et si l'on ne réduit pas les efforts de la main droite au minimum, on n'obtient aucun résultat ou on blesse plus ou moins l'urèthre; on peut même faire fausse route.

C'est donc la main gauche qui prépare l'entrée de l'instrument dans la portion membraneuse et qui supprime bien des dangers. On ne peut jamais faire de mal à un malade en lui tendant la verge, ni en l'abaissant fortement, tandis qu'on pourrait le blesser cruellement si on voulait d'autorité passer avec la main droite.

Donc dans le cathétérisme, on peut user de la force, mais avec la main gauche seulement et jamais en se servant de la main qui tient l'instrument.—*Concours médical.*

**Traitement du bubon.**—M. CORDIER, chirurgien en chef de l'Antiquaille, publie, dans le *Lyon médical*, sa méthode de traitement du bubon. Que ce soit un bubon simplement inflammatoire ou un bubon chancreux, M. Cordier se comporte de la même façon. Il ponctionne le plus tôt possible, au risque de ne pas trouver de pus. Sans exercer de pression, il injecte 1 centimètre cube de la solution au 1-50<sup>me</sup> de nitrate d'argent. On fait un pansement à l'iodoforme et on applique un spica.

Si le pus est déjà collecté en assez grande abondance, on fait écouler la première injection et on en abandonne une seconde dans la cavité. La suppuration continue pendant trois ou quatre jours et l'orifice se ferme. On est assuré d'obtenir ainsi une guérison très rapide qui n'est jamais suivie de lésion cicatricielle.

**De la dysurie sénile.**—Clinique de le professeur Daniel MOLLIERE, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.—Quand un homme d'un certain âge, qui a toujours joui d'une bonne santé, commence à éprouver des difficultés dans l'émission des urines, il faut porter un pronostic grave. S'il s'agit d'un homme très âgé, le pronostic est encore plus sombre, il est presque fatal. L'homme qui s'est toujours bien porté, qui a vieilli, meurt par sa vessie. C'est ce qu'ont à juste raison répété nombre de chirurgiens de longue expérience. C'est à nous de les faire mentir.

Jusqu'ici, quand entre dans mon service de chirurgie un vieillard qui se plaint de ne pouvoir uriner, on nous dit: "C'est un *prostatique*." C'est contre cette dénomination que je tiens à m'élever aujourd'hui (en examinant avec vous le No 5 de la salle Saint-Louis, qui est entré dans notre service pour une rétention d'urine), car on en a singulièrement abusé. De là la plus déplorable des thérapeutiques dans nombre de cas.

Nous désignerons sous le nom de *dysurie sénile* les accidents que nous allons décrire :

Un mala le se présente avec une vessie distendue. Il n'a pas de fièvre et souffre beaucoup. Il ne peut absolument pas émettre une goutte d'urine. Ces accidents datent de la veille. Il nous affirme qu'il s'est toujours très bien porté.— Quand la vessie a été évacuée par un des moyens dont nous allons parler tout à l'heure, ce vieillard se souvient que depuis un certain temps, *il urinait beaucoup, plus souvent qu'autrefois, surtout quand il passait d'un repos relatif au travail.*

Les besoins d'uriner en pareil cas sont impérieux, et l'urine qui est émise sans trop de difficulté et seulement au prix de quelques efforts est peu abondante, quelquefois un peu trouble.

Les malades dont nous parlons redoutent les courses en voiture. Ils ne montent en chemin de fer qu'avec une certaine appréhension. Mais néanmoins leur vie est si supportable qu'au moment des grands accidents de rétention ils ne parlent que de leur excellente santé ordinaire. Ils avouent aussi que la veille de leur malheur ils ont commis un petit excès de régime. Ils ont bu de vieux vins ou mangé des mets de haut goût.

La production des accidents s'est faite *brusquement*, elle a été *absolue*, elle a été précédée par une certaine période de pollakiurie. Voilà ce que nous avons à retenir.

Si l'on veut chez ces malades pratiquer le toucher rectal, soit pour guider une sonde, soit pour explorer l'état de la prostate on sent une tumeur au niveau de cet organe. Mais elle est tellement douloureuse qu'il est difficile de la limiter nettement. Si le patient, qu'on n'ose pas endormir, a le courage de supporter l'exploration, on ne perçoit qu'une tuméfaction diffuse et volumineuse. Souvent, le plus souvent même, le toucher rectal ne donne que des résultats absolument négatifs. Mais il y a toujours douleur et douleur très vive.

Ce n'est donc pas une prostate hypertrophiée et scléreuse que vous sentirez, c'est une tumeur molle. C'est qu'en pareille occurrence la rétention d'urine, la dysurie reconnaît pour cause une lésion veineuse, une congestion des plexus *vésico-prostatiques*, comparable de tous points avec les hémorroïdes enflammées ou hyperhémiques. Aussi, les anciens avaient-ils inscrit le mot d'*hémorroïdes vésicales*.

C'est sous l'influence d'un écart de régime, qui a rendu *plus irritantes* les propriétés de l'urine, que se produit cette congestion. La constipation peut aussi jouer le même rôle. En comprimant les veines de l'extrémité inférieure du rectum, les matières fécales accumulées peuvent faire refluer le sang dans les plexus vésicaux.

Je vous entends formuler des objections anatomiques à la théorie que je vous expose. Malheureusement, les veines des vieillards dans le petit bassin présentent de nombreuses anomalies de par leurs dilatations pathologiques. C'est ce dont je me suis rendu compte en pratiquant des injections coagulantes sur

des cadavres de vieillards. C'est un dédale inextricable que le système veineux pelvien chez ces sujets. Bref, la dilatation des veines du col vésical empêche l'urine de s'écouler. Le malade souffre alors très vivement.

Examinons quelles sont les causes de ces douleurs :

1<sup>o</sup> Les malades souffrent parce que la vessie est distendue. Ce n'est qu'avec difficulté que l'on peut apprécier son volume par le palper abdominal.

2<sup>o</sup> Ils souffrent parce que l'urine qu'ils ne peuvent rendre est de nature irritante. C'est la cause principale des douleurs. Ceci est si vrai, qu'il y a une maladie dans laquelle on observe aussi la rétention d'urine chez les vieillards et qui n'est pas douloureuse: c'est la *polyurie essentielle*. Dans cette affection dont vous connaissez tous le redoutable pronostic chez les vieillards, les organes uréthraux et vésicaux sont sains, mais la quantité d'urine aqueuse est tellement énorme et si brusquement sécrétée, qu'il y a paralysie de la vessie et abaissement de son col: de là rétention. Les malades n'accusent aucune douleur; leur vessie distendue peut être palpée et explorée sans peine; c'est son volume qui attire l'attention des malades, plus encore que leur rétention d'urine.

3<sup>o</sup> Enfin, troisième cause des douleurs: il y a des ténésmes du côté du rectum et des faux besoins comme chez les calculeux.

Les douleurs et la rétention elle-même sont causes de rétention. En effet, la vessie distendue est abaissée et son bas-fond est dévié en bas vers l'anus, de telle sorte que les contractions vésicales ne font qu'obturer le col. On se rend compte de ce mécanisme de la rétention dans certains cas.

Chez un malade, par exemple, on ne peut faire le cathétérisme: on évacue la vessie par ponction et immédiatement après on peut introduire la sonde sans difficulté.

La dysurie sénile qui se produit brusquement et qui est précédée par la pollakiurie est donc le signe d'une affection des veines vésico-prostatiques et non d'une hypertrophie de la prostate.

Aussi, comment va se terminer la scène pathologique? Comment vont mourir ces patients si nous ne pouvons venir à leur secours, ou si nous y venons intempestivement? Ils mourront par cystite et phlébite infectieuses. Aussi, les accidents se précipiteront-ils avec une effroyable rapidité.

Combien différents sont les symptômes de l'hypertrophie de la prostate. Examinons la période de début. Le vrai prostatique s'aperçoit tout d'abord que sa chemise est mouillée, que ses pantalons sont tachés légèrement. Il perd ses urines goutte par goutte pendant la nuit. Quand il se lève le matin, il rend beaucoup d'urine, mais il lui faut pour cela prendre certaines positions que je ne saurais vous décrire aujourd'hui. Il ne souffre pas, mais il ne vide pas sa vessie complètement. C'est qu'au début il

ya déformation du col vésical plutôt qu'oblitération et le sphincter ne peut plus agir. Plus tard les fibres vésicales sont également désinsérées avant d'être atrophiées. Quand l'urine stagne ainsi dans la vessie il y a cystite, mais la phlébite est moins imminente et moins foudroyante qu'en cas de dysurie veineuse. Le traitement chirurgical est donc beaucoup moins dangereux.

Mais laissons de côté cette question de l'hypertrophie de la prostate. Signalons que, d'une part, nous avons affaire à une lésion aiguë, relativement guérissable, mais rapidement mortelle, précédée par des *envies d'uriner* fréquentes et impérieuses, comme signe prémonitoire; que de l'autre, nous avons affaire à une lésion essentiellement chronique, justifiable de moyens d'une efficacité douteuse et précédée par de l'*incontinence* d'urine comme symptôme prémonitoire. Ceci posé, abordons la question de thérapeutique.

Il faut tout d'abord *évacuer la vessie*. On sonde le malade. Vous trouverez dans tous les classiques le manuel opératoire du cathétérisme. On vous indique quel choix vous devez faire pour les sondes des vieillards (sondes à double béquille).—Quand on confondait la dysurie sénile avec l'hypertrophie de la prostate on se servait trop de sondes métalliques. Dans l'espèce, c'est un instrument déplorable, car la sonde doit cheminer au milieu de plexus veineux distendus, enflammés, prêts à se rompre. Il faut donc n'avoir que des instruments extrêmement doux, mousses, incapables de nuire ou de produire des déchirures.

Ce cathétérisme doit être fait dans des conditions d'*asepsie absolue*. Les germes les plus inoffensifs peuvent faire fermenter l'urine qui devient alors toxique.

