

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 MEDICALE.

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

De la goutte.

(Leçon recueillie par J. DAIGNAULT, M. D., interne du service.)

Messieurs,

La maladie dont nous allons nous entretenir quelques instants aujourd'hui est une de celles que l'on rencontre assez souvent dans notre pays : je veux parler de la goutte.

La goutte s'observe spécialement dans les pays où l'on boit beaucoup de liqueurs fermentées. Le pays où l'on fait le plus grand usage de ces boissons est peut-être l'Angleterre.

Cette maladie se retrouve chez ceux qui font bonne chère, dont les habitudes sont trop sédentaires, vû que toute cause qui favorise la rétention de l'acide urique dans le sang, favorise aussi la production de la goutte ; de fait, l'excès d'acide urique dans le sang coïncide avec le défaut d'élimination. Cet excès d'acide urique se manifeste à l'extérieur sous forme de tophus ou petites concrétions dures formées d'urate de soude, que l'on rencontre au niveau des articulations, surtout les petites, et sous la peau.

Le malade que vous avez devant vous est âgé de 38 ans, et souffre de cette affection depuis l'âge de 20 ans, alors qu'il était garçon de buvette, et, par conséquent, exposé à de fréquentes libations. De toutes les liqueurs fermentées, celles qui exposent le plus à la goutte sont la bière, le porter, les vins d'Oporto et de Champagne. Ici, comme dans beaucoup de maladies, la prédisposition et l'hérédité jouent un rôle manifeste, surtout lorsque l'affection commence au début de l'âge adulte. La goutte héréditaire n'exerce pas toujours son action d'une façon directe, ainsi, elle peut se traduire par des manifestations indirectes sous formes de migraine, de dyspepsie, de gravelle, d'asthme, etc., etc. Le père et l'oncle de ce malade étaient gouteux. Les symptômes de la goutte chronique sont presque toujours précédés de ceux de la goutte aiguë. Au début d'une attaque de goutte, la fièvre est généralement peu accusée, il y a malaise général, douleur intense, térébrante, au niveau des articulations envahies. Ordinairement, l'attaque dure environ vingt-quatre heures, pour réapparaître une fois ou deux dans l'année, à la suite du moindre écart de régime, d'un refroidissement, etc.

Des troubles de l'estomac, sous forme de gastralgie ou de dyspepsie flatulente, de pyrosis, accompagnent assez souvent cette maladie. Le malade que nous avons ici n'a cependant jamais souffert d'aucun désordre du côté de l'estomac.

L'affection débute généralement par des douleurs siégeant dans les petites articulations et en particulier dans celle du gros orteil. Plus tard, elle peut envahir les grandes articulations. Comme dans le rhumatisme, la hanche est le plus souvent respectée.

Chez notre malade, les deux gros orteils ont été envahis les premiers et la maladie s'y est localisée pendant longtemps avant de passer aux doigts, comme vous le voyez. De plus, il présente des dépôts tophacés dans l'hélix de l'oreille gauche et sur le prépuce.

Quand la goutte devient chronique, il se forme donc, dans les articulations malades, des dépôts permanents d'urate de soude (connus sous le nom de tophus), dépôts qui peuvent être assez considérables pour que la peau sus-jacente s'amincisse, se perforé et donne issue à cette matière tophacée. On rencontre aussi ces dépôts en d'autres endroits du corps, vg : sur l'hélix, le prépuce, les paupières, les ailes du nez, les joues, les bourses séreuses oléocrâniennes et prérotuliennes, etc. Dans la goutte chronique, le cœur peut finir par être atteint, non pas dans ses valvules, mais dans sa fibre musculaire qui subit alors la dégénérescence graisseuse. Le rein peut aussi être affecté; c'est alors la néphrite interstitielle qui survient et qui aggrave ainsi très sérieusement le cas.

Garrod a imaginé un procédé aussi facile qu'ingénieux pour reconnaître l'excès d'acide urique dans le sang. Ce procédé, dit *procédé du fil*, consiste à placer dans un verre de montre un peu de sérosité extraite d'un vésicatoire, ayant soin de l'additionner de quelques gouttes d'acide acétique, afin de décomposer l'urate de soude. Dans ce sérum on place un fil de chanvre et on l'y laisse environ vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, l'acide urique s'est déposé sur le fil, sous forme de cristaux blancs que l'on reconnaît à la loupe.

La goutte ne saurait être confondue qu'avec le rhumatisme articulaire chronique. Or il est des points qui peuvent nous faire distinguer l'une de l'autre ces deux maladies. Ainsi la marche du rhumatisme chronique est presque toujours symétrique, ce que l'on ne constate pas dans la goutte. Le rhumatisme articulaire chronique s'établit ordinairement d'emblée; il ne se caractérise pas par l'excès d'acide urique dans le sang. Enfin, il n'y a pas de dépôts de tophus dans les articulations, mais on constate des déformations articulaires plus considérables, vu que les extrémités des os sont hypertrophiées.

La moindre cause déterminante peut occasionner des accès de goutte, surtout quand existe une cause prédisposante. Ces causes déterminantes sont : un excès de table ou de fatigue intellec-

tuelle, une émotion trop forte, un traumatisme, un excès alcoolique, un refroidissement, etc.

Le pronostic de la goutte n'est pas essentiellement grave. On a même émis l'idée que les gouteux vivent en général assez longtemps, sauf dans les cas où la maladie vient se compliquer d'asthme, de diabète, de néphrite interstitielle, de dégénérescence graisseuse du cœur, pneumonie, etc.

L'art est impuissant à abrégier la durée de cette affection, mais on peut soulager considérablement en conseillant les moyens qui sont de nature à mettre l'organisme dans les conditions les moins favorables à la production de la diathèse goutteuse et des accès de goutte : ainsi, abstention de viandes, surtout de viandes grasses ; diète lactée ou végétale. Eviter les excès de table, excès alcooliques, les écarts de régime en général, le refroidissement, l'usage des bières et du vin.

Pour calmer les douleurs : les opiacés, les frictions révulsives, embrocations etc, sur les articulations malades qu'on pourra aussi protéger par de la ouate ou par des cataplasmes émollients.

Comme remède spécial, nous avons le colchique, employé depuis très longtemps dans le traitement de la goutte. La préparation la plus employée est le vin de colchique, à dose de 10 à 30 minimes, ou même davantage. Chez notre malade, la dose de cette préparation a été poussée jusqu'à une cuillerée à thé et avec succès.

Il ne faudra pas négliger l'exercice, surtout l'exercice à l'air libre, les eaux minérales telles que celle de Vichy, ou même nos sources du pays.

COMMUNICATIONS.

Nouvelle série de cas de diphthérie traités par le chlorate de potasse et le benzoate de soude.

Monsieur le Rédacteur,

Une partie de notre localité a été visitée dans le cours du printemps et de l'été derniers par une nouvelle épidémie de diphthérie. Je vous envoie le résultat de mes observations sur les malades qui ont été sous mes soins.

J'ai été appelé dans neuf familles pour vingt-sept enfants de deux à quinze ans. J'ai employé les remèdes qui m'avaient si bien servi en 1880, et dont j'ai consigné les heureux effets dans l'UNION MÉDICALE, livraison de juillet 1883.

Sur les vingt-sept malades que j'ai soignés, deux sont morts ; un garçon de six ans, qui n'avait pris que trois doses du médi-

cament, et une fille de quinze ans, qui n'en avait pris que quatre doses : dix ont pris le remède d'une manière plus ou moins irrégulière, trois sont morts, une fille de neuf ans et deux garçons de sept et neuf ans : quinze l'ont pris régulièrement, et tous ont guéri. Quelques-uns ont vomis presque tout le temps qu'a duré le traitement ; la plupart ont salivé ; d'autres n'ont pas eu à proprement parler de salivation. De ceux qui ont survécu, six ont eu de la paralysie plus ou moins accentuée.

Du moment que j'avais reconnu la diphthérie, j'ordonnais le chlorate de potasse et le benzoate de soude à haute dose, à être pris d'heure en heure, la nuit comme le jour, (ceci est essentiel) tant que les plaques diphthéritiques ne paraissaient pas diminuer, ce qui prenait généralement de vingt quatre à trente-six heures ; ensuite j'éloignais les doses.

Aussitôt que l'appétit revenait aux malades, ils étaient sauvés ; cependant, par prudence, je ne leur faisais cesser entièrement l'usage du remède qu'une journée ou deux après. La maladie, du début du traitement, a duré de trois à sept jours, à part les accidents paralytiques qui mirent de une à quatre semaines à disparaître. J'ai cru remarquer que le remède administré en poudre, dans une cuillerée d'eau ou de vin, agissait mieux que dissous d'avance. Dans deux cas ayant manqué de benzoate de soude, je réussis avec le chlorate de potasse seul, mais avec plus de difficulté qu'associé au benzoate de soude. Loin de confiner mes malades au lit, je leur conseillais de prendre du dehors, autant que possible, je leur faisais aussi frictionner souvent la gorge avec la térébenthine, la liqueur d'ammoniaque forte et la teinture de capsicum, parties égales. Cela m'a semblé avoir un très bon effet, surtout chez les jeunes enfants. Pour nourriture, aliments au goût des patients, vin, toniques.

Dans trois cas, tout en continuant mon traitement, le père a appliqué de l'huile de charbon dans la gorge de ses enfants ; cela n'a pas paru faire de bien, au contraire, la guérison s'est fait attendre plus longtemps.

Une particularité à noter, c'est que la maladie s'est déclarée d'abord dans cinq familles irlandaises, assez éloignées les unes des autres, et a respecté les canadiens français interposés entre elles. Ensuite elle a attaqué les canadiens-français : aucun de ces derniers n'est mort.

Le benzoate de soude, comme l'a prouvé M. le Dr. Paquet dans une de ses cliniques à l'Hôtel Dieu, et dans la *Gazette médicale* du mois dernier, aurait-il un aussi bon effet, seul, qu'associé au chlorate de potasse ? ou comme le prétendent quelques-uns, tous les alcalins ont ils le pouvoir de détruire les micro-organismes de la diphthérie ? c'est ce que l'avenir nous dira.

M'étant bien trouvé dans deux circonstances, de l'association

du chlorate de potasse et du benzoate de soude, et mes malades aussi, je ne me sens pas disposé à changer mon traitement, tant qu'il guérira, à moins qu'on n'en trouve un meilleur.

Je renouvellerai la suggestion de votre correspondant *Curatio* : que tous les médecins consignent avec soin le résultat de leur traitement dans la diphthérie, et bientôt, j'espère, cette maladie cessera d'être aussi redoutable, et surtout aussi meurtrière.

DR. J. LIPPÉ.

St. Ambroise de Kildare, 1er novembre 1887.

Bureau Provincial des Médecins.

Monsieur le Rédacteur,

Votre rapport de la dernière assemblée du Bureau est incomplet ; avec votre permission, je désire le compléter.

Par la clause 28 du projet de la nouvelle loi de médecine, les aspirants à l'étude devront, entre autres matières, subir un examen sur l'*Algèbre* et la *Géométrie*. On y ignore complètement le grec.

Je proposai, appuyé par M. le Dr Rousseau, que l'examen sur l'*Algèbre* ne s'étendit pas plus loin qu'aux équations du second degré ; et sur la *Géométrie* jusqu'à la *Trigonométrie analytique* exclusivement ; qu'il valait mieux exiger moins de mathématiques qui n'ont pas de rapport avec la médecine, et un peu de grec parce que le langage médical tend de plus en plus à s'helléniser.

Cette motion fut repoussée par la majorité du Bureau. Sans notion de grec—qui est enseigné dans tous nos collèges—il est bien difficile de saisir parfaitement le langage médical moderne.

J'attire respectueusement sur ce sujet l'attention de ceux qui seront chargés de faire accepter notre nouvelle loi par la Législature.

DR D. MARSIL.

St-Eustache, 5 novembre 1887.

Odontalgie.—*Gsell-Fells*.

P.—Camphre en poudre.....	
Chloral.....	ââ 5 parties
Cocaïne.....	2 “

M. S. A.—Chauffer le mélange pendant quelques minutes, puis en imbiber un tampon d'ouate qu'on place dans le creux de la dent cariée.—*Revue internationale des sciences médicales*.

REVUE DES JOURNAUX.

MEDECINE.