Si le cathétérisme n'est pas très facile, surtout si, à une première tentative, il amène un peu de sang, il est contre-indiqué, momentanément tout au moins. On y doit substituer la ponction hypogastrique pratiquée à l'aide d'une fine aiguille, le n° 1 de l'appareil de Dieulafoy. Cette ponction, faite suivant les règles de l'antisepsie, est d'une innocuité absolue. Une fois l'évacuation faite et le malade soulagé, nous attendrons. Un bain, un lavement rendront de grands services. Nous disons un *grand bain* et non un bain de siège chaud qui pourrait augmenter la congestion pelvienne. Souvent, dès le lendemain le cours des urines se rétablira spontanément. Alors nous interdirons l'ingestion des liquides irritants et nous examinerons les urines. Souvent la déchéance de l'urée nous révélera une néphrite chronique. Mais ce qu'il faut voir surtout, c'est s'il y a neutralité ou alcalinité des urines, si elles contiennent du pus. Alors il faut autant que possible éviter le cathétérisme, car chaque fois que l'on touche au col de la vessie, on risque de blesser les veines et d'amener des accidents de phlébite infectieuse. Rien n'est plus dangereux que ce cathétérisme.

Mais alors comment pratiquer les lavages de la vessie? On aura recours aux boissons abondantes qui agiront par leur masse ou par les principes actifs qu'elles contiennent: le goudron, la terpine (0.30, 0.40), l'acide benzoïque (3 à 4 grammes); les eaux minérales d'Évian ou de Contrexéville, la tisane de bourgeons de sapin, etc. Ce traitement par les boissons abondantes est un vrai lavage de la vessie qui soulage les douleurs des urines rares.—On combattra les ténésmes par des piqûres de morphine et d'atropine.

Vous voyez combien cette pratique est différente de celle qui était encore classique il y a vingt ans et que beaucoup préconisent encore. On sevrerait les pauvres malades de toute boisson. On ne leur accordait que le minimum de liquide possible, pour diminuer les besoins d'uriner et l'on n'arrivait qu'à les multiplier. Cette hydrurie artificielle doit donc primer au point de vue de l'hygiène vésicale tous les autres traitements.

La sonde, avons-nous dit, doit autant que possible être rejetée; mais dans quelques cas, heureusement rares, il faut intervenir. Au début, on peut laver avec succès une vessie infectée quand le cathétérisme est facile et non douloureux, en faisant en même temps le traitement hygiénique sus-indiqué. Il suffit d'un très petit nombre de lavages. Mais parfois les phénomènes infectieux et les douleurs vives sont tels qu'il faut en venir à une opération sanglante. C'est dans ces circonstances que l'on a pratiqué souvent avec succès: la taille blanche, la ponction hypogastrique avec trocart permanent, la *cystotomie* de mon collègue A. Poncet dont l'avenir jugera la valeur.—*Lyon médical.*

**De l'ostéite déformante de Paget**, par M. le docteur THIBIERGE.—L'affection que sir James Paget a décrite en 1876, sous le nom d'*ostéite déformante*, est encore peu connue en France: on doit donc être reconnaissant à M. le docteur Thibierge d'en avoir repris l'étude et d'avoir ajouter à la description remarquable qu'en avait faite Paget quelques traits qu'en rendront certainement le diagnostic plus facile.

Un malade atteint depuis un certain temps déjà d'ostéite déformante présente un crâne volumineux qui déborde de toutes parts les os de la face et donne au sujet un aspect grotesque. La tête est penchée en avant, le menton arrive presque au niveau du sternum.

Le malade marche les membres inférieurs écartés et décrivant une courbure à concavité interne, ce qui, joint à une courbure rachidienne, diminue sa taille. Les bras sont trop longs et, par suite de la projection des épaules en avant, ils viennent se placer au devant des genoux. Le thorax est aplati latéralement: les côtes ankylo-ées ne participent plus à la respiration. L'abdomen court et large déborde les côtes; le bassin est élargi; le grand tron-

chanter est porté en dehors; le corps du fémur est augmenté de volume et courbé en dehors. Le tibia présente une déformation à peu près constante; sa face interne est élargie, arrondie, quelque fois mamelonnée: la crête est transformée en une sorte de longue arête mousse; le bord antérieur présente une courbe à concavité externe et antérieur au lieu d'une courbe en S. Le péroné présente des déviations analogues.

Parmi les os supérieurs, plus rarement altérés, le plus fréquemment atteint est la clavicle qui est augmentée dans toutes ses dimensions. Les os des mains et des pieds, les os de la face (sauf parfois le maxillaire inférieur) ne sont pas touchés.

A un degré avancé, les jambes finissent par se croiser en forme d'X et le malade ne peut plus marcher. Son état général reste cependant bon, et ses facultés intellectuelles sont intactes.

Dans certains cas l'évolution de l'affection s'accompagne de douleurs dans les membres atteints, simulant parfois les douleurs fulgurantes. Quand l'élément douloureux existe, l'attention est éveillée et le diagnostic de l'ostéite déformante peut être fait de bonne heure. Mais généralement ce n'est que tardivement, quand la maladie est bien caractérisée, qu'elle est reconnue.

Une fois établie, l'ostéite déformante progresse sans s'arrêter, et l'envahissement est relativement symétrique. La durée de la maladie est toujours longue; l'affection se termine fréquemment par des tumeurs malignes.

Le diagnostic doit être fait avec l'acromégalie, qui se caractérise par le développement excessif des mains, des pieds, du maxillaire inférieur, tandis que les transformations des os longs manquent. L'ostéite déformante doit encore être distinguée des différentes hyperostoses consécutives à la syphilis, à l'éléphantiasis, à l'ostéomyélite chronique.

Au point de vue microscopique la lésion consiste en un mélange d'ostéite raréfiante et d'ostéite formatrice.

L'étiologie de cette affection est inconnue. Son histoire clinique montre qu'il s'agit d'une maladie du système osseux ou plutôt d'une maladie générale, relevant d'un trouble nutritif général, d'origine indéterminée.

La déformation spéciale des os atteints, la marche progressive des symptômes, la fréquence de la terminaison par les tumeurs malignes font de l'ostéite déformante une maladie spéciale qu'il sera cependant impossible de classer tant qu'on n'en aura pas déterminé la nature intime.—*Bulletin médical.*

—Fixez votre résidence dans un quartier populeux, sur une rue fréquentée, ou en voie de le devenir, ne vous établissez pas dans une rue obscure ou éloignée des habitations, le public croira que vous êtes timoré ou apathique, que vous manquez d'enthousiasme et d'esprit d'entreprise.—Dr CATHELL, in *The Physician Himself.*

## OBSTETRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

---

**De la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine.**—La mort du fœtus est un accident qu'il n'est point très rare d'observer dans le cours de la grossesse. Dans un certain nombre de cas, lorsque le fœtus est mort, le travail ne tarde pas à se déclarer et l'utérus se débarrasse du produit de conception et des annexes.

Il n'en est pas toujours ainsi: le fœtus mort peut être retenu pendant un certain temps dans la cavité utérine. Quelles sont les modifications que subissent alors le fœtus et les différentes parties constituant de l'œuf? A quels signes peut-on reconnaître la rétention du fœtus mort dans la cavité utérine? Quelle est la conduite à tenir? Ce sont ces différentes questions qu'étudie le Dr. PINARD dans une revue très intéressante.

Les phénomènes observés chez le fœtus mort dans la cavité utérine varient suivant l'âge auquel la mort vient frapper le fœtus. Lorsque l'embryon succombe pendant les deux ou trois premiers mois de la vie intra-utérine, il se *dissout*, ce qui s'explique par suite de la composition chimique du corps de l'embryon qui est surtout formé d'eau. Le temps nécessaire pour que cette dissolution s'opère est court dans les premières semaines, plus long dans le deuxième mois. Le liquide amniotique est plus épais et d'apparence plus louche, quelquefois laiteuse. Au moment de l'expulsion de l'œuf, on ne trouve plus de traces du fœtus: d'où les dénominations *d'œufs clairs*, *d'œufs vides*, *de faux germes*.

Pendant la deuxième période de la vie intra-utérine le fœtus mort subit des altérations qui ont été fort bien décrites par Lempereur: "le fœtus, plongé dans le liquide amniotique comme un fruit dans une liqueur, y éprouve quelques-uns des changements qu'on observe dans ce dernier cas. Les tissus encore mous se concentrent, se resserrent, se condensent; ils diminuent de volume, se réduisent à une couche plus mince se raccourcissent en un mot: d'où les dénominations *d'atrophie*, *momification* ou *dessiccation du fœtus*. Le fœtus prend une coloration terreuse grise, jaunâtre et terne. Le liquide amniotique terreux, épais, finit par disparaître en déposant sur le fœtus un sédiment analogue au dépôt des eaux débordées."

La *macération* est l'altération du fœtus la plus fréquemment observée: elle se produit presque constamment quand le fœtus est frappé de mort, depuis le cinquième mois jusque vers la fin de la grossesse. Sous l'influence de l'eau et de la chaleur seulement, la décomposition est lente, elle évolue sans production de gaz, d'odeur, de teinte verte cadavérique: elle ne retient en aucune

façon sur l'organisme maternel. Le corps du fœtus macéré semble ramolli en entier et s'affaisse sur lui-même; tous les tissus sont infiltrés, imbibés par une sérosité rougeâtre qui les teint en rouge brun plus ou moins foncé. La peau est brunâtre, rouge ou parcheminée, tantôt couverte de phlyctènes, tantôt dépouillée de son épiderme, selon la durée plus ou moins longue de la macération. La tête est plus ou moins déformée, les os du crâne chevauchent les uns sur les autres. Le ventre aplati, élargi, est déjeté latéralement. Le thorax a perdu sa voussure normale. Le liquide amniotique est rosé.

La putréfaction ou décomposition putride du fœtus ne s'observe que quand l'œuf est en communication directe avec l'air, par suite de la rupture des membranes; elle est plus rapide lorsque la rupture des membranes se fait après la mort du fœtus; elle est d'autant plus rapide que la mort remonte à une époque plus éloignée. Les altérations dans la putréfaction portent à la fois sur la consistance des tissus, leur couleur, leur odeur; par suite de l'infiltration gazeuse, tous les tissus crépitent et les différentes parties du corps acquièrent rapidement des proportions énormes. Une teinte livide et verdâtre se montre sur les téguments et une odeur d'une fétidité épouvantable se répand. C'est alors qu'on voit se développer la physométrie.

Quelles sont les modifications que subit l'organisme maternel lorsque le fœtus meurt pendant la grossesse? Tant que l'œuf est intact, il ne se produit aucun symptôme morbide chez la mère, quelle que soit la durée de la rétention: on observe chez la femme la cessation des phénomènes dits sympathiques de la grossesse; puis se montrent, d'une façon plus ou moins accusée, suivant l'âge de la grossesse, l'affaïssissement du ventre et le gonflement des seins. Cette fluxion mammaire apparaît du deuxième au quatrième jour après la mort du fœtus.

M. Pinard étudie ensuite les sensations fournies par le palper qui diffèrent un peu suivant l'époque de la grossesse à laquelle est survenu cet accident: pendant la première moitié de la grossesse, ces sensations sont parfois un peu vagues. Tantôt l'utérus est perçu difficilement et on a la plus grande peine à en apprécier le contenu; tantôt, au contraire, l'utérus se reconnaît facilement et se présente sous la forme d'un globe constamment dur; la contraction est alors permanente et l'expulsion ne doit guère tarder. Tantôt enfin l'utérus forme une tumeur molle, élastique, qui se contracte de temps à autre sous la main. Ces renseignements que fournit le palper sont d'autant plus importants que, dans ces circonstances, l'auscultation ne donne que des renseignements négatifs et que le toucher ne renseigne guère; car si la rétention du fœtus a été longue, le ramollissement du col peut avoir disparu pour faire place à la consistance du col à l'état de vacuité.

Lorsque le fœtus est mort pendant la seconde moitié de la gros-

sesse, le palper permet le plus souvent de percevoir, non seulement les modifications de forme, de volume de l'utérus, mais encore d'apprécier l'état du fœtus.

Dans les premiers jours qui suivent la mort du fœtus, les sensations sont sensiblement les mêmes que quand le fœtus est vivant : on ne constate que l'absence des mouvements actifs. Peu à peu les parties fœtales sont moins nettement perçues ; leur résistance, leur tonicité s'affaiblissent graduellement. La tête perd ses caractères ; la régularité de la forme, la résistance s'affaiblissent, puis disparaissent. Quelquefois la pression exercée par le doigt au niveau des os de la voûte détermine des sensations de crépitation osseuse, due au chevauchement et au frottement des os les uns sur les autres. Le siège, tout en perdant de sa consistance, conserve pendant longtemps une certaine résistance.

Lorsque l'œuf est ouvert, les germes du dehors produisent rapidement la putréfaction du fœtus ; l'organisme maternel ne tarde pas à être profondément influencé, on observe tous les symptômes généraux et locaux de l'infection putride (frisson, fièvre, etc.) En même temps les liquides et les gaz qui s'échappent des organes génitaux ont une odeur de plus en plus infecte.

Quant à la conduite à tenir, elle diffère, d'après M. Pinard, suivant que l'on se trouve en présence d'une des quatre éventualités suivantes :

1o *Le fœtus est mort, l'œuf est intact, il n'y a pas de début de travail.*

L'expectation doit être absolue : toute intervention ayant pour but de faire naître les contractions efficaces est mauvaise et dangereuse. Le fœtus étant mort, l'œuf n'est expulsé que lorsqu'il est devenu corps étranger. Essayer de provoquer le travail, c'est exposer la femme à ce que les membranes se rompent, et par conséquent à tous les dangers de la putréfaction du fœtus.

Bien qu'il soit impossible de savoir quand aura lieu l'expulsion, il faut se contenter d'un traitement prophylactique et rendre le vagin aseptique : pour cela des irrigations vaginales anti-septiques seront faites deux fois par jour, soit avec les sels de mercure (biiodure ou bichlorure), soit de préférence avec le naphthol ou l'acide phénique. Si la femme est albuminurique (on observe fréquemment la mort et la rétention du fœtus chez les albuminuriques), M. Pinard conseille de ne jamais employer, même une seule fois, soit le biiodure, soit le bichlorure de mercure ; ces substances sont dangereuses chez les albuminuriques.

2o *Le fœtus est mort, l'œuf intact, il y a début de travail.* Il faut tout faire pour rendre l'antisepsie aussi sévère que possible et pour éviter la rupture prématurée des membranes : il faut donc s'abstenir autant que possible du toucher, ou tout au moins ne le pratiquer qu'avec prudence dans l'intervalle des contractions. Pour hâter le travail, les irrigations chaudes sont seules employées.

De plus, au moment de la délivrance, il faut être plus sobre que jamais de tractions intempestives, et si le décollement tarde à se faire; on répète les injections intra-utérines toutes les demi-heures: si, malgré ces moyens, le placenta reste adhérent, on pratique la délivrance artificielle, non pas avec les instruments, mais avec les doigts ou la main.

30 *Le fœtus est mort, l'œuf ouvert, il n'y a pas de début de travail.* Il ne faut pas attendre le début des accidents pour intervenir: il faut provoquer le travail et, en quelques heures, en se servant du ballon Champetier de Ribes, la dilatation est suffisante pour permettre l'expulsion ou l'extraction.

40 *Le fœtus est mort, l'œuf est ouvert, il y a début de travail.* Il faut accélérer autant que possible le travail, c'est-à-dire pratiquer des injections antiseptiques vaginales ou intra-utérines; si elles sont insuffisantes, si des phénomènes de putréfaction s'observent, on a recours au ballon Champetier du Ribes pour hâter la dilatation.—*Concours médical.*

**De la laparotomie dans l'accouchement.**—Un chirurgien anglais,—dont les travaux ont toujours quelque chose d'un peu osé,—M. Lawson Tait, a fait récemment une leçon sur l'intervention chirurgicale dans les accouchements qui ne peuvent se terminer spontanément, soit à cause de malformation fœtale, soit à cause de difformités maternelles qui sont le plus souvent la cause de l'impossibilité ou de la difficulté de l'accouchement.

Laissant de côté ce qui a trait au cancer de l'utérus, aux tumeurs de l'utérus ou des ovaires, voyons comment Lawson Tait envisage l'intervention dans les rétrécissements du bassin: si le diagnostic de la malformation a été fait de bonne heure, on peut tenter l'accouchement prématuré qui se termine généralement d'une manière favorable pour la mère, mais l'enfant est sacrifié dans la moitié des cas (?). Si l'accouchement n'a pas été provoqué prématurément, on n'a plus qu'à choisir entre deux partis: broyer l'enfant ou l'extraire par la laparotomie. Lawson Tait s'élève contre la craniotomie, qu'il considère comme une opération horrible et repoussante, comme une opération longue produisant des dégâts du côté des organes maternels et donnant une mortalité de 20 0/0 (?) au moins.

Aussi Lawson Tait pense-t-il que, lorsqu'une opération mutilatrice est indiquée, il ne faut pas hésiter à recourir de préférence à la laparotomie qui est plus facile et qui n'expose pas la mère à de plus grands risques, à des risques moindres même, puisque, d'après Lawson Tait, l'opération de Porro qu'il préconise ne donne qu'une mortalité de 5 à 6 0/0. Le chirurgien anglais va même jusqu'à proposer cette opération dans les cas de placenta prævia!

Les arguments abondent contre une telle manière de voir: il n'est pas admissible que la craniotomie ou la basiotripsie ne donne

pas une mortalité moindre que l'opération de Porro, si ces opérations sont pratiquées convenablement. D'autre part, la manière de faire de Lawson Tait est un peu contradictoire : c'est pour sauver la vie d'un enfant qu'il pratique l'ablation de l'utérus et il met la mère dans l'impossibilité de devenir enceinte une seconde fois. Prenons un exemple : une primipare a un rétrécissement de 7 à 8 centimètres : d'après Lawson Tait, pour avoir l'enfant vivant, on enlève l'utérus ; en France, on sacrifie l'enfant, il est vrai, lorsqu'on échoue par le forceps ou la version, mais lors des grossesses ultérieures, cette femme pourra accoucher d'enfants vivants—et qui vivront—grâce aux moyens perfectionnés que nous employons pour provoquer l'accouchement d'une part et pour soigner les enfants nés prématurément.

Si les accoucheurs français sont peut-être un peu parcimonieux de l'opération césarienne, il n'est pas moins vrai que c'est un honneur pour l'école à laquelle nous appartenons, d'avoir montré quels succès on peut obtenir à l'aide de moyens moins radicaux,—mais plus sûrs que la laparotomie et l'ablation de l'utérus. Il est vrai qu'on nous ignore aussi bien au delà de la Manche qu'au delà du Rhin ; le travail de Lawson Tait en est une preuve de plus.—*Concours médical*

**Traitement de la toux utérine.**—Le traitement ci-dessous n'est applicable que lorsqu'il s'agit de toux purement réflexe existant isolément ou s'accompagnant de troubles vertigineux et de céphalalgie et n'étant liée, en aucune façon, à une affection de l'appareil respiratoire.

L'association des propriétés antispasmodiques des dérivés de la valériane avec la quinine peut rendre, contre cette toux, de grands services. On peut formuler le valérianate de quinine en solution ou en pilule. En solution, quelques gynécologistes l'associent à la décoction de café noir.

*Potion au valérianate de quinine.*—On administre une, deux, ou trois grandes cuillerées de cette potion après le repas :

Valérianate de quinine .....	1 gr.
Infusions de café noir.....	130 gr.
Sirop simple.....	40 gr.