Des sérieux avantages du régime lacté.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Le 22 de ce mois, il est entré salle Saint-Charles, n° 19, un malade avec anasarque et quantité insuffisante d'urine (300 grammes par jour). Il est atteint de néphrite catarrhale et n'a pas eu de symptômes de néphrite interstitielle. Aujourd'hui, vous avez vu une rivière véritable. Deux énormes bœufs étaient remplis d'urine de notre malade. Cela tient simplement au régime lacté, auquel nous l'avons soumis. Voici son histoire: En 1867, ce malade a subi un long traitement à Necker, où je l'avais soumis au régime lacté; mais il ne pouvait s'y résoudre et se procurait des provisions de pain et de viande auprès des autres malades. Nécessairement l'albumine augmentait toujours. Enfin, un jour, il m'avoua ce commerce de vivres avec ses camarades et se soumit au régime lacté. Il guérit parfaitement. En 1875, il fit la campagne sans maladie aucune; mais aussitôt après la guerre il eut plusieurs rechutes, dont il se releva en suivant le régime lacté. Enfin, dans ces derniers temps, sa vue commençant à se brouiller, son appétit diminuant et les maux de tête se faisant sentir, il se décida à entrer à l'hôpital. Nous n'avons rien trouvé à la poitrine, rien dans les voies digestives. Au cœur, pas d'augmentation de volume, les bruits étaient normaux, peut-être un peu sourds; pas de galop. L'urine analysée contenait 2 grammes d'albumine. L'œdème était très prononcé aux membres inférieurs. Nous lui avons prescrit de suite le régime lacté, et dès le deuxième jour, nous trouvons 5 litres d'urine au lieu de 300 grammes. Déjà le mal de tête a beaucoup diminué, le malade n'a plus d'essoufflement. Aussi accuse-t-il un énorme bien-être. Il y a encore de l'albumine dans son urine. Puisque dans si peu de temps une si grande amélioration s'est produite, nous pouvons espérer que bientôt ce malade sera parfaitement rétabli.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que, l'on emploie le régime lacté. Hippocrate lui-même en avait reconnu les bienfaits. Assurément, il ne savait pas l'attribuer dans les maladies des reins, qui étaient alors inconnues; il l'ordonnait, toutefois, dans les cas d'anasarque. Aujourd'hui, en somme, nous ne savons pas beaucoup mieux que lui comment agit le régime lacté, dans ce cas. Chrétien de Montpellier vanta ce régime dans différents cas d'anasarque et, après

lui, Serres employait le lait avec des oignons crus et faisait ainsi disparaître des anasarques.—Parmi les anasarques, il en est qui peuvent être guéris plus ou moins facilement; d'autres, enfin, ne disparaissent jamais.

Le régime lacté a grand'peine à faire disparaître les anasarques dus aux maladies du cœur, mais ceux provenant des maladies des reins disparaissent très facilement sous son influence.

Dans quels cas peut-on promettre guérison complète ou amélioration? Pour répondre sérieusement à cette question, il faut diviser les cas d'albuminurie en *aigus* et *chroniques*. Dans les premiers on peut assurer presque certainement la guérison; dans les seconds, l'amélioration seulement. A la suite de certaines maladies, il sera bon de soumettre les convalescents albuminuriques à ce régime. C'est surtout dans la néphrite catarrhale que la guérison est possible, et certaine même, si la maladie n'est pas trop ancienne. On ne saurait attendre de semblables résultats dans la néphrite interstitielle, car c'est une cicatrice du rein; or, les cicatrices ne disparaissent pas, puisqu'on ne peut reproduire un organe perdu. Dans ce cas le régime lacté ne peut guérir; mais il peut cependant être très utile pour améliorer l'état du rein; souvent il modifie un certain nombre des accidents qui surviennent dans ces maladies: l'*anasarque* et la *dyspnée* surtout sont vaillamment combattus par lui dans la néphrite interstitielle. On obtient même en 24 heures ou 48 heures des effets inespérés. Le malade, précédemment contraint de passer la nuit sur un fauteuil, peut maintenant se coucher dans un lit, et la dyspnée a disparu presque complètement. Vient ensuite, au bout de quelques jours, la disparition de la *céphalalgie*, très intense dans cette néphrite. L'*amblyopie* même à quelquefois disparu. Voici, pour les néphrites les immenses succès qu'on peut espérer, si toutefois les lésions ne sont pas trop anciennes. Enfin, au moyen de ce régime on arrivera à prévenir l'éclampsie. En effet, Tarnier assure que jamais il n'a vu une femme enceinte, ayant suivi, pendant huit jours, le régime lacté, exclusif, être atteinte d'éclampsie. Ainsi, dès que l'on trouve de l'albumine dans l'urine d'une femme aux approches de l'accouchement, il faut la soumettre au régime lacté exclusif pour éviter l'éclampsie.

Par ce régime les affections cardiaques du rein sont aussi extrêmement modifiées. Pour vous donner une preuve évidente de son action efficace et certaine, je vous citerai le fait suivant: On vint, il y a quelques années, réclamer mes soins pour une actrice qui se trouvait dans une situation fort pénible, étant atteinte d'une insuffisance tricuspидienne très grave, due à une énorme dilatation du cœur droit. On approchait de la période ultime, la situation était des plus mauvaises. En désespoir de cause, je lui ordonnai de se soumettre, de suite, au régime lacté. Ma malade s'y soumit, malgré la répugnance que lui inspirait ce régime.

Enfin, après un temps relativement court, une amélioration sensible se manifesta, puis la guérison complète arriva et l'on voulut fêter la convalescence. On décida un voyage en Italie où tout alla bien pendant quelques mois, mais on ne put rester longtemps sage, on fit quelques excès et l'on revint à Paris bien malade, plus malade que la première fois. On se soumit de nouveau, non sans peine, au régime lacté, et bientôt je pus constater avec surprise son miraculeux effet. Ma malade entra bientôt en convalescence, et pour fêter le retour à la santé on fit un voyage en Afrique, où l'on séjourna sans encombre pendant quelques mois ; mais bientôt de nouveaux excès, de nouveaux écarts amenèrent une rechute terrible. On put cependant revenir à Paris. Je n'avais naturellement que le régime à prescrire. Eh bien ! Cette fois encore, ma malade revenait à la santé. Elle décida de ne plus voyager, et dans le but d'éviter les fatigues et les excès de toutes sortes, elle se retira à Saint Germain, où durant une année elle vécut fort sagement. Mais de nouveaux écarts firent que, cette fois, elle tomba dans un état qui la conduisit directement au tombeau.

Vous voyez quels immenses succès on peut obtenir du régime lacté exclusif.

Il nous reste à étudier le mode d'administration de ce régime. A savoir : quelle quantité de lait est nécessaire, comment il faut le prendre, et quand il convient de cesser le traitement ? Les auteurs ne sont pas d'accord sur la quantité ; les uns veulent qu'on en prenne tout ce qu'on peut en boire ; les autres, beaucoup moins. Il est certain que l'appétit est souvent supérieur aux facultés digestives, et, dans ce cas la quantité exagérée devient nuisible. Le lait n'est pas toujours digéré immédiatement comme on est porté à le croire, car c'est plutôt un aliment solide que liquide ; il forme, assez souvent, une grosse masse analogue au mastic, qui séjourne dans l'intestin et provoque une constipation opiniâtre. On remédie facilement à cet inconvénient en ajoutant un peu de café dans la première tasse de la journée. J'ai réussi ainsi à combattre dans le courant de ce régime des constipations que l'eau-de-vie allemande même n'avait pu détruire.

Il ne faut donc absorber que la quantité de lait que l'on peut digérer, et pour aider à la digestion de cet aliment, on peut y ajouter de la pancréatine. D'après les analyses et les expériences les plus sérieuses, la *ration d'entretien* se trouve contenue dans moins de trois litres de lait, et, pour un homme de taille moyenne, trois litres peuvent être la ration du travail. Si, par hasard, le malade maigrit, c'est que le lait n'est pas digéré ; mais la quantité absorbée est très suffisante. Le meilleur mode d'administration est de faire prendre une tasse toutes les deux heures. Le plus difficile est de savoir quand il faut cesser le régime, surtout s'il s'agit d'albuminurie chronique ; alors, il faut se guider, non d'après l'état des urines, mais d'après l'état du malade.

Le lait agit d'une façon négative et non curative. En effet, il n'est pas diurétique ; il ne fait pas uriner les malades, il les laisse uriner, en évitant les irritations causées au voisinage du rein ou dans lui-même, par les autres aliments. C'est si vrai, que si l'on mélange même du bouillon au lait, on supprime de suite l'action avantageuse du régime lacté. Les leucomaines peuvent en être la cause. Si l'on se rappelle les effets produits sur notre malade, on verra que le poisson a été la viande qui a fait le plus de mal et provoqué la plus grande abondance d'albumine. Or, d'après les expériences de mon collègue Gauthier, la chair du poisson est celle qui contient le plus de leucomaines.

Le régime végétal produirait des effets identiques à celui du lait, mais il faudrait des quantités considérables de végétaux, pour obtenir la quantité suffisante à la nutrition. C'est pourquoi il ne peut être qu'un régime de transition entre le régime lacté et le régime ordinaire. Et, puisque la viande de porc frais est celle qui provoque le moins d'albumine, on remettra le malade au régime ordinaire en lui prescrivant cette viande.—Praticien.

Le lait contre les calculs rénaux.—Le docteur James Tyson, dans une lecture faite à l'hôpital de Philadelphie, dit que s'il est un cas dans lequel la diète lactée trouve sa raison d'être, c'est surtout dans le traitement des calculs d'acide urique. Il a remarqué que si cette diète est continuée pendant un mois ou six semaines, les attaques de coliques ne se renouvellent plus. Il recommande de prendre un verre de lait toutes les deux heures le premier jour, et d'augmenter ensuite la quantité graduellement jusqu'à ce qu'elle suffise au malade. La quantité nécessaire pour cela varie suivant les individus, leur genre de vie, leur activité.

Le lait agit à la fois comme émoullient et alcalin. Mais si les calculs sont phosphatés, la diète lactée réussit moins bien.—*Boston Med. and Surg. Jour.*

Du souffle cardiaque chlorotique, par P. DUROZIEZ. — Nous revenons souvent sur ce sujet parce qu'il domine la pathologie cardiaque. Le souffle que nous entendons indique-t-il l'état chloro-anémique seul sans lésion organique du cœur, ou bien les deux réunis, ou bien la lésion organique seule ? Quelle est la part de chacun ? Si le souffle entier appartient à la chloro-anémie, le traitement ne sera probablement pas le même, le pronostic aussi, qu'en cas de lésion organique. Si une partie du souffle appartient à la chloro-anémie, elle peut disparaître en enlevant la moitié de l'intensité ; nous ne devons pas juger de l'importance de la lésion par l'éclat du souffle dû, en grande partie, à la chloro-anémie. La question se pose à chaque instant dans la clinique cardiaque et est très diversement résolue ; on admet des chloroses mitrales,

des insuffisances relatives, spasmodiques, des souffles extra-cardiaques, des souffles paradoxaux, enfin des insuffisances mitrales absolues.

Nous devons toujours nous méfier des bruits chlorotiques qui prennent des timbres, des intensités, des temps et des lieux aussi variés que trompeurs. Nous devons toujours nous demander où est la chloro-anémie? La chloro-anémie ne serait-elle pas là? Comme on se demande si la syphilis n'est pas en jeu. On comprend que la question ne peut être posée que dans un certain nombre de cas; mais ces cas ne sont pas rares.

Le diagnostic peut être fait. L'examen des antécédents, de l'aspect extérieur et surtout l'auscultation du cou nous aident. L'absence du rhumatisme articulaire aigu est quelque chose, bien que heureusement tout individu atteint de rhumatisme articulaire ne soit pas touché au cœur; mais si, au cou, nous entendons les grands bruits chlorotiques, nous devons nous méfier des souffles que nous entendons au cœur et ne pas trancher trop vite la difficulté en faveur d'une lésion organique, à qui nous devons céder le terrain à regret et en luttant fort.

Parfois, nous trouvons au dessous de la clavicule gauche les mêmes bruits qu'au-dessus; ils ont la même origine et la même variété. Au niveau du cœur, le rythme devient celui des mouvements du cœur; les bruits n'en sont pas moins dus à la chloro-anémie.

Le développement du cœur est important à constater; mais on rencontre des difficultés qui sont grandes si on en juge par la variété des résultats. Quelques médecins suivent millimètre à millimètre le volume de l'aorte et désertent en face du cœur. Je préfère la délimitation du cœur à celle de l'aorte: cette délimitation du cœur importe beaucoup.

Il n'est pas indifférent que le souffle de la pointe passe en arrière ou n'y passe pas; le souffle de la pointe qui passe en arrière a bien des chances d'être d'insuffisance mitrale.

Quand on entend un premier claquement pur à la pointe, on peut admettre que la mitrale n'est pas très atteinte, si même elle l'est. On doit toujours noter l'état des claquements.