*Pilules au valérianate de quinine.*—On prescrit une de ces pilules après chaque repas :

Valérianate de quinine.....	1 gr.
Extrait de quinquina.....	2 gr.

Divisez en dix pilules semblables.—*Bulletin médical.*

**Pigmentation de la grossesse.**—En général, les troubles de pigmentation ne se montrent chez les femmes enceintes que sur

le visage sous forme de masque ou chloasma, et sur la ligne blanche abdominale qui devient brune. M. TARNIER vient d'observer un cas où la femme, arrivée au terme d'une grossesse normale, porte sur la poitrine, les cuisses et le ventre des taches disséminées, de dimensions variant entre 50 centimes et 1 franc. Ces taches sont brunâtres, et la peau intermédiaire plus pâle qu'à l'état normal. Cette dyschromie est donc bien due à une inégale répartition du pigment normal. Cette femme a eu une éruption analogue dans une grossesse précédente; les taches ont commencé avec la gestation pour disparaître aussitôt après l'accouchement. — *Concours médical.*

**Manière de faciliter le cathétérisme chez la femme.** — Après un accouchement laborieux, une dame de 26 ans, ayant présenté une inflammation très-vive des organes génitaux externes avec rétention d'urine, la moindre tentative de cathétérisme occasionnant des douleurs épouvantables, le docteur KEMP appliqua sur la vulve des compresses imprégnées d'une solution de cocaïne (4 pour 100); une demi-heure après, le cathétérisme était non seulement possible, mais encore absolument indolore. — *Médecine moderne.*

**Métrite du corps et métrite du col,** par M. DOLÉRIS. Le traitement de la métrite pour une opération unique est un objectif illusoire qui doit être mis hors de discussion. Les lésions complexes, englobées trop souvent sous le terme univoque de métrite, réclament une thérapeutique spéciale.

Il faut d'abord distinguer la métrite du col de celle du corps. La muqueuse du col malade depuis peu de temps est parfois susceptible d'une thérapeutique conservatrice basée sur la poursuite du processus morbide, préalablement mis en évidence par une large dilatation du conduit cervical.

Cette dilatation, parfois négligeable quand il s'agit du corps de l'utérus, est indispensable pour le traitement de la métrite du col.

En étalant chaque relief, en amincissant et en ramollissant la paroi cervicale, les tentes dilatatrices, laminaires, éponge, préparent à la curette et aux topiques appropriés un travail efficace dans quelques cas.

Dans les métrites invétérées, j'ai échoué plus souvent que je n'ai réussi. Dès lors, il faut renoncer aux mesures conservatrices; il n'y a plus qu'un remède, c'est l'abrasion nette et régulière de la muqueuse du col par une opération plastique au bistouri.

Une autre cause d'échec du curage est l'existence d'une déviation de la matrice: ici l'élément métrite, cortège habituel des déviations, doit passer le plus souvent au second plan.

Le rôle de la dilatation et de la curette en matière de déviation est réel et l'emploi de ces procédés n'est pas négligeable, mais il n'est point curatif.

Il est donc injuste de faire figurer au passif du curage les insuccès de cet ordre. J'en dirai autant des lésions des annexes : salpingites, ovarites, pelvi-péritonites, caractérisées par des processus végétaux ou nettement hyperplastiques. Le curage, en effet, n'a d'effet immédiat certain que sur la muqueuse.

J'arrive au parallèle du curage avec les méthodes de cautérisation. A mon sens, l'avenir de la gynécologie est surtout dans l'objectif physiologique. Or, le cautère actuel, les caustiques violents à demeure dans la cavité du corps, sont sans contredit les plus parfaits destructeurs de la vie physiologique de l'utérus. Cette seule considération doit suffire à faire rejeter à la gynécologie les pratiques aveugles destructives et illimitées, de la cautérisation intra-utérine.—*France médicale.*

**Traitement des endométrites chroniques**, par le Dr S. FRÉDÉRIQ (Gand).—L'auteur dit que toutes les fois qu'on voudra porter un caustique ou un autre médicament dans la cavité utérine, on emploiera le tamponnement au moyen de mèches imbibées ou saupoudrées du médicament en question; tamponnement qu'on laissera en place plus ou moins longtemps, selon l'action à obtenir.

Les endométrites légères peuvent être traitées par un tamponnement de gaz à l'iodoforme imbibée d'un glycérolé de créosote (2 p. glyc. 1 p. créosote) qu'on laisse en place pendant 24 heures et qu'on répète tous les trois jours. Les endométrites plus sérieuses devront être traitées par le curettage et l'écouvillonnage suivis d'un vrai lavage intra-utérin à la teinture d'iode au moyen d'une nouvelle sonde. C'est la sonde de Breus modifiée; l'ouverture extra-utérine ou vaginale se continue en forme d'un court tube métallique, auquel on adopte un tube en caoutchouc qui conduit la teinture d'iode où l'on veut, sans passer sur les parois vaginales ou sur les instruments. On pourra du reste employer cette sonde pour injecter une foule de médicaments caustiques ou autres chaque fois qu'on désire limiter leur action à la cavité utérine seule.

Le traitement consécutif au curettage a une grande importance: il consistera en injections répétées de teinture d'iode plus ou moins abondantes, d'après les cas.

L'endométrite blennorrhagique sera traitée au moyen des tamponnements au chlorure de zinc, qu'on ne laisse pas en place, combinés avec le curettage répété.

Le curettage, dans les affections malignes, sera précédé d'une désinfection de la cavité utérine, au moyen des tamponnements à la glycérine créosotée, l'hémostase sera obtenue avec le secours du Paquelin et le traitement consistera en tamponnement à la gaze iodoformée imbibée d'une solution de chlorure de zinc, qu'on laisse en place plus ou moins longtemps.

L'écouvillonnage, qui suivra le curettage d'une endométrite tuberculeuse, se fera au moyen du glycérolé au sublimé.

—*J. des Sciences Médicales de Lille.*

## PÆDIATRIE.

**Des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal chez les enfants.**  
—M. CHAUMIER (de Tours) vient de faire, à l'Académie, une communication sur ce sujet.—Les tumeurs adénoïdes sont excessivement fréquentes. La plupart des auteurs disent qu'on les observe surtout de sept à huit ans. D'après les observations de M. Chaumier, aucune période de l'enfance ne présente une fréquence plus grande qu'une autre, car la maladie, si elle n'est pas congénitale, se développe peu après la naissance.

Vers dix-huit ou vingt ans, les végétations adénoïdes tendent à disparaître spontanément. La scrofule ne joue aucun rôle dans la production de ces tumeurs. Sont-elles en relation avec un micro-organisme? Je ne crois pas qu'il ait été fait aucune recherche à ce sujet. Tout ce qu'on peut dire, au point de vue de l'étiologie de ces tumeurs, c'est qu'elles sont héréditaires.

Sur les 232 cas de cette affection que j'ai observés, l'oreille n'était atteinte que 31 fois, et sur ces 31 enfants, vingt-quatre seulement étaient donnés comme sourds par les parents; sept enfants faisaient répéter lorsqu'on leur parlait, ce qu'on attribuait à une mauvaise habitude. Neuf malades avaient de l'otorrhée chronique, neuf avaient eu des écoulements de courte durée.

Néanmoins, les symptômes auriculaires sont assez fréquents pour qu'on les redoute, et l'on peut dire avec vérité que toutes les surdités de l'enfance relèvent des tumeurs adénoïdes; il en est de même de la plupart des écoulements chroniques d'oreilles.

La bouche ouverte est un des symptômes les plus fréquents de la maladie. Presque toujours la bouche est ouverte jour et nuit.

Le palais en ogive est un symptôme tout aussi constant. L'augmentation de volume de la lèvre supérieure ne s'observe que rarement; soixante-seize fois les amygdales étaient assez hypertrophiées pour qu'il ait fallu les exciser.

Vingt-huit fois, M. Chaumier a vu sur le pharynx buccal de grosses granulations adénoïdes. Seize fois il a constaté des ganglions cervicaux. Il existe assez habituellement une gêne respiratoire d'origine nasale avec hypersécrétion de la muqueuse.

Il y a en outre trois ordres de complications sur lesquels M. Chaumier pense que les auteurs n'ont pas assez insisté; ce sont les accidents laryngobronchiques, les terreurs nocturnes et les angines.

Parmi les enfants qui toussent, un certain nombre ont des accès de suffocation, de l'asthme véritable, avec sifflement à distance, surtout la nuit.

Les terreurs nocturnes sont une conséquence de la gêne respiratoire, toutes les sensations ressenties pendant le sommeil étant adaptées au rêve en cours, et produisant, par association d'idées, la suite de l'évolution du rêve.

Les angines, enfin, sont excessivement fréquentes chez les enfants atteints de tumeurs adénoïdes; mais elles sont souvent si légères qu'elles n'attirent pas l'attention des parents.

Les tumeurs adénoïdes doivent être considérées comme graves, parce qu'elles peuvent amener la perte de l'audition, l'arrêt de développement de l'intelligence et la surdi-mutité; parce qu'elles peuvent causer la mort, par propagation de l'inflammation purulente de l'oreille au cerveau; parce qu'elles peuvent occasionner et entretenir des bronchites à répétition, etc.

Il sera donc du devoir du médecin de rechercher s'il n'existe pas de tumeurs adénoïdes chez tous les enfants qui ouvrent la bouche, chez tous les enfants porteurs d'écoulement d'oreilles, chez tous les enfants sourds à un degré quelconque; chez ceux qui ont une prononciation défectueuse, chez les sourds-muets, les arriérés et les idiots; chez les enfants sujets aux bronchites ou aux accès d'asthme; chez ceux enfin qui ronflent la nuit ou qui ont le sommeil agité avec des cauchemars.

Le diagnostic ne présente, en général, aucune difficulté: la rhinoscopie postérieure fera voir les tumeurs, le toucher du pharynx nasal permettra de les sentir. On peut en général se contenter du toucher, d'autant que la rhinoscopie est absolument impossible chez les très jeunes enfants.