Nous rappelons le diagnostic à propos d'un cas où on a trouvé le souffle paradoxal qui, paraît-il, couvre le premier claquement. Quant cela serait vrai, qu'y a-t-il de paradoxal? L'épithète est mal choisie. Chez cet homme, de 23 ans, qui a eu un rhumatisme articulaire aigu et qui est chlorotique et nerveux, on constate à la pointe un souffle en jet de vapeur, d'insuffisance mitrale; qui n'empêche pas le premier et le deuxième claquement. La valvule est peu altérée. Les bruits chlorotiques sont intenses dans les jugulaires. On entend, au-dessous de la clavicule gauche et au niveau des trois premiers cartilages gauches, un triple bruit, à savoir, un murmure, puis un deuxième claquement, puis

un murmure au deuxième temps ; c'est ce qu'on entend au niveau du cou. On pourrait en faire des bruits extra-cardiaques, nous en faisons des bruits chlorotiques. Le souffle de la pointe est éclatant, grâce à l'état chlorotique, mais il n'est pas purement chlorotique ; le cœur est un peu gros, le souffle passe en arrière, et le malade a eu un rhumatisme articulaire aigu.

Que deviendront le cœur et le malade ? La lésion n'a pas une forme très aiguë. Il serait possible, avec une hygiène sévère et des alcalins pris comme on le fait pour les maladies du foie, de conduire cet homme jusqu'à 45 ans, 50 ans au plus ; mais il est jeune, obligé de gagner sa vie, peu disposé à obéir à la raison. Toutes les fois qu'il quittera l'hôpital, ce sera pour ajouter quelque chose à la lésion du cœur.

En raison de l'état chlorotique, y aurait-il lieu de prescrire les ferrugineux et le quinquina ? Nous en trouvons l'indication, nous les prescrivons quitte à nous arrêter si le malade les supportait mal. Nous ne croirions pas avoir nu.

Quant à la digitale, on peut y revenir de temps en temps, quand le pouls devient irrégulier, mais s'arrêter vite ; ce n'est pas elle qui empêchera la lésion de s'étendre, si le régime n'est pas sévère. — *Tribune médicale.*

Diagnostic et traitement du rhumatisme articulaire chronique.— Clinique du professeur POTAIN à la Charité.— Il importe grandement, au point de vue thérapeutique, de distinguer le rhumatisme articulaire chronique d'avec la goutte. Or ces deux maladies présentent bien des analogies. La ressemblance est parfois si frappante que les plus savants cliniciens ont pu s'y tromper. Aussi désigne-t-on souvent le rhumatisme articulaire chronique dont nous nous occupons aujourd'hui sous le nom de goutte asthénique.

L'étiologie de chacune de ces affections est absolument différente. Tandis que la maladie goutteuse est déterminée par des excès de nourriture et un défaut d'exercice, le rhumatisme chronique, au contraire, reconnaît pour cause une alimentation insuffisante et des mouvements fatigants des articulations, sans parler du froid humide, dont le rôle prépondérant est de connaissance vulgaire.

De causes occasionnelles si diamétralement opposées, les deux maladies paraissent cependant avoir pour origines premières des diathèses de parenté bien voisine, puisqu'on peut voir par l'atavisme et l'hérédité, qu'il ne faut pas omettre dans l'étiologie, l'une de ces diathèses se transformer en la seconde, et à celle-ci succéder la première, suivant la diversité des facteurs adjutants intervenus dans leur évolution. C'est ainsi qu'on a vu un aïeul goutteux avoir un fils rhumatisant, et celui-ci, devenu père à son tour, procréer un goutteux, petit-fils de goutteux et fils

d'arthritique ; curieux exemple d'alternance entre les diathèses arthritique et goutteuse.

D'autre part, la clinique fournit toute une série de types progressivement différenciés depuis le goutteux franc jusqu'au rhumatisant chronique proprement dit.

Mais laissons ces considérations intéressantes au point de vue théorique pour aborder une étude plus utile au praticien, celle des symptômes propres au rhumatisme chronique, qui permettent d'en porter le diagnostic et de la distinguer de la goutte.

Le début de la maladie est insidieux : c'est un malaise et un engourdissement des membres apparaissant surtout le matin au réveil : le malade trouve ses articulations enraidies et a de la peine à les mouvoir, puis, après quelques mouvements, ils ne s'aperçoivent plus de rien. Bientôt surviennent des élancements douloureux dans les articulations ; ils sont subordonnés aux *circumfusa*, se montrant aux approches du froid, avant la pluie ou la tombée de la neige, rappelés surtout par les variations atmosphériques causés moins par le phénomène actuel que par celui qui se prépare, et constituant alors pour le malade un excellent, mais douloureux baromètre.

Les petites jointures sont envahies les premières. Presque jamais le mal ne se fixe d'abord sur le gros orteil ; c'est au contraire ainsi que débute généralement la goutte.

Dans la goutte la douleur est atroce, la tuméfaction rapide à se montrer et à disparaître. Dans le rhumatisme, les douleurs sont moins vives, le gonflement des articulations plus lent et plus progressif pouvant durer plusieurs semaines ou plusieurs mois. A quelque moment qu'on observe le malade, on observe la tuméfaction et la déformation, qui présente les deux types étudiés par Charcot (extension de flexion), la griffe aux mains et aux pieds (griffe pied creux de Duchesne de Boulogne.)

Traitement.—Le traitement du rhumatisme articulaire chronique comprend à la fois l'emploi des moyens hygiéniques et des agents thérapeutiques.

I. *Traitement hygiénique.*—Il consiste à éviter les causes morbides énumérées précédemment. Le rhumatisant se nourrira abondamment et se livrera à un exercice modéré, mais suffisant.

II. *Médications.*—Dans la période fébrile, on pourra prescrire le salicylate de soude, l'antipyrine ou le sulfate de quinine aux doses ordinaires. Le salicylate de soude est beaucoup moins efficace ici que dans le rhumatisme articulaire aigu.

Dans la période apyrétique, on possédera deux genres de médications : 1^o les médications internes, 2^o les médications externes.

1^o *Médications internes.*—On choisira entre ces deux agents thérapeutiques : l'iode et l'arsenic.

L'iode peut être administré soit sous forme d'iode de potassium, soit directement à l'état de teinture. Dans le premier cas,

on prescrira vingt-cinq centigrammes d'iodure de potassium deux à trois fois par jour ; on augmentera les doses jusqu'à faire prendre au malade 1, 2 et même 3 grammes de médicament en 24 heures. Le traitement devra être continué longtemps.

La teinture d'iode sera prise à raison de 10 à 20 gouttes par jour. La quantité d'iode ainsi ingérée est d'ailleurs assez faible, puisque XX gouttes de teinture ne renferment que 2 centigrammes d'iode. Il faudra avoir soin de diluer le médicament dans un volume de tisane suffisant pour que l'iode n'amène localement aucun trouble dans l'estomac.

L'arsenic convient spécialement aux sujets affaiblis. On l'administre à la dose de trois à six milligrammes par jour.

2^o *Médications externes.*—Ce sont les bains et l'électricité.

Les bains devront être donnés avec de grandes précautions pour éviter les refroidissements. On devra maintenir autant que possible égale leur température. Lasègue insistait beaucoup sur cette condition.

A ce point de vue, les sources thermales présentent un réel avantage, puisque l'eau y est sans cesse au même degré de chaleur. Il faudra donc toujours préférer la piscine à la baignoire, à moins que de l'eau courante ne circule dans celle-ci. Les bains pourront durer 1 et 2 heures.

Ce n'est pas seulement par leur thermalité, mais aussi par leur composition chimique qu'agissent les eaux minérales naturelles.

On peut citer les eaux de Plombières; de Bourbon-Lachambault, du Mont-Dore et de la Bourboule ; ces dernières, dans un cas de M. Potain, ont enrayé rapidement et incontestablement la maladie.

Quand la tuméfaction des articulations est considérable, les eaux précédemment citées ne sont plus suffisantes. Il faut alors recourir aux eaux d'Aix, qui agissent surtout à cause de leur mode d'administration, lequel consiste en une sorte de massage à l'aide de l'eau.

Quand le gonflement articulaire est plus prononcé encore, il faut employer les douches sulfureuses.

L'action de l'électricité ne paraît encore sûrement efficace que contre l'élément douleur de l'affection. Néanmoins, on peut en espérer de nouveaux résultats.

On fera usage des courants continus, par exemple, en plongeant le membre dans un bain où l'on fait passer le courant.

Les courants induits peuvent réveiller la tonicité musculaire et enrayer la dénutrition des fibres.—*Journal de médecine de Paris.*

Traitement de l'ulcère de l'estomac, par le docteur S. PERRET, in *Union médicale.*—La première indication dans le traitement de l'ulcère de l'estomac consiste à éviter les mouvements qui sont défavorables à sa cicatrisation. aussi le médecin devra-t-il conseiller le séjour au lit et le repos.

En second lieu, il faut restreindre l'alimentation, diminuer le travail de l'organe, et, sous ce rapport, c'est la diète lactée qui remplit le mieux ce but. Le régime prescrit par Leube consiste dans de la solution de viande, du bouillon, un peu de lait, quelques biscuits très ramollis. Au bout de trois semaines, un mois de ce régime, il essaye la diète digestible composée d'œufs, de poulet, de purée de pommes de terre, de soupes plus épaisses, de viande crue, pendant huit jours ; puis cette alimentation est augmentée progressivement. En cas de besoin, on peut avoir recours aux lavements peptonisés.

M. Debove, envisageant la question au point de vue de l'acidité du suc gastrique qui, nous le savons, de l'avis de tous, exerce une influence certaine sur l'apparition de l'ulcère, s'efforce de la supprimer par les alcalins. Il en résulte que la digestion stomacale sera par là même abolie, et que la transformation des aliments ne commencera que dans l'intestin. Les malades prennent trois repas ainsi composés : 25 grammes de poudre de viande délayés dans du lait auquel on ajoute la poudre suivante : magnésie, 1 gramme ; craie préparée, 2 grammes ; saccharure de chaux, 1 gramme. On donne, avant chaque repas, 2 grammes de bicarbonate de soude et 4 grammes après.

Leube, au contraire, rejette les alcalins, parce qu'il est difficile suivant lui, de rester dans de justes limites. On peut alors provoquer une sécrétion acide, ou bien neutraliser le suc gastrique, ce qui entravera, dit-il, l'expulsion des aliments pour laquelle l'acidité du suc paraît nécessaire ; d'où la stagnation des aliments favorisant la production des acides lactique, butyrique et carbonique.

Il faut, d'un autre côté veiller à l'évacuation des produits de fermentation normale ou anormale que peut contenir l'estomac. La rhubarbe, la mixture de M. G. Sée, le sulfate de soude,—6 à 8 grammes le matin, remplissent bien ce but. Leube conseille les eaux salines alcalines, telles que Carlsbad, pendant les premiers jours, ou encore un mélange de chlorure de sodium, bicarbonate et sulfate de soude.

Le lavage de l'estomac soulage certains malades ; l'auteur allemand s'en montre très partisan, si la médication précédente ne réussit pas. Il ne faut pas oublier que la dilatation de l'organe s'associe plus d'une fois à l'ulcère ; or, vous savez les résultats avantageux de ce procédé dans cette circonstance. Recourez-y rarement et avec prudence ; pour peu que des traces de sang apparaissent dans le liquide du lavage, suspendez immédiatement l'opération pour renouveler vos tentatives, si l'état le réclame encore. Mais surtout on ne doit jamais laisser aux malades la facilité de se laver eux-mêmes par crainte d'accidents parfois redoutables, témoin l'hémorragie incoercible suivie de mort, qui se montra dans ces conditions chez un homme soigné par Luguët.

La douleur constitue un symptôme si prédominant qu'elle attirera votre attention d'une manière spéciale. Le régime sera déjà un moyen de l'atténuer; mais vous pourrez y contribuer de votre côté, par les opiacés seuls ou unis à des poudres inertes, par le chloral et surtout par les injections de morphine.

Vous combattrez l'hémorrhagie avec la glace, *intus et extra*, avec le perchlorure de fer, sans oublier l'ergotine, principalement en injections sous-cutanées.

Enfin, si vous avez affaire à des individus chez lesquels des habitudes alcooliques, des écarts de régime laissent soupçonner l'existence d'une gastrite, il est bon de recourir aux antiphlogistiques locaux et aux révulsifs.—*Revue de thérapeutique.*

CHIRURGIE

Néuralgie vésicale.—Clinique de M. le professeur GUYON à l'hôpital Necker.— Nous avons dans le service deux malades atteints d'affection nerveuse, la même cause les a amenés à l'hôpital: tous deux souffrent de la vessie. Il y a pourtant une énorme différence dans leur maladie. Je veux parler du n° 2 et du n° 12. Je vous engage à les examiner.

Le n° 2 souffre pendant la miction et urine très souvent, tandis que le n° 12 ne ressent aucun besoin d'uriner et ne peut uriner sans le secours de la sonde.

Je m'occuperai surtout du n° 2, et si je parle du n° 12, c'est parce que je le prendrai comme terme de comparaison.