Le traitement consiste à détruire les tumeurs. Dans ce but, on se sert habituellement de pinces coupantes ou d'adénotomes; on peut aussi les gratter simplement avec le doigt ou avec une curette.

Avec les grands enfants M. Chaumier se sert habituellement de pinces, chez les petits, de la curette ou du doigt.

Il est souvent utile d'user concurremment de la douche nasale, surtout s'il y a des accidents du côté des trompes.

On doit savoir que la nuit qui suit la première séance est quelquefois troublée par de la toux ou des accès de suffocation.—  
*Concours médical.*

**Traitement de l'ictère des nouveau-nés,** par VEILLARD.— Au point de vue thérapeutique, on doit distinguer les ictères des enfants nouveau-nés en ictère bénin et ictère grave. Le premier guérit spontanément, le second est presque toujours mortel.

Dans le cas d'ictère bénin, on examinera la plaie ombilicale; s'il y a de la rougeur ou des excoriations, on fera le pansement à la vaseline boriquée.

L'ictère grave peut tenir à une malformation des voies biliaires; mais le plus souvent il y a phlébite infectieuse, et l'inflammation

du foie est consécutive à l'empoisonnement de la plaie ombilicale par des germes septiques. Toutes les fois que la mère présente des accidents septicémiques ou pyohémiques (fièvre puerpérale, érysipèle, phlegmon péri-utérin), et que la plaie ombilicale n'est pas encore fermée, on doit éloigner l'enfant et appliquer des pansements antiseptiques :

Vaseline.....	20 grammes
Acide borique.....	4 —

ou bien appliquer sur la plaie un linge propre imbibé de solution boriquée à 4/100<sup>e</sup>.

Lavage ou grands bains à l'eau alcoolisée, salicylée ou chargée de tannin.

Une des nombreuses ouates préparées pour les pansements antiseptiques pourront rendre des services. En même temps on fera sur la région du foie des frictions avec la *pommade alcaline* suivante :

Axonge.....	20 grammes.
Carbonate de soude.....	5 —

On évitera la constipation, qui pourrait augmenter les manifestations itériques, en donnant un léger purgatif, huile d'amande douce, sirop de chicorée, etc., ou un lavement simple ou huileux. — *Revue de thérapeutique.*

**Arthrites chez les enfants.**—Les arthrites aiguës observées chez les enfants sont surtout fréquentes pendant la première année de la vie; elles sont ordinairement purulentes et produites par un staphylocoque, le plus souvent l'albus ou l'aureus. Elles peuvent survenir à la suite de traumatismes ou d'exanthèmes. Elles ont le plus souvent pour point de départ une lésion de l'épiphyse voisine, en raison du siège intracapsulaire de l'épiphyse dans l'enfance. Leur marche est rapide, elles amènent dans près de la moitié des cas la mort par épuisement. Elles produisent le plus rarement une destruction plus ou moins complète des extrémités articulaires des os, des luxations, des pseudarthroses et du raccourcissement du membre. Elles siègent ordinairement à la hanche, au genou et à l'épaule. Le traitement consiste dans l'incision, le drainage et les lavages antiseptiques qui doivent être faits dès que la maladie est constatée.—*Abeille médicale.*

—Quel que soit l'endroit que vous choisissiez, votre jeune âge sera toujours un obstacle sur votre chemin : il a l'air trop jeune, il manque d'expérience, il ne sait rien, il n'a pas de pratique, je vais m'adresser à un vieux médecin; telles sont les aménités et mille autres qui vous attendent au début de votre pratique. N'en faites aucun cas, faites voir au contraire que vous méritez le succès et vous l'obtiendrez.—Dr CATHELL, in *The Physician Himself.*

## DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE.

**Du traitement des verrues par la teinture d'iode à l'intérieur**, par IMOSI.—L'auteur donne aux adultes deux fois par jour 10 gouttes de teinture d'iode dans un demi-verre d'eau. 10 succès sur 10 cas ! La durée du traitement n'est pas indiquée. Le patient maigrit, mais il reprend au-sitôt après avoir cessé son traitement. M. Imossi recommande aussi la teinture d'iode prise ainsi contre l'obésité.—*Bulletin de thérapeutique.*

**Acné et dilatation de l'estomac.** — M. BARTHÉLEMY a étudié les relations de l'acné avec la dilatation de l'estomac ; dans 165 cas d'acné, la dilatation stomacale existait. Les troubles digestifs commencent, l'acné vient ensuite, ou, sinon l'acné, l'hyper-écroissance séborrhéique. Il n'y a pas d'acné sans séborrhée préalable, ni de séborrhée ni d'acné sans dilatation stomacale, mais l'inverse n'est pas vrai, car la dilatation de l'estomac peut exister sans acné. Les troubles digestifs ne suffisent pas à eux seuls à provoquer l'acné ; ils préparent le terrain à l'action de micro-organismes qui donnent naissance à l'acné. Il y a là une association de microbes : l'un acnogène, le staphylococcus albus, qui produit la lésion initiale de l'acné, et l'autre pyogène, le streptococcus pyogène, qui, enté sur la papule, produit la pustule, élément secondaire dans l'acné.

Cette notion a une certaine importance au point de vue du diagnostic de la dilatation stomacale, qu'on peut soupçonner dès lors chez les acnéiques, depuis la puberté jusqu'à la vieillesse.

Au point de vue thérapeutique, il faut prescrire l'antisepsie du tube digestif et le régime qui convient à la dilatation de l'estomac ; de plus, il faut joindre à ce traitement l'antisepsie tégumentaire pour détruire les microbes qui séjournent dans les glandes de la peau et dans le tissu périglandulaire. M. Bouchard avait déjà signalé les connexions entre l'acné et la dilatation de l'estomac.—*Concours médical.*

**La syphilis tertiaire.**—Quelle est la fréquence relative de la syphilis tertiaire ? Quelles sont les conditions favorables à son développement ? Une statistique de M. FOURNIER, basée sur vingt-neuf années de pratique, et comprenant 2,600 cas, lui a permis de constater ce fait assez en désaccord avec l'opinion commune, que la syphilis tertiaire peut se montrer dans les premiers mois de la maladie, et qu'elle est surtout fréquente dans la troisième année et dans les deux années qui l'encadrent, soit de la deuxième à la quatrième année.

Un autre fait assez nouveau, c'est le chiffre élevé,—157 sur 3,429 manifestations tertiaires,—des lésions tertiaires des organes génitaux; et comme parmi elles se trouvent en grand nombre les *syphilides ulcéreuses chancriformes*, peut-être est-ce à cela qu'il faut attribuer beaucoup de cas donnés comme des exemples de récidives de chancre syphilitique, de syphilis doublée.

Il faut encore noter les atrophies musculaires consécutives à des névrites et à des lésions centrales, mais surtout le nombre considérable d'affections nerveuses de toute sorte: 461 cas de syphilis cérébrale; 77 cas de syphilis médullaire; 11 cas de syphilis cérébro-spinale; 19 cas d'atrophie musculaire; 73 cas de paralysie partielle; 400 cas de tabès spinal ou cérébro spinal; 32 cas de paralysie générale et 9 de troubles intellectuels, soit 1,085 cas d'affections du système nerveux développées au cours et du fait de la syphilis tertiaire.

Il résulte donc de cette étude que le plus grand danger du tertiariisme réside dans l'excessive fréquence des affections spécifiques du système nerveux;—que le principe de la syphilis, quel qu'il soit, virus ou microbe, etc., constitue un véritable poison du système nerveux.

Quant à la fréquence de la syphilis tertiaire, comparée à celle des autres manifestations, M. Drysdale l'évalue à 8 pour 100 pour les personnes qui n'ont pas été soumises au traitement mercuriel, et à une proportion un peu moindre pour celles qui ont subi ce traitement. D'après Diday, cette proportion serait de 10 à 12 pour 100; de 5 p. c. pour M. Rollet et de 10 à 15 p. c. pour M. Mauriac; chez les femmes, d'après M. Haslung (de Copenhague) elle serait de 9.5 p. c., et de 10.2 chez les hommes.

M. Mauriac a trouvé, comme M. Fournier, que la plus grande fréquence de la syphilis tertiaire était de deux à cinq ans après le chancre et que les accidents nerveux viennent de beaucoup en première ligne. Cette opinion vient donc confirmer celle que M. Zambaco avait soutenue dans sa thèse et qu'on avait trouvée alors exagérée.

Les conditions favorables au développement de la syphilis tertiaire sont diverses. M. Drysdale admet l'absence du traitement mercuriel et l'enfance; M. Haslung, un traitement insuffisant, l'alcoolisme, le paludisme, la coïncidence d'autres maladies constitutionnelles; l'infection à un âge avancé; la misère, etc. Les accidents semblent être moins graves chez la femme que chez l'homme.

La précocité des accidents tertiaires renverse donc la division chronologique des manifestations syphilitiques. Par quoi donc peut être caractérisé maintenant le tertiariisme? se demande M. Leloir. Par la destruction des éléments anatomiques des tissus dans lesquels se sont développés les syphilomes non réolutifs du tertiariisme. Et il propose, pour simplifier la question, de dire

qu'un accident tertiaire n'est autre chose qu'un syphilome non résolutif et destructif.—*Concours médical.*

**La syphilis chez les personnes âgées.**—“ Par le fait de la vieillesse, tous les tissus sont profondément modifiés dans leur structure, à tel point que la sénilité peut être regardée comme très voisine de l'état pathologique. Les modifications portent surtout sur le système circulatoire. Les divers organes et les membranes, mal irrigués par des vaisseaux défectueux, sont prédisposés par cela même à des accidents syphilitiques graves.”