Le premier est certainement atteint de néuralgie vésicale. Il a eu de fréquentes migraines et ses parents sont migraineux. A l'âge de 27 ans il a été atteint de néuralgie trifaciale. Il y a 7 mois, il a souffert d'une néuralgie testiculaire avec irradiations lombaires.

Pas de blennorrhagie, pas de syphilis.

Notre malade éprouve depuis quelques mois de la douleur du côté de l'anus et à l'extrémité du gland. Cependant ses urines sont claires et il n'a pas de rétrécissement. Il n'a pas eu d'hématurie; en un mot, rien de pathologique. On peut donc, à coup sûr, porter le diagnostic: *néuralgie vésicale*. Mais combien de fois arrive-t-il que l'on donne ce diagnostic à des affections d'un autre genre! On rencontre surtout cette maladie chez certains névropathes semblables à notre malade n° 2, chez lesquels on ne peut assurément constater aucune lésion médullaire. On pourrait croire alors que cette néuralgie est très commune chez les hystériques, tandis qu'au contraire, elle est très rare chez elles, et qu'on la rencontre surtout dans le sexe masculin, chez les né-

vropathes analogues au n° 2, et surtout chez ceux qui ont une légère affection de voisinage, par exemple un petit varicocèle. C'est bien entendu, seulement parce que le sujet est nerveux que cette affectation de voisinage détermine la névralgie.

On la rencontre encore chez les hypochondriaques.

Cette névralgie vésicale est parfois la manifestation du tabes dorsalis ; mais il ne faut pas croire que vous aurez ainsi diagnostiqué la lésion médullaire, car ses phénomènes vésicaux se manifestent bien longtemps avant les phénomènes préataxiques. Ce n'est que plus tard que le diagnostic s'affirme par la persistance des signes précurseurs, ou mieux encore, par l'apparition de nouveaux symptômes : c'est le cas du n° 12. Il y a deux ans, M. Fournier le déclarait *tabétique*, et cependant il n'avait pas les signes les plus ordinaires du tabes. Dans tous les cas, sans être aussi affirmatif que M. Fournier, nous pouvons dire que notre malade est un myélitique. C'est seulement ainsi que l'on peut expliquer tous les troubles que nous avons constatés, sans lésions de la vessie, de la prostate, etc... Il n'est pas permis de penser à une névralgie, car non seulement le malade n'a pas de douleurs, mais il n'éprouve pas même les sensations les plus naturelles, telles que le besoin d'uriner.

N'oublions donc pas qu'on peut trouver des malades ayant des troubles symptomatiques de lésions médullaires encore peu appréciables, mais qui se manifesteront plus ou moins promptement.

Ces malades sont des *faux urinaires*. Dernièrement je vous parlais des cystites douloureuses, et, suivant la douleur qui est l'élément essentiel, je les divisais en grands et petits cas. On peut diviser de même ces névralgies.

Notre malade n° 2 est un petit névralgique. Les grands névralgiques sont très rares, et ce n'est que près des médullaires qu'on les rencontrera, mais jamais on ne trouvera de douleur comparable à la *cystite douloureuse vraie*. Chez ces nerveux sans lésion ou chez lesquels la lésion médullaire est encore cachée, vous remarquerez une grande exagération de la douleur dans des cas où un autre malade ne ressentirait qu'une douleur médiocre, par exemple, dans les cas d'urétrite ou d'affection de la vessie. L'état nerveux du sujet peut donc exagérer considérablement les douleurs des maladies urinaires à lésions.

Mais comment différencier ces malades de ceux atteints de cystite douloureuse, s'il y a lésion et douleurs vives.

Je vous ai dit que les névralgiques étaient ordinairement de petits névralgiques, qu'ils étaient des nerveux, des arthritiques. Vous trouverez que dans leur enfance ils ont eu de l'incontinence d'urine. Quand ils se présenteront à vous, vous les laisserez parler ; ils vous raconteront quatre ou cinq faits à la fois, il vous sera donc facile de juger de la mobilité de leur esprit. Ils ont

aussi des irrégularités sexuelles, tantôt excitation des appétits génésiques, tantôt accalmie.

A l'aide de ces observations, vous arriverez facilement au diagnostic en constatant qu'il n'y a pas de cystite. Vous savez que, pour qu'il y ait cystite, il faut *fréquence et douleur de miction* et *modification* des urines. On peut se rendre compte de tout cela chez notre malade. En pratiquant le toucher rectal et en faisant le cathétérisme je n'ai pas provoqué de douleur; j'ai trouvé seulement de la *résistance* et une sensibilité exagérée de la portion membraneuse. Chez tous les nerveux, les craintifs, les spermatorrhéiques, vous trouverez ces phénomènes qui peuvent être tels qu'ils constituent souvent une difficulté presque insurmontable au cathétérisme. Je n'ai pu constater rien de spécial ni au passage du col, ni au contact de la vessie. Il n'y a donc pas de cystite chez ce malade.

C'est donc seulement en faisant un examen rigoureux que l'on parviendra à faire ce diagnostic et à affirmer ou à éliminer la cystite.

Le pronostic de la *névralgie* vésicale est toujours bénin; mais moins bon cependant si l'on a affaire à un nerveux héréditaire.

Avant de soumettre le malade à un traitement, vous aurez encore à rechercher s'il n'y avait pas de symptômes de voisinage. Ainsi, il n'est pas rare qu'une affection des reins provoque de la douleur vésicale, de même que les déplacements utérins, les hémorrhoides, le varicocèle, provoquent de la cystalgie symptomatique, et, dans ces cas, la thérapeutique devra s'adresser à la cause.

Dans les autres cas, vous obtiendrez une grande amélioration par le traitement local consistant en une dilatation lente, progressive; mais ne faites jamais de dilatation brusque: souvent celle-ci ne fait qu'exagérer les symptômes. Il faut aussi traiter l'état général pour amener la guérison véritable. Quand ce traitement s'adresse à une lésion médullaire, au *tabes dorsalis*, par exemple, on ne peut rien espérer de lui, mais si vous l'administrez à un véritable névropathe, vous êtes assuré de la guérison, surtout si vous employez l'hydrothérapie. Soyez discret dans le traitement local et surtout ne vous laissez pas aller à l'emploi du traitement opératoire.—*Praticien.*

Traitement des tumeurs malignes par l'arsenic.—Le Dr KOBEL a recherché à la clinique chirurgicale de l'Université de Tubingue les effets réels des préparations arsenicales administrées surtout en injections parenchymateuses dans les cas de tumeurs malignes inopérables. Il n'a obtenu absolument rien dans le carcinome épithélial, tandis que dans quelques cas de sarcome généralisé, il y a eu des effets qui ne sont nullement à dédaigner. L'auteur a réuni 59 cas de lymphome malin dont la durée variait

entre 1 et 10 ans, le nombre des cas observés chez des hommes fut double de celui qu'on rencontra chez les femmes. Ils siègent sur le cou. Chez 17 malades on obtint la guérison dans un intervalle variant entre 1 et 6 mois; dans 14 cas on n'eût qu'une amélioration partielle; il faut appliquer le traitement pendant deux mois au moins pour que ses effets commencent à se produire; dans presque la moitié des cas le traitement n'eut aucun résultat. L'arsenic fut donné en partie à l'intérieur, d'après les formules suivantes :

Liquueur de Fowler.....	} à 5 gouttes
Teinture de malate de fer	

ou bien :

Liquueur de Fowler.....	1 gr.
Teinture de malate de fer.....	4 —

De 10 à 40 gouttes deux fois par jour. En même temps on fit des injections de liqueur de Fowler; on commença par une division de la seringue de Pravaz et on alla jusqu'à 5. On s'arrêta lorsque se produisirent les premiers phénomènes d'empoisonnement. Dans 13 des cas traités de la sorte, il y eût des abcès au point où l'injection avait été faite; dans 2 on obtint la nécrose et l'élimination de la tumeur.—*Revue de thérapeutique.*

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

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

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

Les faits les plus importants et les plus difficiles sont ceux où la gonorrhée, s'accompagnant de complications d'épididymite, cystite, prostatite, ne permettent pas l'emploi des injections. C'est surtout dans ces cas-là que le docteur Posner voudrait recommander de s'abstenir absolument des injections et de n'appliquer que l'*Oleum Santali*. Il a constaté que, dans les cas de catarrhe aigu de la vessie, avec l'urine rougeâtre et troublée, ce remède a essentiellement soulagé dans peu de temps, et que l'urine redevenait claire, à la suite seulement de quelques doses. Ce résultat s'applique également aux cas très invétérés de cystites, et prostatites, où se montre toujours une influence très favorable sur le ténésme vésical et sur la clarification de l'urine.

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

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

M. Lublinsky ordonne 10 à 12 capsules à 0,3 *Oleum Santali* par jour, et fait continuer en augmentant jusqu'à 20 capsules par jour. En faisant prendre l'huile même, il a ajouté des pastilles de menthe. Surtout dans le cas de ténésme violent, ce remède est très efficace, même lorsque la vessie est affectée.

M. CASPER confirme, en générale, les observations de M. Posner. Il a eu l'occasion de connaître le médicament en Angleterre, il a deux ans, et s'en est servi depuis presque exclusivement. Ce

remède donne un succès éclatant, surtout dans le cas où le siège de la gonorrhée est dans les parties postérieures de l'urèthre ; l'estomac la supporte bien plus facilement que le baume de copahu. Mais M. Casper trouve que les doses ordonnées par M. Posner sont trop fortes. L'huile de Santal (*Oleum ligni Santali*) qui vient des Indes Orientales, est celle qu'on peut surtout recommander. M. Casper la prescrit trois fois par jour à raison de 10 gouttes, en capsules.—*Tribune médicale.*

Traitement des hémorroïdes par la cautérisation ignée.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital de la Charité. —Je n'arrêterais pas votre attention sur une simple cautérisation au thermo cautère, si l'affection qui nécessite cette opération ne présentait pas quelques caractères particuliers.

Le traitement ordinaire des hémorroïdes consiste, aujourd'hui dans la dilatation forcée de l'anus, au moyen des doigts ou au moyen du spéculum. On doit faire cette opération sous le chloroforme et assez lentement.

Au moment où mon ami le professeur Verneuil proposa la dilatation forcée, comme moyen de traitement des hémorroïdes, je faisais observer que, dans certains cas, cette opération me semblait ne pas pouvoir être appliquée ; mais, depuis ce temps j'ai obtenu très souvent d'excellents résultats de l'application de cette méthode, si simple.

En effet, un malade vous présentera un bourrelet hémorroïdal volumineux, saignant, douloureux avec contractions et ténésme ; vous pratiquerez la dilatation, et, de cette manière, vous supprimerez la contraction douloureuse du sphincter ; un soulagement immédiat succèdera à l'opération, le flux sanguin s'arrêtera ; les hémorroïdes se dégonfleront et la guérison sera bientôt définitive.

Malheureusement, il est des cas où ce mode opératoire ne peut être appliqué. Notre malade se trouve précisément dans ces conditions exceptionnelles. C'est pourquoi j'ai voulu vous en entretenir avant l'opération.

Voici brièvement l'histoire de cet homme : Il a cinquante-quatre ans, c'est un garçon boucher ; il a été atteint, à quatorze ans d'une arthrite du genou, guérie sans laisser aucune trace, et à vingt ans, d'une fièvre typhoïde. De plus, depuis trente ans il a quelques douleurs rhumatismales. Il n'est ni alcoolique, ni syphilitique. Hérité ; fils et petit-fils d'hémorroïdaires. Il commença à perdre le sang en 1859. En 1866, il entre à la Pitié, où il est cautérisé à l'acide nitrique fumant, dans le service de M. Gosselin. Il obtient de ce traitement une amélioration, qui dure jusqu'en 1874, époque à laquelle un médecin de ville le cautérise au perchlorure de fer, ce qui lui procura une nouvelle amélioration de trois ou quatre mois. Enfin, en octobre 1885, il se pré-

renta de nouveau à la Pitié, dans le service de M. Vernouil, où, après la dilatation forcée, l'écoulement sanguin fut réduit à quelques gouttes, mais le prolapsus rectal persista, accompagné de leucorrhée en telle abondance, qu'il devait se tenir garni.

Un an se passa ainsi, quand notre malade sentant ses forces diminuer considérablement, entra dans notre service le 23 décembre 1886. Nous constatons, à la simple inspection, un très grand relâchement du sphincter et, en même temps, un prolapsus du rectum, qui est béant et permet l'entrée de l'index et du médius réunis. On voit que la muqueuse est soulevée à quatre ou cinq centimètres dans l'intestin, par des saillies hémorrhoidales. Il n'y a pas d'inflammation, mais chaque fois que le malade va à la selle, les hémorrhoides sortent et irritent la muqueuse qui, entretenue ainsi de rectite, donnent lieu à ces pertes blanches, qui forcent cet homme à se garnir, depuis plus d'une année.