Le chancre infectant du vieillard est le plus souvent ulcéreux. La tendance destructive est sa caractéristique. De là, des erreurs de diagnostic possibles sur la nature exacte de la lésion qui peut être confondue avec un cancéroïde. Les syphilides des muqueuses (plaques muqueuses) revêtiraient la même tendance ulcéreuse que le chancre infectant lui-même. De plus, la sénilité semble hâter beaucoup la marche évolutive de la syphilis. Le vieillard peut être atteint en même temps d'ecthyma syphilitique et d'ecthyma cachectique; et il est très difficile de les différencier. On comprend que le pronostic des accidents syphilitiques soit plus grave chez le vieillard que chez l'adulte; aussi la thérapeutique spécifique devrai-t-elle être, chez le vieillard, combinée à une thérapeutique essentiellement tonique et reconstituante.—*Gazette médicale de Paris.*

**Gomme syphilitique de l'amygdale.**—M. JUEL-RÉNOY a eu l'occasion d'observer deux cas de cette localisation, à peu près inconnue des auteurs, de la syphilis tertiaire sur le pharynx. L'amygdale n'est donc pas à l'abri du processus gommeux.

La gomme amygdalienne a un aspect trompeur. On peut distinguer dans son évolution: 1<sup>o</sup> une période inflammatoire, angineuse, simulant l'amygdalite et rapidement suivie d'exsudat; 2<sup>o</sup> un stade d'ulcération quand la gomme intraparenchymateuse s'ouvre à l'extérieur; 3<sup>o</sup> enfin, une période de réparation ou de cicatrisation, à durée indéterminée, jamais moindre de trois à six semaines.

En comparant la vivacité réactionnelle de la gomme amygdalienne à l'indolence de la syphilis tertiaire du voile du palais, on est disposé à lui donner le nom d'amygdalite tertiaire gommeuse aiguë.—*Archives de laryngologie et de rhinologie.*

---

—Le Collège Royal des médecins de Londres a adopté une résolution en vertu de laquelle le *curriculum* des études médicales, en Angleterre, sera désormais de cinq années au lieu de quatre comme ci-devant. A la bonne heure!

## MATIÈRE MÉDICALE, THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

---

**Traitement de la diarrhée chronique par le silicate de magnésie.**—M. DEBOVE annonçait l'année dernière à la *Société médicale des hôpitaux* qu'il avait obtenu de réels succès dans le traitement des diarrhées chroniques rebelles, par l'emploi du tale administré à de très hautes doses, variant de 200 à 600 grammes dans les vingt quatre heures.

Ce mode de traitement peu utilisé, croyons nous, jusqu'à présent, par les médecins français, a été expérimenté de divers côtés à l'étranger, et une communication récente du Dr. R. Hoffmann (de Baltimore) est venu en montrer les heureux effets.

Cet auteur a rapporté, en effet, cinq cas de diarrhée chronique, datant de plusieurs semaines et qui se caractérisaient par de très nombreuses selles (25 à 30 par jour) d'une odeur fétide; ils furent rapidement améliorés par le traitement précédemment indiqué.

M. Hoffmann a toutefois quelque peu modifié le traitement de M. Debove; il pense qu'il est plus actif et plus prompt lorsque l'intestin a été préalablement désinfecté. Aussi, pendant les quelques jours qui précèdent le traitement et même pendant toute la durée de celui-ci, administre-t-il à ses malades des doses de naphthaline fréquemment répétées, sans toutefois dépasser un maximum de 4 grammes en vingt-quatre heures; en même temps, il fait faire, chaque jour, un grand lavage de l'intestin suivant la méthode d'Hegar, avec une solution d'acide phénique au millième, après irrigation préalable avec de l'eau tiède.

Après deux ou trois jours, les selles ont perdu leur caractère de fétidité, mais elles restent aussi fréquentes; c'est alors qu'il faut administrer au malade le silicate de magnésie, à la dose de 200 grammes, en suspension dans du lait. Cette médication est continuée pendant plusieurs jours de suite; outre qu'elle est bien supportée par les malades qui l'acceptent sans répugnance, elle ne produit ni constipation, ni aucun accident.

En peu de jours, les diarrhées les plus rebelles sont très notablement améliorées et rapidement guéries.

Parmi les cinq cas, rapportés par M. Hoffmann, et qui avaient résisté à tout traitement, il s'agissait une fois de diarrhée liée à une tuberculose intestinale.

**Menthol contre les vomissements incoercibles de la grossesse.**—Ayant échoué dans un cas avec la cocaïne, qui réussit d'ordinaire très bien, Sigmund GOTTSCHULK a essayé avec succès le menthol, soit 1 gramme de menthol dissous dans alcool 20,

eau distillée 150. Toutes les heures une cuillerée à bouche. A la troisième cuillerée le vomissement cessait. La potion fut continuée en espaçant beaucoup plus les doses.—*Berliner Klin.*

**Salol dans les angines.**—M. GOUGUENHEIM a relaté au *Congrès de laryngologie* d'heureux résultats obtenus dans les angines à l'aide du salicylate de phénol. Suivant lui, ce médicament agit efficacement sur les angines aiguës quelle qu'en soit la cause. Il calme avec la plus grande rapidité la douleur, la dysphagie, qui sont les symptômes les plus pénibles de ces affections. En calmant la douleur, il peut abrégier la durée de l'angine phlegmoneuse suppurée. Il abaisse la température. Il diminue, dans presque tous les cas, la durée des angines. Pour arriver à ces résultats, la dose ne doit pas être inférieure à 60 grains.—*Concours médical.*

**Le strophantus dans la thérapeutique infantile.**—Dans une communication faite à la *Société de médecine de Paris*, publiée dans l'*Union médicale*, M. le Dr MONCORVO, professeur de clinique des maladies de l'enfance à la *Polyclinique générale de Rio-Janeiro*, étudie le mode d'action du strophantus chez les enfants et les applications que l'on peut en faire. Les conclusions du travail sont résumées, par l'auteur, dans les propositions suivantes :

I. Le strophantus, à titre de cardiaque et de diurétique, est sans contredit une précieuse acquisition pour la thérapeutique infantile, tant par son énergie et sa promptitude d'action que par sa parfaite innocuité chez les enfants, même chez ceux du premier âge.

II. Dans les cas de lésions mitrales ou tricuspidiennes avec hypsystolie et oligurie, le strophantus administré sous forme de teinture alcoolique (Fraser) amena le rétablissement de la tonicité du cœur, la régularisation du rythme de ses battements, ainsi que l'amplitude et la force du pouls. Enfin il agit, presque sans exception, comme puissant diurétique.

III. Dans les cas d'affections pulmonaires ou broncho-pulmonaires de l'enfance, compliquées si fréquemment d'insuffisance cardiaques, le strophantus est également appelé à rendre d'excellents services, à titre de tonique du cœur. Ce fait a été démontré dans des cas d'asthme chez des enfants de 9 à 11 ans.

IV. L'action thérapeutique du strophantus ne semble pas être transitoire, car chez un certain nombre de petits malades, les heureux résultats de son emploi persistèrent bien longtemps après la cessation du traitement.

V. Jamais je n'ai été à même, jusqu'à ce jour, de constater aucune influence bien démontrée du strophantus, soit sur le système nerveux central, soit sur la température.

VI. Chez tous les malades qui ont fait l'objet de ce travail, le médicament a été employé sous forme de teinture alcoolique au vingtième, et la dose varia, d'après les cas et l'âge des malades, entre IV et XVIII gouttes dans les vingt-quatre heures.

## FORMULAIRE.

**Quelques formules pour l'emploi de la lithine contre la diathèse goutteuse**, par M. ÉLOY.—On sait que la lithine agit par ses propriétés diurétiques et dissolvantes. A son carbonate et à son hydrate en nature on substitue avantageusement les préparations concentrées d'iodure de lithium et le benzoate de lithine.

10. *Pilules d'iodure de lithium*.—En voici la formule :

Iodure de lithium..... 0.25 centigr.

Extrait de gentiane ..... } àâ q. s.

Poudre de gentiane..... }

Pour une pilule. Trois à quatre par jour.

20. *Potion à l'iodure de lithium*.

Iodure de lithium..... 6 grammes.

Sirop écorce d'oranges am. 200 —

Chaque cuillerée à bouche contient 0,50 centigrammes de substance active. Dose : deux à trois grandes cuillerées par jour.

30. *Cachets de benzoate de lithine*.—On les formule à raison de 20 centigrammes de substance active par cachet et à la dose quotidienne de 4 à 8 cachets.

40. *Pilules au benzoate de soude et à la lithine*.—M. H. Huchard les formule ainsi contre la goutte avec tendance à la néphrite chronique :

Extrait de stigmates de maïs. 6 grammes.

Benzoate de soude..... 3 —

Carbonate de lithine ..... 3 —

Huile essentielle d'anis ..... 3 gouttes.

F. s. a. pour 60 pilules.

Prendre quotidiennement deux pilules au commencement de chaque repas, durant vingt jours chaque mois. Continuer le traitement pendant trois années.

Il faut remarquer la nécessité de combiner l'emploi de ces médicaments avec l'usage des eaux minérales alcalines.

—*Mercredi médical*.

## Ulcères.—

P.—Iodoforme..... 40 grains  
 Essence d'eucalyptus..... 5 drachmes  
 Paraffine..... 3 à 12 “  
 Vaseline ..... 12 “

*Union Médicale*.

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, MAI 1890.

---

---

## BULLETIN.

---

### La quinine est-elle oxytocique?

---

Depuis assez longtemps déjà le quinquina et ses alcaloïdes, particulièrement la quinine, passent pour être doués de propriétés oxytociques, et plus d'un auteur en recommande l'emploi dans la seconde période du travail s'il y a inertie utérine. L'action oxytocique du quinquina serait basée sur le fait que le médicament, dont les propriétés toniques vasomotrices sont partout admises, fait contracter la fibre musculaire lisse. Il est vrai que par contre, pour certains auteurs, la quinine étant un sédatif du système nerveux sympathique, doit être l'antagoniste des stimulants de la contractilité utérine. Quoiqu'il en soit, la quinine passe depuis assez longtemps, à tort ou à raison, pour être oxytocique, et cela non seulement dans le monde des savants et des médecins, mais même dans le public, et si nous avons bonne mémoire, un des romanciers français les plus répandus, Hector MALOT, a, dans *Mondaine*, fait jouer à la quinine un rôle abortif des plus intéressants.