L'histoire de ce malade diffère beaucoup, comme vous le voyez, de celle des hémorrhoides procidentes ordinaires. J'ai rencontré un cas absolument analogue dans ma clientèle. Il y a quatre ou cinq ans, j'avais procuré à ce malade, par la dilatation forcée un grand soulagement; mais aujourd'hui, il se représente à moi dans la position où je l'avais trouvé la première fois. Je lui ai conseillé l'opération que vous me verrez faire à l'instant.

Chez les malades, comme ceux-ci, le sphincter n'est pas contracturé, au contraire, il est dilaté et sans ressort. Ce sont des cas très déterminés, et qui se réduisent à ces deux éléments: *bourrelet* et *procidence*. La méthode de dilatation n'a donc rien à faire la, puisqu'elle s'adresse à la contracture et qu'il n'en existe pas; mais nous avons un bourrelet à détruire et une procidence de la muqueuse à empêcher et, dans ce but, je vous parlerai de la cautérisation, que je considère comme la meilleure méthode de traitement. Elle a, en effet, l'avantage de détruire les hémorrhoides et en même temps de produire du tissu cicatriciel, et c'est en quoi consiste son action la plus salutaire sur la procidence de la muqueuse.

On peut cautériser par un grand nombre de procédés. Mon prédécesseur dans ce service, M. le professeur Gosselin, employait l'acide nitrique monohydraté. A mon avis, la cautérisation au fer rouge est bien préférable. Mon collègue M. le professeur Richet, pratique cette cautérisation au moyen de pinces semblables aux fers à friser. Il saisit les hémorrhoides entre les mors de la pince incandescente. De cette manière les hémorrhoides sont détruites en un clin d'œil. Assurément ce procédé est excellent, mais il est applicable surtout dans les cas où la tumeur hémorrhoidale est pédiculisée. J'espère atteindre le même résultat avec le thermo-cautère. Si je vais un peu moins vite, en revanche vous constaterez combien il me sera bien plus facile

d'attaquer avec précision les paquets hémorrhoidaux que la pince de Richet pourrait difficilement saisir. Suivant l'état de ces paquets, j'agirai par simple attouchement, ou par ponctions, ou par sections linéaires. Pour éviter un rétrécissement de l'orifice anal et de l'anet même, j'aurai soin de ne pas cautériser le pourtour de l'orifice et quelques parties de la muqueuse que je choisirai au niveau des endroits les moins malades.

Cet inconvénient ne pourrait être évité en procédant autrement, par exemple : avec l'écraseur Chassaignac ou par la cautérisation au fer rouge.

Je résumerai en quelques mots l'opération, telle que je vais la pratiquer. D'abord, j'endormirai le malade, puis, le plaçant de côté, j'introduirai le spéculum employé ordinairement pour la dilatation. L'orifice anal ayant perdu sa tonicité, vous pensez bien que ce n'est pas dans le but de dilater, mais seulement pour donner de la lumière et faciliter la cautérisation, en portant le fer rouge aussi haut qu'il est nécessaire, et cela en toute sécurité. En moins de deux minutes, l'opération sera terminée.

Il est clair, Messieurs, qu'en procédant ainsi, on évite d'avoir à se servir d'instruments spéciaux, pour abaisser les hémorrhoides et que l'inspection du conduit ano-rectal est rendue très facile, ce qui constitue de précieux avantages, pour mener à bonne fin cette opération, laquelle permettra certainement à notre malade de quitter l'hôpital, radicalement guéri, dans un temps très proche.—*Praticien.*

Péritonite chronique guérie complètement par la laparotomie et le drainage.—Beljueff rapporte le cas d'une femme de trente deux ans qui, à la suite d'une fausse couche, fut atteinte d'endométrite et de périmérite, puis de péritonite chronique simple généralisée, une ascite considérable qui fut ponctionnée deux fois sans résultat au point de vue de l'état de la malade et de sa lésion. On décida la laparotomie. On trouva le péritoine viscéral et pariétal énormément épaissi et très vasculaire. Le liquide péritonéal contenait une petite proportion de fibrine et des globules rouges.

On pratique un lavage complet du péritoine à l'aide d'une solution très faible de sublimé, et on établit le drainage bilatéral de la cavité péritonéale par le vagin et la fossette de Douglas. Au bout de trois mois de ce drainage, la guérison fut obtenue complètement. Ce cas rare est favorable à l'opinion de Lawson Tait, qui maintient que la cavité péritonéale est ouverte maintenant aux entreprises de la chirurgie ni plus ni moins que la plèvre ou les cavités articulaires.—*Cent. f. Chirurg. et Union méd.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Du sarcome du sein.—Clinique de M. TILLAUX, à l'hôpital Hôtel-Dieu.—Nous allons, aujourd'hui, opérer deux malades. La première est une jeune femme de vingt-deux ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui s'est aperçue, il y a environ dix-huit mois, qu'elle avait le sein gauche une petite tumeur du volume d'une noisette. Aujourd'hui, en appliquant la main à la partie supérieure et interne du mamelon gauche, car elle ne fait pas de relief sous la peau, on sent une grosseur qui a à peu près le volume d'une noix, est absolument mobile sous les parties antérieures comme sur les parties profondes et fuit sous le doigt de tous les côtés sans exception. Dans ma leçon d'avant-hier je vous disais : " Cette tumeur, il est vrai, est mobile dans tous les sens, mais pas autant que celle qui fera l'objet de ma prochaine conférence, car elle est rattachée au mamelon par un espèce de pédicule. " Ici, au contraire, il n'existe rien de pareil ; le mamelon est complètement indépendant de la tumeur. La tumeur d'avant-hier, en outre, était inégale, irrégulière, bosselée, dure au toucher ; celle d'aujourd'hui, au contraire, est lisse, régulière et un peu élastique. Inutile d'ajouter que la santé générale est parfaite et qu'il n'y a rien dans les ganglions.

L'autre malade est bien différente ; c'est une femme de quarante-sept ans qui m'a été envoyée de Tours par un de mes anciens internes pour une tumeur du sein droit. Les antécédents, soit héréditaires, soit personnels, ici encore, sont bons. Maintenant, détail singulier, au dire de la malade, l'existence de cette tumeur ne remonterait qu'au mois d'août 1886. Pour ma part, vu son volume tout à fait exceptionnel, je crois que cette femme, qui est grosse, avait dans le sein droit, longtemps avant une petite tumeur de la grosseur d'une noisette dont elle ne s'était pas aperçue parce qu'il n'y avait aucune douleur. Quoi qu'il en soit, au mois de décembre dernier, après avoir attrapé froid, elle vit sa tumeur grossir un peu. Au mois de janvier, son médecin ayant cru sentir de la fluctuation, fit une ponction explorative qui, très vraisemblablement, ne fut pas très heureuse, car à partir de ce moment la tumeur prit un accroissement considérable. Bref, aujourd'hui, voici quelle est la situation. A droite, nous trouvons une tumeur irrégulière et bosselée, à consistance variable suivant les points, qui, partant de l'aisselle, remonte dans le creux sus-claviculaire, revient sur la poitrine presque sur la ligne médiane et descend sur le thorax. Son diamètre vertical mesure 73 centimètres, son diamètre horizontal 13 centimè-

tres et celui de son pédicule est de 20 centimètres. La peau, très rouge et traversée par de grosses veines à la partie supérieure, est relativement saine, bien qu'œdématisée à la partie inférieure. Maintenant, quand on cherche à soulever la tumeur avec les deux mains, on arrive à la déplacer sur le thorax malgré son poids énorme ; c'est vous dire qu'elle n'adhère que faiblement au grand pectoral et est par conséquent enlevable. Enfin, outre une santé générale très bonne, il ne semble pas y avoir de ganglions dans l'aisselle.

Le diagnostic de ces deux tumeurs me paraît être évidemment celui de sarcome du sein. Pour le dernier cas, il s'agit d'un cysto-sarcome encéphaloïde et, pour le premier, d'une tumeur adénoïde. Le plus intéressant de ces deux exemples, c'est que vous avez les deux extrêmes ; d'une part, vous assistez au début du sarcome et, d'autre part, vous avez sous les yeux le degré ultime de cette maladie. Ceci me permet de résoudre une question qui vous sera posée bien des fois dans la pratique. Et, de fait, quel conseil donnerez-vous à une jeune femme qui vient vous demander ce qu'il faut faire pour une tumeur du sein en tout semblable à celle de notre première malade ? Sans hésitation aucune, notre devoir sera de conseiller l'ablation, parce que cette tumeur pourra prendre, un jour ou l'autre, des proportions vraiment inquiétantes.

Je désire vous donner quelques détails sur les procédés opératoires auxquels nous allons avoir recours pour soulager ces deux femmes, car c'est là un point très important. Parlons d'abord de la première malade. Nous disons que sa tumeur est encapsulée et mobile dans tous les sens, de telle façon que si après l'avoir saisie avec la main on fait une incision à la peau elle s'énucléerait comme un noyau. C'est là un procédé bien tentant qui a été souvent employé. Il y en a un second. Au lieu d'énucléer cette tumeur, certains chirurgiens ayant observé des récidives à la suite de cette manière de faire ont conseillé l'ablation totale de la glande mammaire. Eh bien ! qu'y a-t-il de vrai dans ces deux méthodes ? Certes ! il ne faut pas se contenter l'énucléation, car on laisse une capsule qui joue peut-être un certain rôle dans la reproduction de la tumeur, et cela d'autant plus qu'on trouve quelquefois dans son épaisseur, si je puis m'exprimer ainsi, des petits enfants de tumeur. Est-ce à dire qu'il faille sacrifier toute la glande mammaire, ce qui n'est pas sans importance surtout chez une jeune femme qui peut avoir des enfants ? Non, attendu que cette affection est toute locale. Que faire donc ? Prendre ce moyen terme que j'emploie depuis bientôt une dizaine d'années avec succès sans avoir jamais eu de récidives. Il consiste à pratiquer à la surface de la peau une incision linéaire afin d'enlever la tumeur avec sa capsule tout en laissant le reste de la glande. La deuxième opération, bien que moins facile, en présence de

l'insistance de la malade et vu la possibilité matérielle d'arriver à un résultat satisfaisant, ne nous permet pas de nous dérober au devoir d'agir. Deux points sont à considérer : l'hémostase d'une part, et la manière d'arriver à recouvrir cette immense surface du thorax après l'ablation de la tumeur d'autre part. Et d'abord, comment éviter l'hémorrhagie ? On pourrait songer au thermocautère ; mais, outre que cet instrument nous ferait perdre beaucoup de temps attendu que pour être hémostatique il faut qu'il soit à peine chaud, il ne nous garantirait pas contre la perte de sang en nappe. Ferai-je donc une dissection lente et mettrai-je donc une pince à mesure que les vaisseaux seront coupés ? Non, parce que l'expérience démontre que quand on agit dans une région où l'hémorrhagie est produite par des plaies veineuses le sang s'arrête de lui-même aussitôt l'opération terminée. J'emploierai donc le bistouri et irai le plus vite possible. Ici, en outre, nous pourrons appliquer le pouce sur l'artère sous-clavière au niveau de la première côte, pendant toute la durée de l'intervention afin d'avoir le moins de sang possible. Reste le deuxième point. Il est évident qu'avec un pédicule qui mesure 20 centimètres de hauteur et autant de largeur, il faut essayer de prendre à la surmeur une portion de peau suffisamment saine qui sera destinée à recouvrir la position dénudée absolument comme dans une amputation quelconque. Pour le cas présent, voici ce que je ferai : après une première incision s'étendant de l'aisselle à l'extrémité interne de la tumeur, j'en ferai une seconde réunissant les deux extrémités de la première à la place supérieure et essaierai de décoller la tumeur du grand pectoral par mes doigts.—*Praticien.*

Contribution à l'étude des tumeurs de l'urèthre chez la femme.—Adénomes et kystes glandulaires.—Dans un travail présenté il y a quelque temps à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, M. le Dr. R. TROUART étudie les tumeurs que l'on désigne généralement sous le nom de *polypes* de l'urèthre. Il s'attache à mieux en préciser la nature en rectifiant certaines opinions admises jusqu'à aujourd'hui.

Voici les principaux caractères cliniques que présentent ces tumeurs : coloration rosée ou rouge foncé ; volume variant de celui d'un pois à celui d'une noix ; surface arrondie ou plus souvent granuleuse ; pédiculées ou sessiles ; très vasculaires, elles saignent au moindre contact. Leur siège, presque constant, est la demi-circonférence inférieure du méat urinaire ; mais elles peuvent être entièrement cachées dans l'intérieur du canal. Rarement indolentes, elles sont ordinairement le siège de vives douleurs, qui peuvent rester localisées ou s'irradier le long du canal jusqu'à la vessie et à la région lombaire ; provoquant alors, par action réflexe, la contracture du sphincter vésical, elles donnent lieu à la rétention d'urine.