Un article publié récemment dans l'*American Journal of the Medical Sciences*, sous la signature du Dr L. E. ATKINSON, résume ainsi cette question controversée. L'auteur établit que :

1<sup>o</sup> Les préparations de quinquina n'exercent pas une influence certaine et parfaitement définie sur la contraction utérine.

2<sup>o</sup> Occasionnellement, ces médicaments produisent une action oxytocique qui doit être rapportée à l'idio-synergie; d'où il suit qu'on ne peut dire à l'avance si, dans un cas quelconque, elle s'exercera.

3<sup>o</sup> Il y a raison de croire que cette action ne se manifeste que sous l'influence de fortes doses et chez des sujets préalablement débilités.

4<sup>o</sup> Le quinquina et ses dérivés devraient être employés avec

beaucoup de prudence pendant la grossesse, et leur usage suspendu au moindre signe indiquant un effet utéro-moteur.

Il est évident que les conclusions pratiques de l'auteur ne sont pas d'accord avec sa théorie, mais se basent plutôt sur l'expérience. Celle-ci, cependant, est contradictoire, et en face des nombreux cas de grossesse au cours de laquelle la quinine est administrée impunément parfois à doses élevées, à titre d'antithermique ou d'antipériodique, nous nous demandons, avec BARTHOLOW, ce qu'il faut penser des effets oxytociques de l'alcaloïde du quinquina.

### Statistiques de l'Institut Pasteur, de New-York.

L'Institut Pasteur, de New-York, a été ouvert au public le 18 février dernier, ainsi que nos lecteurs le savent sans doute, et le premier malade y est entré le 20. Nous sommes redevables à M. le docteur Paul GIBIER, directeur de l'Institut, de la statistique suivante indiquant les résultats obtenus au moyen des inoculations préventives faites depuis le 20 février jusqu'au 31 mars.

Durant ce laps de temps, environ 30 patients se présentèrent à l'Institut pour y être traités. Sur ce nombre, 9 seulement furent internés; les animaux qui avaient mordu les 21 autres étant encore vivants, il n'y avait plus lieu de redouter l'infection. Neuf sujets ont donc été soumis au traitement de Pasteur et sont actuellement en bonne santé. Dans trois cas, on a pu démontrer expérimentalement l'existence de la rage, soit par l'inoculation à d'autres animaux (lesquels ont depuis succombé) de la substance nerveuse des chiens enragés, soit par le fait que dans un des cas, un cheval, et dans l'autre un chien, mordus tous deux par les animaux enragés, sont, depuis, morts d'hydrophobie.

Dans les six autres cas, l'existence de la rage était très probable, mais les chiens avaient été perdus de vue ou jetés à la voirie au lieu d'être envoyés à l'Institut.

Quatre malades venaient de la ville de New-York, trois du Long Island, un de l'Etat du Maryland et un de l'Arkansas.

Cinq sur neuf ont été traités gratuitement.

Ce n'est pas tout. Afin de se mieux protéger contre le danger fatal d'une infection accidentelle, le Dr. GIBIER ainsi que trois de ses assistants se sont eux-mêmes inoculés.

Telle qu'elle est, la statistique n'est pas encore assez fournie pour qu'on en puisse tirer des conclusions certaines, et nous attendons avec hâte de nouveaux rapports avant de nous prononcer sur le succès possible ou probable du nouvel institut.

### Erreur n'est pas compte.

---

Dans notre livraison d'avril, nous demandions qu'on voulût bien nous dire le nom de l'agent autorisé à percevoir, dans le district de Montréal, la contribution annuelle des membres du Collège des Médecins et Chirurgiens. N'ayant jamais eu vent ni nouvelle de ce qui s'est passé à la dernière réunion du Bureau provincial de médecine, nous ignorions absolument que le Bureau avait alors décidé qu'à l'avenir la contribution annuelle serait perçue uniquement par M. le régistrateur (?) du Collège. Il n'y aura donc plus à Montréal d'agent autorisé à recevoir nos redevances, lesquelles devront être adressés à M. le docteur L. Larue, à Québec.

Nous nous sommes souvent demandé quelles puissantes raisons ont bien pu déterminer le Bureau à priver les 200 ou 300 médecins de Montréal et des environs des services d'un agent collecteur. On prétend que M. le Régistrateur peut faire la besogne à lui tout seul et que point n'est besoin, pour si mince affaire, de l'aide d'un adjoint; que, d'ailleurs, cette comptabilité en double partie est de trop et ne sert qu'à embrouiller inutilement la tenue des livres du Collège. Dans ce cas, pourquoi avons-nous deux secrétaires? Un seul ferait l'affaire sans doute, à condition qu'il parlât parfaitement les deux langues. La comptabilité du secrétaire ne s'en porterait-elle pas mieux?

Il est évident que le Bureau veut faire de petites économies. Et pourtant, le Collège possède actuellement en banque un capital de quatre mille dollars dont le revenu est employé à toute autre chose qu'à inquiéter les charlatans et à protéger la profession.

A ce propos, il n'est probablement pas hors de saison de dire ici que M. le président du Bureau a été, dit-on, à la dernière assemblée, chargé de choisir et nommer, pour chaque district, un agent autorisé à courir sus à la gente charlatane. Il nous serait agréable de savoir si ça a été fait.

---

### Réclame! Réclame!

---

Nous lisons, à la date du 8 avril dernier, dans un de nos journaux politiques, un entrefilet dans ce genre-ci :

Dr XXX.

No..... Rue.....

seul médecin autorisé à exercer d'après la  
méthode homéopathique du Dr MARTEL.

M. le docteur XXX, que nous n'avons pas l'honneur de connaître personnellement, ce dont nous sommes marri, est un ex-allopathe. Quelles raisons péremptoires ont pu le pousser à passer ainsi à l'ennemi? Mystère! En attendant qu'il veuille bien nous le dire, nous allons le tenir pour ce qu'il paraît être: Emule—en réclame et en blague—de Racicot et de Tucker!

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DESROSIERS.—*Traité pratique de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie*, par H. E. DESROSIERS, M. D., professeur de thérapeutique à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame. 1 fort volume in-8° de 800 pages.

### DIVISION DE L'OUVRAGE.

I.—*Notions préliminaires*: Définitions. Voies d'introduction des médicaments. Absorption. Transformation des médicaments dans l'organisme. Elimination. Action des médicaments. Synergie. Antagonisme. Administration. Doses.

II.—*Classification* d'après l'action des médicaments sur les différents systèmes: nerveux, circulatoire, respiratoire, digestif, urogénital, etc. Action physiologique et usages de chaque classe.

III.—*Matière médicale, thérapeutique et toxicologie*.—Les médicaments, rangés par ordre alphabétique, sont étudiés et décrits d'après le programme suivant: Nom du médicament et synonymie. Partie employée et lieu de provenance. Caractères physiques. Composition chimique. Préparations officinales et autres. Action physiologique. Usages. Contreindications. Mode d'administration. Doses. Toxicologie.

IV.—*Remèdes non classés*—Hydrothérapie.—Aérothérapie.—Massothérapie.—Electrothérapie.—Transfusion.—Saignée.

V.—*Art de formuler*.—Poids et mesures.

VI.—*Index thérapeutique*.—Les maladies sont aussi classées par ordre alphabétique et le nom de tous les médicaments à employer dans leur traitement est indiqué. Cette partie est pour ainsi dire l'application pratique de la troisième partie.

L'ouvrage sera prêt en octobre prochain. On souscrit, dès maintenant, chez l'auteur, 94, rue St-Denis, Montréal.

La Revue Française.—Littérature, Art, Science, paraissant le 1er de chaque mois. Directeur-Editeur, L. Boisse.

Le troisième numéro de la *Revue Française* publiée à New-York,

39 W. 14th street, s'est fait un peu attendre ; il faut lui pardonner en faveur des améliorations subies dans sa rédaction. Ce numéro contient une charmante illustration de Notre-Dame de Poitiers, avec texte descriptif. La délicieuse nouvelle *Colas, Colasse et Colette*, due à la plume de Jules Simon, est aussi illustrée de la façon la plus amusante et artistique. Nous voyons au sommaire : Une étude sur *le Romancero espagnol du "Cid,"* sur *l'œuvre de Rabelais* ; une intéressante causerie sur *l'Esthétique du Parnasse* signé de Paul Bourget, et un portrait littéraire de cet auteur par Jules Lemaître. Ceci n'est que la partie sérieusement littéraire. La *Revue Française* est remplie de délicate prose, choisie dans ce que les auteurs français ont produit de plus charmant et de plus nouveau.

Tous ceux qui s'intéressent à la littérature et à la langue française ont enfin sous la main un recueil littéraire mensuel à la portée de tous.

Le prix de l'abonnement est, pour un an, \$4.00, le numéro 35 cents.

PUBLICATIONS DU PROGRÈS MÉDICAL, 14 rue des Carmes, Paris. — **Etudes de clinique infantile : Syphilis héréditaire précoce, Laryngite syphilitique, Broncho pneumonie par infection intestinale, Prophylaxie de la rougeole et de la diphthérie, à l'Hospice des Enfants Malades.** Volume in-8 de 143 pages avec figures dans le texte. Prix : 3 frs.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—**Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures : théorie et pratique, indications, application à la plupart des fractures,** par le Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chirurgien de l'Hôpital St Louis, — Paris 1890 — chez A. Coccoz, 14 rue de l'Ancienne Comédie.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.—**Trépanation pour hémorrhagie cérébrale.** par le Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, chez A. Coccoz, 14 rue de l'Ancienne Comédie, Paris, 1890.

STILLMAN —**A rational brace for the treatment of curvatures of the vertebræ,** by Chs. F. STILLMAN, M.D.