Connues depuis fort longtemps, ces tumeurs, depuis Ambroise Paré jusqu'aux auteurs contemporains, ont reçu les appellations les plus diverses et ont provoqué les interprétations les plus divergentes. En 1836, Velpeau, le premier, leur donne le nom absolument impropre de *polypes*. Ce sont d'ailleurs les travaux de Verneuil, de Tillaux, de Luys, de Ranvier, basés sur des examens histologiques attentifs et répétés, qui ont le plus contribué à éclairer la question de la nature réelle de ces tumeurs. Ils ont eu pour résultat de démontrer qu'elles n'étaient pas autre chose que des *papillomes*, et cette opinion est adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.

Hutchinson, en Angleterre; Richet et Dupin, en France, continuent cependant à considérer les polypes de l'urèthre comme des végétations hémorrhoidales; or, les varices de la muqueuse uréthrale, qui existent assurément, se distinguent des tumeurs vasculaires par une symptomatologie très différente. Ces auteurs ont donc le tort de généraliser une opinion qui manque d'ailleurs de la preuve directe fournie par un nombre suffisant d'examen histologiques.

Le rôle de l'élément glandulaire dans la production des polypes de l'urèthre, presque méconnu jusqu'à nos jours est cependant d'une grande importance; on se l'explique aisément depuis que l'existence de glandes en tubes et même de glandes en grappes a été démontrée par Sappey dans la muqueuse uréthrale. Un certain nombre d'observations, appuyées de l'examen histologique dans la plupart des cas et dues à M. Larcher, à Nicaise et à l'auteur lui-même, permettent d'affirmer que bien des tumeurs uréthrales décrites sous le nom de polypes, ne sont en réalité que des *adénomes*, dont la structure anatomique n'a pu être recherchée.

Il y a à remarquer, au point de vue symptomatologique, que ces adénomes ne paraissent pas douloureux, fait très important pour le diagnostique. Au point de vue étiologique, la blennorrhagie jouerait un rôle décisif, soit en déterminant une hypertrophie des glandules, soit en provoquant l'oblitération des canaux excréteurs.

La rétention d'urine, si souvent consécutive à l'existence d'une tumeur uréthrale même de très petit volume, n'est pas le résultat d'une oblitération directe du canal par cette tumeur; elle est de nature uniquement spasmodique, ainsi que le démontre l'observation clinique. Lorsque ce symptôme se produira, le chirurgien devra toujours rechercher s'il n'existe pas de tumeur uréthrale.

La rapidité d'évolution de la maladie diffère beaucoup suivant la tumeur; ainsi, elle serait plus considérables que les papillomes que pour les adénomes. Quant au *traitement*, le plus rationnel que l'on puisse proposer est l'excision suivie de la cautérisation au thermo-cautère.

Tels sont les principaux points traités par l'auteur, qui termine son travail en faisant remarquer l'utilité qu'il y aurait, au point de vue du pronostic et du traitement, à renoncer au terme trop vague de polype, pour appliquer à chaque genre de production, d'après sa constitution histologique, son titre propre et sa thérapeutique spéciale.—*Gazette de gynécologie.*

Hydrastis Canadensis dans les hémorrhagies utérines.—Le DR. WILCOX, in *Medical Analectic*, donne ʒ XXX gouttes d'extrait fluide d'hydrastis trois ou quatre fois par jour, dans les fibromyomes, les subinvolutions et les métrites hémorrhagiques. D'après ce praticien, cette drogue s'oppose aux hémorrhagies utérines, dans le cas de fibromyomes, en anémiant l'organe sans provoquer l'état tétanique de l'ergot de seigle, ni les alternatives de contraction et de relâchement. Quand on a affaire à de petits fibromes, l'hydrastis serait plus avantageux que l'ablation, laquelle pourrait quelquefois être suivie d'hémorrhagie ou de septicémie. L'hydrastis serait souverain contre les métrites fongueuses, même alors que le curage aurait échoué comme moyen hémostatique; autre avantage, ce procédé n'oblige pas à garder le lit. D'après l'auteur, ce médicament rendrait inutile l'opération Emmet. Sous son influence, la matrice voit son volume diminuer; la leucorrhée devient moins abondante, les érosions se guérissent, les déplacements eux-mêmes seraient modifiés heureusement.

Le Dr. Wilcox a traité cinq cas d'hémorrhagie climatérique par l'hydrastis; les résultats obtenus sont réellement merveilleux, car chacun sait combien ces hémorrhagies sont difficiles à arrêter. Il faut ajouter qu'en même temps on administrait du bromure à faible dose et de l'arsenic *largam manu*.

Neuf cas d'inflammation du petit bassin ont été traités à l'aide de l'hydrastis. Depuis lors, l'auteur a abandonné l'iode et, dans quelques cas, l'eau chaude et tout traitement local. Son usage se recommande dans la pyosalpingite.

Le Dr. Wilcox a amélioré, avec ce médicament, trois cas d'antéflexion congénitale. Enfin il croit que l'usage quelque temps continué de l'hydrastis rendrait, dans beaucoup de cas, inutile un certain nombre d'opérations regardées jus-à-ici comme nécessaires, et permettrait aussi de supprimer l'examen local complet si pénible à pratiquer chez les jeunes filles. — *Journal des sc. méd. de Lille.*

Traitement du mal de mer.—Le docteur W. C. DEANE, de New-York, dit que durant un voyage d'outre-mer, à bord du steamer Arizona, il a observé au moins vingt cinq cas de guérison du mal de mer au moyen du Bromo-Soda de Warner, donné à hautes doses, alors que d'autres médicaments avaient complètement échoué.

PÆDIATRIE.

De la paralysie diphtérique. — Clinique de M. BOUCHUT, à l'Hôpital des Enfants-Malades.—De toutes les maladies que vous avez pu étudier avec moi durant la visite, ce n'est ni sur la fièvre typhoïde, ni sur les manifestations de la diphtérie, angine couenneuse ou group, ni sur la pneumonie que je veux attirer votre attention. Un cas plus intéressant me sollicite. Une enfant vient d'entrer, atteinte d'une paralysie du voile du palais, suite d'une angine couenneuse. Je veux, à ce sujet, vous exposer aujourd'hui la théorie que je défends depuis quinze années, et vers laquelle viennent se rallier ceux qui la combattaient naguère.

Un mois avant ce jour, la petite fille du numéro 58 fut prise d'une angine couenneuse qui disparut sous l'influence du chlorate de potasse. Puis, il y a huit jours environ, elle commença à nasiller, les boissons qu'elle prenait revenaient par les narines, sa vue s'amointrit, elle eut des bourdonnements d'oreilles et une grande faiblesse dans les jambes, accompagnée de douleur, mais sans altération de la sensibilité tégumentaire. Bientôt la marche fut impossible. Vous l'avez vue, elle est intelligente et nous rend parfaitement compte de son état. Depuis hier, les boissons ne reviennent plus par le nez, elle peut maintenant marcher, elle voit mieux, mais l'insensibilité du voile du palais est encore très manifeste, elle nasille toujours. L'enfant, dans ces conditions, ne présente que de la paralysie du voile du palais, avec un commencement d'amaurose et de paralysie des membres inférieurs.

Ces accidents étaient, à ce qu'il paraît, connus de la médecine grecque; ils furent ensuite oubliés et restèrent longtemps inaperçus. Poirier découvrit, plus tard, la relation qui existait entre eux et l'angine diphtérique. C'est alors, que, prenant cette idée pour base, ceux qui faisaient de la diphtérie une maladie générale, virent dans la paralysie du voile du palais une manifestation du virus diphtérique, et, heureux de rencontrer ce nouvel argument en faveur de leur doctrine, lui donnèrent le nom de paralysie diphtérique. Mais Marquez (de Colmar), en démontrant que cette paralysie pouvait tout aussi bien être le résultat d'une angine simple, paralyssa l'importance de ce système, qui tend aujourd'hui à disparaître entièrement. De nos jours, il est bien prouvé que ces paralysies qui prennent naissance au voile du palais, et qui, se généralisant, peuvent envahir les membres inférieurs et le corps tout entier, ont pour cause soit une angine couenneuse, soit

une angine simple. Il faut donc chercher ailleurs que dans le virus diphthérique la source de ces accidents.

Voici, je le répète, l'opinion que je soutenais il y a quinze ans et à laquelle je m'attache de plus en plus. De même qu'à la suite d'un érysipèle, vous observez une anesthésie de la peau, résultat de la propagation inflammatoire aux nerfs de la région tégumentaire, de même l'inflammation du voile du palais se communique aux nerfs palatins dans lesquels elle détermine une irritation dans les cas légers et qui guérissent, une véritable névrite dans les cas graves, qui ne guérissent pas. Cette irritation ou cette névrite produisent la paralysie du voile du palais. Mais, chez quelques enfants, notamment chez la petite fille du numéro 58, la paralysie du voile du palais n'est pas le seul fait remarqué : à cette paralysie primitive succèdent des paralysies secondaires, celle des membres inférieurs, par exemple, parfois une paralysie générale que j'ai pu observer chez un enfant que l'on pouvait manier en tous sens, à l'égal d'un polichinelle. Comment expliquer cet enchaînement de phénomènes ? Car c'est une véritable chaîne dont les paralysies diverses forment les anneaux, anneaux unis par un lien qu'il convient de rechercher. Ce lien est celui qui fait que l'amaurose succède à la névrite de la cinquième paire; c'est le même qui produit les accidents du tétanos à la suite d'une petite plaie de la main ou du pied. La paralysie angineuse est donc une névrite qui, partant du voile du palais, gagne les centres nerveux pour descendre ensuite, au moyen de la moelle, dans les cordons périphériques qu'elle va paralyser. A ceux qui ont voulu faire de cette paralysie une paralysie anémique, je puis répondre par les recherches histologiques, qui viennent aujourd'hui prêter leur appui à mes observations cliniques. Du reste, cette théorie ne se soutient pas, lorsqu'il s'agit d'enfants doués d'une bonne constitution, qui, durant une angine fort brève, ont été très confortablement nourris. Quoi qu'il en soit, l'altération des nerfs périphériques et de la moelle, dans le cas de paralysie angineuse a été fort bien étudiée en Allemagne et en France. Il résulte de ces recherches que les lésions sont surtout remarquables dans les tissus angineux, qu'on les observe, dans la moelle, sur les cornes antérieures et que de là elles peuvent être suivies jusque dans les muscles où elles disparaissent, enfin qu'elles sont en raison directe de la durée de la paralysie. Voici en quoi consistent ces lésions : sur une coupe, au microscope, les tubes nerveux altérés ont une apparence moniliforme, le cylindre axis est détruit, la myéline a subi la transformation grasseuse, et la gaine de Schwann présente une infiltration granuleuse. A mesure que l'on s'éloigne de la partie la plus malade, la décroissance de l'altération est plus manifeste, et peu à peu les tubes nerveux reprennent leur forme cylindrique, les parties qui les composent, leurs propriétés naturelles. Les lésions que je viens de signaler n'existent que dans les

cas où la maladie a été de longue durée. Sans doute, dans les cas plus légers la paralysie commence-t-elle par une petite irritation, qui rétrograde ensuite et permet la guérison.—De ces démonstrations chimiques et histologiques il résulte clairement que la paralysie angineuse, loin de tirer son principe dans le virus diphtérique, présente une origine nerveuse, anatomique, matérielle.

Le pronostic doit être réservé : il est impossible de prévoir l'issue de la maladie, il est impossible de prévoir si la paralysie est le résultat d'une irritation simple qui rétrogradera, ou bien l'effet d'une névrite qui suivra son chemin, envahissant tout le système nerveux périphérique, et amenant la mort, le plus souvent par asphyxie. Cependant dans le plus grand nombre de cas le malade guérit. On doit noter toutefois, comme symptôme grave et précurseur d'une issue fatale, la propagation de la paralysie à la région thoracique.

Pour obtenir la guérison, deux traitements doivent être employés. Le premier est celui de la convalescence. Au bon air de la campagne, à la nourriture saine et fortifiante vous unirez le fer, qui peut être pris sous toutes les formes, à l'état de limaille, de pyrophosphate, de sous-carbonate, d'eau ferrugineuse et à la dose de 0,50 centigr. Au fer vous joindrez l'arsenic sous forme d'arséniate de fer, ou mieux d'arséniate de soude, et à dose progressive de 0,005 milligr. à 0,015 milligr., ou même 0,020 milligr., si l'enfant est un peu âgé. Je vous conseille encore le quinquina, que ce soit à l'état de macération, d'extrait mou, ou de sulfate de quinine, peu importe. Un grand nombre de paralysies, cèdent à l'influence de ce traitement ; si toutefois son action était insuffisante, le traitement local serait indiqué. Il consiste en massages, en moyens hydrothérapiques, en bains de mer et de rivières, en frictions générales, en vésication le long de la moelle, et, s'il le faut, en cautérisations. Pour ce faire, je proscriis les cautères et préconise les points de feu à l'aide du fusain : c'est le moyen le plus pratique et le plus sûr. Ces cautérisations doivent être épidermiques. Mais le meilleur agent local est l'électricité. Dès que les membres inférieurs sont paralysés, vous devez employer ce moyen. Les deux électricités, par faradisation et par courants continus, sont également utiles. Et, à ce propos, permettez-moi de vous rappeler la façon d'agir de ces moyens électriques : l'électrisation à courants continus rappelle le sang vers la partie où elle agit et provoque ainsi sa nutrition ; l'électrisation à courants interrompus se borne à rappeler la fonction. C'est pourquoi tandis que vous devez repousser cette dernière, dans le traitement de la paralysie infantile qui est une paralysie atrophique, vous pouvez indifféremment employer les deux électrisations dans les soins à donner dans la paralysie angineuse.

—*Paris médical.*

Traitement de la diarrhée infantile par la semence de cacao.—Voici un excellent moyen, communiqué par *Il Raccogli-tore medico* :

On pulvérise les semences de cacao, légèrement torrifiées au préalable; on fait bouillir cette poudre, mêlée avec du sucre, dans du lait: 10 gr. de cacao, 5 gr. de sucre, pour une tasse de lait. Cette mixture s'administre au jeune malade, trois fois par jour. On diminue la dose, dès qu'une amélioration se produit chez l'enfant. Cette amélioration réussit aussi chez les adultes. L'effet est rapide, le mieux se manifeste le premier jour. Le traitement a été expérimenté sur une centaine de malades, chez lesquels la guérison ne s'est pas fait attendre plus de huit jours; il convient principalement dans les états chroniques.

De la diphthérie larvée.—Au numéro 40 de la salle Sainte-Vierge est couchée une petite fille de sept ans et demi qui est entrée pour une affection excessivement simple en apparence: un peu de pharyngite et un léger degré de laryngite par propagation; tel était le diagnostic. Toutefois, dès le début nous fûmes frappés, avec des lésions aussi peu importantes, de l'intensité de la toux laryngée, puis, les jours suivants, de la présence de l'enrouement, et enfin, hier, de l'extinction complète de la voix. Maintenant, pour ce qui est des conditions actuelles, nous avons une voix éteinte, une toux grasse, un mouvement fébrile peu important, et un pharynx moins rouge que les jours passés. Il est évident que pour chacun de nous il s'agit là d'une pharyngite et d'une laryngite plus ou moins intense. Pourquoi en est-il seulement ainsi? C'est parce qu'il n'y a pas de retentissement sur les ganglions et pas de manifestations diphthériques. Et cependant, cet enfant me paraît être un de ces cas douteux dans lesquels il faut plutôt incliner vers la diphthérie que vers une inflammation simple, parce que cet état s'accuse de jour en jour. Qu'observons-nous, en effet, dans une laryngite intense? De la douleur, des obligations de tousser, de l'insomnie, des cauchemars, des accès de suffocation en même temps qu'un certain mouvement fébrile. De plus, une laryngite intense, en général est une affection toujours secondaire; elle survient après la rougeole, la scarlatine, des brûlures. Il est pourtant quelquefois chez l'enfant qui a déjà un certain âge, mais bien plus rarement chez celui qui est encore à la mamelle, des laryngites aiguës et suraiguës. Tel est le tableau de la laryngite intense, qu'elle soit primitive ou qu'elle soit secondaire. Comme vous le voyez il ne ressemble pas du tout à celui que présente cet enfant; en conséquence, rien n'est moins étonnant que j'incline plutôt vers une imprégnation diphthérique qui ne va pas jusqu'à faire de la couenne.

De pareils faits sont très importants à connaître, surtout au point de vue de la thérapeutique à employer. Pour bien vous

faire saisir l'importance de ce sujet, je vais vous raconter la mésaventure terrible qui est arrivée à un de nos médecins des plus distingués. C'était en ville; la mère désolée dit un beau matin à son médecin, ami de la famille: " Mais, docteur, que pensez-vous de cette perte de la voix, de ces petites suffocations la nuit? Me cacherez-vous, par hasard, que mon enfant a le croup? " — Ah! Madame, répond le médecin, le croup? Non, certes, et pour vous le prouver je vais mettre à l'instant même un vésicatoire à la gorge." Ce qui fut dit fut aussitôt fait, et l'enfant, pour me dispenser de tout commentaire, succomba quelques jours plus tard à la diphthérie. En pareille circonstance, maintenez-vous donc dans le doute, n'avertissez pas les parents, et dites leur simplement qu'avec un peu de patience il est à peu près certain que tout cela guérira.

La diphthérie, dans ses formes larvées, est très difficile à reconnaître. Ainsi, dans ma salle, j'ai eu une petite fille que nous avions d'abord envoyée au pavillon d'isolement à cause d'une angine couenneuse. Plus tard, elle nous revint avec de la diarrhée et de la bronchite. Chez nous, son état loin de s'améliorer, s'aggrava tellement que nous vîmes cet enfant fondre sous nos yeux. Pendant quelques jours, même, nous la trouvâmes couchée sur le ventre, la tête entre ses oreillers par crainte de la lumière. Eh bien, n'avait-elle? Comme nous, d'après l'auscultation du thorax, vous auriez commis une erreur de diagnostic en pensant que ces accidents étaient d'origine tuberculeuse. Et de fait, un beau jour, cette enfant se mit à reprendre un peu de vitalité, et, au bout de trois semaines à un mois, guérissait avec une poitrine indemne de tout soupçon de tuberculose. Il s'agissait donc bien, ici encore, d'une de ces diphthéries larvées qui ne vont pas jusqu'à faire des fausses membranes dans les bronches. Comme conclusion, en présence de cas aussi embarrassants où vous avez lieu de suspecter la diphthérie, ne songez pas, je vous en prie, aux vésicatoires, aux sangsues, au mercure ou à l'opium.

De l'érysipèle chez le nouveau-né. — Bien qu'assez rare chez le nouveau-né, l'érysipèle n'en présente pas moins un intérêt pratique assez grand que le Dr. MAVRUKOS a bien fait ressortir; l'érysipèle se développe de préférence dans les milieux malsains, parmi les classes ouvrières; les conditions qui favorisent son apparition sont la misère, la malpropreté, l'encombrement, les mauvais soins, le mauvais état général du sujet et en particulier l'athresie (Parrot): mais, pour que l'érysipèle apparaisse, il faut que l'agent infectieux ait pénétré dans l'organisme par une solution de continuité des téguments; cette porte d'entrée chez le nouveau-né est très souvent la cicatrice ombilicale, baignée par des liquides purulents que Lorain appelait les lochies ombilicales du nouveau-né. L'érysipèle débute encore par les organes génitaux

ou les cuisses : on trouve alors facilement la porte d'entrée dans de petites exulcérations des parties génitales externes, dans l'existence d'un intertrigo entre la face interne des cuisses ; dans l'érythème de ces régions qui se produit sous l'influence de la diarrhée, lorsque l'enfant n'est pas entouré de grands soins de propreté. D'autre fois, ce sont des pustules de vaccin, d'ecthyma, des éruptions strumeuses, en particulier les gourmes du cuir chevelu, qui servent de point de départ à l'affection ; tel est le cas le plus habituel chez les tout jeunes enfants lorsque la cicatrice ombilicale est entanisée.

Le début de l'érysipèle est habituellement insidieux ; les signes locaux existent seuls et sont surtout caractérisés par la rougeur vive de la peau, la dureté et la rénitence du tissu cellulaire, l'absence de bourrelet périphérique, la tendance à la suppuration et surtout à la gangrène. La forme gangréneuse de l'érysipèle qui est une complication assez rare chez l'adulte est si fréquente chez les nouveau-nés qu'elle fait pour ainsi dire partie de la maladie. A la période d'état, à mesure que les symptômes locaux évoluent, l'état général est marqué par une grande excitation, avec troubles digestifs très accusés. La température est régulière, peu sujette aux oscillations.

La marche est habituellement aiguë ; l'érysipèle se termine rarement par la guérison ; le plus souvent le nouveau-né finit dans le collapsus : la mort peut être hâtée ou même déterminée par des complications telles que pleurésie, méningite, péritonite, phlébite de la veine ombilicale, ictère, etc. La terminaison la plus fréquente est la mort ; elle est surtout fréquente dans les premières semaines de la vie, c'est-à-dire, lorsqu'il s'agit du véritable nouveau-né, et, pour Trousseau, la mort est fatale ou presque fatale chez l'enfant âgé de moins de 15 jours. Au deuxième et troisième mois et surtout plus tard, la guérison peut survenir, mais ce n'est bien entendu qu'après un temps qui varie avec l'intensité des symptômes locaux ; s'il y a eu des plaques de gangrène, il faut un temps assez long pour éliminer les escharres et réparer les pertes de substance.

Il est facile de distinguer l'érysipèle chez le nouveau-né d'avec l'eczéma rubrum, l'urticaire, l'érythème simple ; le diagnostic avec le sclérème est parfois plus délicat : cependant l'absence de coloration de la peau n'existe que dans le sclérème.

Le traitement prophylactique est extrêmement important : il consiste dans une hygiène raisonnée, dans de bons soins permanents du nouveau-né, surtout dans les soins de propreté ; il faut éviter tout érythème, toute excoriation capable de créer une porte d'entrée à l'infection érysipélateuse. S'il existe une plaie, la plaie ombilicale par exemple, on la panse avec le plus grand soin, en s'aidant de l'antisepsie ; on ne se sert ni de l'iodoforme que les petits enfants supportent très mal, ni de l'acide phénique

trop irritant pour leur peau ; la solution concentrée d'acide borique dans l'eau distillée sans alcool est bien supportée et assez antiseptique pour que, les pansements étant assez fréquemment renouvelés, aucune infection ne se produise. S'il existe le moindre foyer d'érysipèle, le nouvel être en sera autant que possible et le plus vite possible éloigné. M. Mavrikos n'a pas assez insisté dans son étude sur la meilleure manière de panser le cordon ; sans que l'érysipèle apparaisse, on voit parfois survenir des érythèmes qui ne reconnaissent d'autre cause qu'un pansement du cordon mal fait.

Grâce à ce traitement prophylactique, l'érysipèle du nouveau-né devient de plus en plus rare ; cependant, lorsqu'il survient, il faut le traiter. Sans rappeler tous les médicaments qui ont été employés localement (lotions de tannin et camphre dissous dans l'éther, émoullients, pommades résolatives, antiphlogistiques, colodion, etc.), voici ce qu'il convient de faire : on recouvre les parties atteintes d'érysipèle de compresses de toile fine, imbibées fréquemment d'une solution tiède d'acide borique à 4 p. 100 et recouverte d'un taffetas gommé ; on peut encore employer la pommade boriquée à la vaseline en onctions et recouvrir d'ouate. Le traitement général est surtout tonique : on peut avoir recours à l'alcoolature de racine d'aconit à la dose de cinq à six gouttes par 24 heures dans une potion ou bien prescrire la teinture de valériane, l'extrait de quinquina, au besoin de 0,05 à 0,10 centigrammes de sulfure de quinine. Mais c'est surtout par l'alimentation (lait de la mère ou d'une bonne nourrice) qu'il faut soutenir les forces du petit malade. On ajoute, au besoin, de l'alcool qu'on peut donner sous toutes les formes, soit en nature, cognac, eau-de-vie, kirsch ; soit sous forme de vin : bordeaux, malaga, xérès, champagne, étendu d'eau simplement ou de liqueurs sucrées ou aromatiques, tisanes, sirops.—*Concours médical.*

Les antiseptiques dans la diarrhée infantile.—De ce qu'il y ait des microbes de toute espèce dans le tube digestif et dans les excréments de la diarrhée infantile, il ne s'ensuit pas nécessairement que ces microbes soient la cause de la diarrhée et qu'il en résulte la nécessité d'empoisonner les enfants avec les sels de mercure et les antiseptiques.

Dans ces microbes il paraît qu'il y en a de bons et même de nécessaires, car Vignal croit que certains d'entre eux coagulent le lait, fabriquent avec lui la leucine, la tyrosine et transforment la lactose en acide lactique. En tout cas, il a assez de pepsine et de pancréatine pour remplir cet office.