STILLMAN.—**A practical splint for inflammatory conditions of the joints.** by Chs. F. STILLMAN, M.D.

STILLMAN.—**The treatment of Torticollis,** by Charles F. STILLMAN, M. D., Chicago.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

—La 41<sup>me</sup> réunion annuelle de l'*Association médicale américaine* aura lieu à Nashville, Tennessee, les 20, 21, 22 et 23 mai 1890.

—La législature du Kentucky vient de considérer et de discuter un projet de loi tendant à empêcher tout sujet idiot, lunatique, pauvre, vagabond (*tramp*), ivrogne, joueur (*gambler*), felon, etc., de contracter mariage. Dans cette catégorie sont également rangées toutes personnes à caractère ou à tempérament violent, colère et tout habitué des maisons de débauche.

**Association médicale du Canada.**—La 23<sup>me</sup> réunion annuelle de l'*Association médicale du Canada* se tiendra à Toronto, les 9, 10 et 11 septembre prochain.

**Faculté de médecine de Paris.**—A la suite de la retraite de M. le professeur RICHET, M. le Dr. GUYON a été nommé titulaire de la chaire de clinique chirurgicale transformée en chaire de clinique des maladies des voies urinaires. M. DEBOVE, agrégé, a été nommé professeur titulaire de pathologie interne en remplacement du regretté M. DAMASCHINO. Une des chaires de clinique chirurgicale est déclarée vacante par suite de la mort de M. le professeur TRÉLAT.

**Les médecins étrangers en France.**—Le ministre des affaires étrangères s'est rendu lundi à la Commission de l'exercice de la médecine pour s'appliquer sur la question des médecins étrangers qui voudraient pratiquer en France.

M. Spuller a déclaré qu'il était impossible d'établir, d'une manière générale, l'équivalence des diplômes français et étrangers à cause de la différence de valeur des universités étrangères dont les unes confèrent des titres sérieux, tandis que d'autres en donnent qui n'ont aucune valeur.

Il faut donc soumettre les médecins étrangers à des épreuves pour contrôler leurs titres. Toutefois M. Spuller admet qu'on peut accorder des dispenses d'études, sans toutefois que ces dispenses puissent s'appliquer à l'intégralité des études.

Les conditions de ces dispenses seraient à déterminer par le Conseil supérieur de l'instruction publique.

Le ministre a ajouté que la France n'était liée à cet égard par aucun acte diplomatique et possédait son entière liberté d'action.

Enfin, il a indiqué que, comme la Commission l'avait déjà re-

connu elle-même, il était nécessaire de laisser exercer librement les médecins étrangers pour soigner ceux de leurs compatriotes se rendant dans nos stations thermales et hivernales.

**M. Morell Mackenzie et Frédéric III.**—Au mois de mai 1888, la *Saint-James Gazette* publiait une lettre de son éditeur M. Steinkopf, qui se trouvait alors à Berlin. Cette lettre accusait Sir Morell-Mackenzie d'avoir à dessein nié le caractère cancéreux et mortel de la maladie de l'empereur Frédéric III, et afin que le malade alors simple kronprinz, ne fût pas écarté de la succession au trône. M. Steinkopf ajoutait que le kronprinz avait besoin d'argent, qu'il n'aurait pu se procurer si son avènement au trône avait fait doute, et que Sir Morell-Mackenzie avait sciemment trompé le public, de complicité avec le kronprinz lui-même, sur la nature de la maladie, pour ne rien contrarier des projets de son auguste client.

À la suite de la publication de cette lettre, Sir Morell-Mackenzie intenta à M. Steinkopf un procès en diffamation. Ce procès a été jugé samedi par la cour du banc de la reine assisté d'un jury spécial.

Appelé à déposer devant la cour, le plaignant a nié sous la foi du serment, qu'il eût comploté avec le kronprinz pour dissimuler la gravité de la maladie. Il a soutenu que le caractère cancéreux de la maladie n'avait été établi définitivement que le 4 mars, huit jours avant l'avènement du kronprinz.

Après cette déposition, M. Steinkopf n'ayant cité aucun témoin à décharge, le jury est entré en délibération et a rapporté un verdict condamnant l'ancien éditeur de la *Saint James Gazette* à 1,500 livres sterling de dommages-intérêts et à tous les dépens.

**Nécrologie.**—LE PROFESSEUR TRÉLAT.—Une des personnalités les plus considérables du monde médical, le Dr Ulysse Trélat, vient de succomber à la date du 28 mars.

Né à Paris, le 13 août 1828, le Dr Trélat meurt donc dans sa soixante-deuxième année.

Il était le second fils d'Ulysse Trélat, le célèbre médecin aliéniste, ministre des travaux publics en 1848.

Il fut reçu docteur en 1854, puis agrégé en 1857, avec une thèse sur la *Nécrose par le phosphore*.

En 1860, il est attaché, en qualité de chirurgien, au Bureau central des hôpitaux, à la Maternité, puis à l'hôpital Saint-Antoine, à la Pitié et enfin à la Charité, où il était depuis 1872.

M. Trélat se signala pendant la guerre. Il dirigea une ambulance qui, après le désastre de Sedan, fut retenu quelque temps par les Prussiens sur la frontière belge.

Nommé professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Paris, il fut élu membre de l'Académie de Médecine le 24 jan.

1872 : il en devint le président.

Le Dr Trélat laisse un important bagage scientifique. Outre de nombreux mémoires sur toutes les questions chirurgicales à l'ordre du jour, on lui doit des travaux considérables, notamment sur l'hypertrophie unilatérale partielle ou totale du corps (1869), et ses leçons de cliniques chirurgicales, professées à la Charité.

Sous une écorce un peu rude, il cachait un excellent cœur. Orateur éloquent, il savait avec netteté résumer une discussion et en dégager les côtés pratiques. Il joignait à une rare sûreté de diagnostic un talent opératoire hors de pair.—*Gazette de gynécologie.*

**Dixième Congrès médical international, Berlin.**—*Invitation à l'Exposition médicale internationale, Berlin, août 1890.*—Une exposition médicale scientifique aura lieu conjointement avec le dixième congrès médical international. Les représentants des facultés de médecine et des grandes sociétés médicales de l'empire allemand ont confié au comité d'organisation soussigné la mission d'en faire les préparatifs. Après bien des difficultés, le comité dispose enfin de salles convenables pour l'installation de cette exposition. Nous invitons les exposants à vouloir bien y envoyer leurs appareils, en les priant tout d'abord d'observer que, vu les circonstances et l'espace mis à notre disposition, il ne nous est possible d'accepter que des appareils de caractère exclusivement scientifique.

Les objets suivants sont admis à l'exposition autant que la place le permettra :

1. Instruments nouveaux ou perfectionnés, appareils de biologie ou d'une application spéciale à la médecine, y compris les appareils de photographie, spectroscopie, etc., autant qu'ils peuvent rendre service à la médecine.

2. Nouvelles substances et préparations chimiques destinées à la pharmacologie.

3. Médicaments et préparations pharmaceutiques les plus nouvelles.

4. Nouvelles préparations alimentaires.

5. Instruments opératoires de médecine interne et externe nouveaux ou perfectionnés, instruments pour les différentes spécialités, y compris l'électrothérapie.

6. Plans nouveaux et modèles d'hôpitaux, d'asiles de convalescents, d'établissements de bains, d'établissements de désinfection.

7. Nouveaux appareils pour les malades, infirmes, etc., y compris moyens de transport et bains pour les malades.

8. Appareils nouveaux d'hygiène.

Le comité spécial de l'exposition se compose provisoirement de MM. Paul Dürffel, H. Haensch, Dr. J. F. Holtz, Dr. L. Loewenherz, Dr. J. Petri, H. Windler et le Dr. Lassar, secrétaire général du comité d'organisation du congrès. Les noms du comité défini-

tif d'exposition et des présidents de groupe, ainsi que les conditions particulières pour les exposants, seront publiés ultérieurement.

Nous prions d'adresser toutes les adhésions et demandes au bureau du Congrès (Dr. Lassar, Berlin NW. Carlstrasse 19) avec cette mention sur l'enveloppe : "Affaires d'exposition." Prière d'y joindre une carte de visite, ou une carte-prospectus indiquant nettement la maison, le nom et l'adresse de l'exposant. Le bureau est ouvert de 5 à 7 heures du soir.

Pour le comité d'organisation du dixième Congrès médical international : Dr. RUDOLF VIRCHOW, président ; Dr. E. VON BERGMANN, Dr. E. LEYDEN et Dr. W. WALDEYER, vice-présidents ; Dr. LASSAR, secrétaire général.

### Naissances.

HÉBERT.—Le 24 avril, au No. 68 rue Berri, Montréal, la femme de A. E. Hébert, M.D., de St. Raymond, une fille.

BLAGDON.—A St. Philippe de Néri, le 27 avril, la femme du Dr. H. W. Blagdon, une fille.

### Mariages.

BROSSARD-FRANÇŒUR.—A Montréal, le 8 avril, M. le Dr. J. Henri Brossard, de Montréal, à Mademoiselle Corinne Franceur.

BRENNAN-MARTIN.—A St. Simon, Rimouski, le 15 avril, M. le docteur M. T. Brennan, professeur à l'Université Laval, Montréal, à Mademoiselle M. Alice Martin.

## VARIÉTÉS.

—Il faut éviter de se placer dans un endroit où les idées politiques ou religieuses ne sont pas en harmonie avec les nôtres.

—L'avenir du médecin est intimement lié au succès du début : si la faveur populaire n'a pas été conquise pendant les six ou huit premières années de pratique, il est probable qu'elle fera toujours défaut à l'avenir.

—Pour réussir dans l'exercice de la profession médicale, il ne suffit pas de posséder des connaissances, il faut de plus un certain tact ; des médecins très instruits ne réussissent pas, parce qu'il leur manque cette qualité importante.—Dr CATHELL.