Il y a une seconde catégorie de microbes qui font fermenter la matière alimentaire du tube digestif et produisent les ptomaines, insuffisantes pour empoisonner le sujet à la dose où elles se trouvent, car elles s'éliminent naturellement. Mais si ces poisons augmentent

ou ne s'éliminent pas, il peut y avoir des accidents très variables d'intoxication et de diarrhée. Est-ce là le cas des diarrhées infantiles que l'indigestion et l'excès d'aliments amène. Je ne le crois pas, et si du lait de mauvaise qualité peut produire une intoxication diarrhéique, en général, c'est la trop grande quantité d'aliments et du lait ou la trop grande fréquence du repas qui amène l'hypersecretion de la muqueuse et son inflammation.

Il y a enfin une troisième catégorie de microbes qui, selon Hayem, Clado, Damaschino, produit la diarrhée verte des nourrissons. C'est un bacille particulier qui produirait la matière verte par excréation, bacille isolable et cultivable, agent de contagion par les linges. C'est un fait qui a besoin de nouvelles observations, car nos confrères semblent ignorer que dans la diarrhée verte des nourrissons, les excréments peuvent être rendus verts, mais que chez des enfants bien portants, ils sont rendus jaunes et verdissent à l'air, ce qui s'explique par la réaction de l'urine acide sur la bile de l'excrément.

Quoi qu'il en soit, en concluant de la présence des microbes physiologiques des matières putrides et des microbes pathologiques de l'intestin à leur influence sur la production de la diarrhée infantile, quelques médecins considèrent ces diarrhées comme étant de nature parasitaire et conseillent l'usage des antiseptiques. La clinique confirmera-t-elle ces vues de laboratoire et la substitution de la médication antiseptique aux anciennes médications employées, c'est ce que l'avenir établira?

Comme médication antiseptique de la diarrhée infantile on a conseillé :

Les sels de mercure d'abord le *calomel*, 5 à 30 centigr. et le *sulfure noir*. J'ai employé ces substances sans aucun avantage et très souvent avec aggravation mortelle des accidents. Je dis, moi, aux jeunes médecins, méfiez-vous de l'emploi du calomel contre la diarrhée infantile.

L'*acide phénique*, 2 à 6 gouttes dans 60 grammes de véhicule, le *salicylate de soude*, 10 à 15 centigrammes, le *thymol*, 5 à 6 gouttes.

La *naphthaline*, 20 à 30 centigrammes toutes les deux heures; le *benzoate de soude*, à 4 grammes pour 100 d'eau sucrée en vingt-quatre heures, ou la *résorcine*, 20 à 50 centigrammes. Toutes ces médications ont échoué ou ont eu des inconvénients graves d'intoxication.

L'*acide chlorhydrique dilué*, conseillé par Le Petit, est certainement un des meilleurs moyens à employer contre la diarrhée infantile cholériforme. Quant à l'*acide lactique*, il faut attendre qu'il ait fait ses preuves.

Parmi les moyens que l'on peut mettre en usage, le meilleur et le plus inoffensif, reste le *sous-nitrate de bismuth à haute dose* ou le *salicylate de bismuth*, associé à l'opium et la pepsine ou la papaine avec du lait coupé.

Il faut prescrire 3 à 6 grammes de *sous-nitrate de bismuth* porphyrisé ou de *salicylate* par doses de 1 gramme à la fois, dans une cuillerée d'eau et 3 à 4 gouttes d'*élixir parégorique* dans chaque dose. (*Élixir parégorique* est de la teinture anisée d'opium.) Avec cela : de l'eau albumineuse avec sirop de gomme ou de coings pour boisson. Du lait coupé d'eau bouillie et après chaque prise de lait une demi cuillerée de *sirop pepsine* ou de *sirop papaine*. Si les enfants ont plus de 18 mois, il faut supprimer le lait et donner à la place 30 grammes de purée, passée au tamis, de viande crue suivie de sirop de papaine ou de pepsine. En outre, on prescrira des lavements de borax ou d'acide borique, 3 grammes pour 120 grammes d'eau avec 2 à 6 gouttes de laudanum selon l'âge des enfants.—*Paris médical*.

De la vulvite purulente chez les enfants en bas-âge, par le Dr K. J. LENNANDER.—Pendant six mois, de novembre 1884 à mai 1885, l'auteur a observé un nombre relativement considérable de vulvites chez les enfants admis à l'hôpital des Enfants de Stockholm.

Sur les malades observés, dix étaient déjà affectés de cette maladie à leur entrée à l'hôpital; trois furent reçus sur le diagnostic précis de vulvite; enfin, chez les autres enfants, admis en raison d'autres maladies, la vulvite purulente fut reconnue immédiatement après leur entrée à la Charité.

L'âge de ces enfants varie de deux à huit ans.

La présence du gonococcus fut recherchée chez la moitié des enfants observés dans le produit de la suppuration: le résultat de l'examen fut positif pour chaque cas. Au sujet de deux enfants, on ne peut affirmer si la vulvite existait avant l'entrée à l'hôpital, ou si elle y a été acquise.

À la Charité, les petites filles dont il est question n'ont pas communiqué la maladie à moins de dix-huit enfants; une seule d'entre elles en a contaminé jusqu'à cinq ou six qui habitaient dans la même salle. Dans un cas, il survint un rhumatisme gonorrhéique très grave, siégeant à l'un des cous-de-pied, en même temps que dans une articulation métacarpo-phalangienne. Une autre fois, on put constater le même phénomène de métastase dans une articulation carpo-métacarpienne et dans l'articulation scapulo-humérale. Enfin, dans les deux derniers cas observés, il se produisit des bubons et une conjonctivite purulente légère.

Un fait qui se produisit alors mérite à ce propos d'être signalé.—Une malade, atteinte de vulvite, avait été admise dans une chambre en compagnie de deux autres petites filles, auxquelles elle avait communiqué le virus. Cette chambre fut bientôt évacuée et nettoyée, et ce n'est qu'après un assez long laps de temps

qu'on y plaça de nouveaux enfants. Or, peu après, il se déclara chez quatre de ces derniers une vulvite purulente avec des gonococcus. Des renseignements recueillis, il résulte qu'au cours du nettoyage minutieux de la chambre, un certain nombre d'éponges, enfoncées dans une table de nuit, avaient passé inaperçues. Ces éponges, déjà employées au pansoment des précédentes malades, avaient servi aussi pour les nouvelles venues, et c'est probablement ainsi que s'était opérée la transmission du virus.

En conséquence, l'auteur propose de ne pas faire usage d'éponges dans les pansoments de cette nature, mais de tampons d'ouate aseptique, que l'on détruit immédiatement après l'emploi. Il conseille, en outre, d'instituer le traitement selon la méthode antisoptique la plus rigoureuse, et de désinfecter soigneusement les seringues ou tout autre objet mis en contact avec les malades contaminées.—*Gazette de gynécologie.*

DERMATOLOGIE.

Traitement du prurit anal, par le docteur GRELLETY. — Bains de siège ou bains entiers fréquents. Douches ascendantes sur le périnée et le fondement.

Lotions plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique (10 pour 1,000), pour prévenir toute fermentation.

Après chaque garde-robe, un lavement d'eau tiède destiné à être rendu; à défaut de lavement, nettoyage méticuleux de la marge de l'anus, après chaque selle.

Pendant la nuit, cataplasme tiède de fécule ou de farine de lin déshuilée, ou encore application de tarlatane imbibée d'eau amidonnée, le tout recouvert de ouate, de coton, d'un tissu imperméable, comme le taffetas gommé ou de la toile fine de caoutchouc, de façon à ce que l'humidité soit constante et que le malade soit comme dans un bain.

Lotions, le matin, avec de l'eau amidonnée: on saupoudre ensuite avec une poudre absorbante quelconque, de préférence un mélange de 90 grammes de poudre d'anidon pour 10 de salicylate de bismuth.

Il est prudent d'éviter le contact des tissus irritants et en particulier de la flanelle.

L'usage d'un suspensoir non vulcanisé avec plaque anale peut devenir nécessaire, surtout lorsqu'il existe de l'eczéma d'une façon non douteuse.

Dans plusieurs cas, j'ai prescrit avec un réel avantage des

pommades astringentes avec 4 grammes d'oxide blanc de zinc pour 20 de vaseline ou de glycérolé d'amidon.

Chez un malade qui m'avait été adressé par le docteur Magnin, de Paris, la morphine seule amenait le soulagement désiré. Le sujet était devenu morphinomane et usait de mille ruses pour satisfaire sa fatale passion. J'ai eu à lutter énergiquement, et ce n'est qu'après l'avoir épouvanté, qu'après lui avoir fait lire l'ouvrage du docteur Ball, après lui avoir donné des mèches imprégnées d'abord de belladone, puis de cocaïne (5 grammes pour 100 de cold-cream frais), que j'ai pu le faire renoncer à peu près complètement aux injections qu'il se faisait en cachette, malgré son entourage.

Ce monsieur avait eu des accidents hépatiques, de la jaunisse. Il avait des débâcles intestinales fréquentes. Cet état de choses devait certainement avoir une influence sur ces douleurs, qui n'existaient pourtant qu'à l'anus.

Chez une dame de soixante ans environ, le bromure de potassium et les opiacés ne sont pas parvenus à éteindre la sensibilité des téguments, ni à procurer un sommeil réparateur. C'est, du reste, ce qui a lieu d'ordinaire dans certains prurigos séniles, et surtout dans le prurigo de Hébra, c'est-à-dire dans le "lichen agrius"; on exaspère souvent le mal au lieu de le calmer par l'emploi des analgésiques et des hypnotiques.

Cette dame a présenté d'une façon intermittente du prurigo généralisé et ce n'est qu'à la longue qu'il s'est à peu près éteint. Je dis prurigo, quoique ce mot soit une appellation mauvaise, car il ne représente qu'un symptôme commun à beaucoup de dermatoses; mais puisque cette expression est encore acceptée, je suis obligé de l'employer.

Il paraît banal de recommander en pareil cas un régime doux, l'usage des laxatifs, des substances dites rafraîchissantes, la suppression des liquides ou des mets irritants, surtout d'alcool, le poivre et les épices; mais ces prescriptions prennent une importance capitale dans le cas particulier qui nous occupe.—*Revue de thérapeutique.*

L'herpès buccal récidivant.—Clinique de M. le Dr. FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis.—Je vais vous décrire des lésions que tout praticien doit connaître, car on est assiégé dans la clientèle par des malades de ce genre. On ne rencontre ces malades que rarement dans les hôpitaux.

Quelques mois après avoir eu la syphilis et s'en être bien guéri, le malade voit se reproduire sur la langue des érosions semblables à celles qu'il avait au début; il vient à nous de nouveau, et nous lui prescrivons un traitement après avoir cautérisé ces érosions qui se cicatrisent facilement et disparaissent; mais, j'ai vu quelques-uns de mes clients revenir dix et vingt fois chez

moi pour des cas semblables, qui, chaque fois, disparaissaient complètement et me faisaient croire à une véritable guérison. Je n'avais pas affaire à des plaques muqueuses, car le traitement mercuriel les laissait repulluler.

J'acquies enfin cette conviction, que ces érosions ne sont autre chose que buccal sous une forme particulière non décrite jusqu'à ce jour, à savoir : l'*herpès buccal récidivant*, forme identique à cette forme si commune sur les organes sexuels, que, depuis les travaux de *Doyon*, on accepte en nosologie sous le nom d'*herpès récidivant génital*. Ce qui m'a amené à reconnaître dans ces lésions un véritable herpès, c'est, d'une part, l'inefficacité du traitement spécifique et d'autre part, l'examen minutieux des caractères objectifs de ces lésions.

Je n'hésité pas à entrer ici dans de grands détails parce que je sais que vous chercherez vainement dans les classiques la description de cette maladie.

Ce sont des lésions d'*herpès*, ai-je dit, voyez plutôt :

1^o Comme dans l'*herpès*, ce sont de simples érosions qui n'entament pas la muqueuse.

2^o Comme dans l'*herpès*, ce sont des érosions *petites*, circonscrites de surfaces.

3^o Comme dans l'*herpès*, elles occupent de préférence les parties latérales et la pointe de la langue.

4^o Comme dans l'*herpès*, traitées et cautérisées, elles rétrocedent rapidement.

5^o Elles récidivent comme dans l'*herpès*. Après avoir disparu complètement, elles se reproduisent encore, puis incessamment. On reconnaît donc là cette faculté de repullulation qui constitue un des attributs de l'*herpès*, notamment de l'espèce qui, pour cette raison, a reçu le nom d'*herpès récidivant*.

6^o Enfin, la configuration achève d'en affirmer la nature *herpétique*. Vous savez que l'*herpès* est une affection vésiculeuse qui, presque toujours, se produit en groupes. Par suite de développement excentrique, ces vésicules arrivent à se toucher, à se confondre, puis elles se crèvent et laissent à leur suite une surface érodée qui est l'érosion *herpétique*. Cette érosion doit être limitée par un contour irrégulier, sinueux, géographique, figuré par les segments de contour des vésicules périphériques. L'*herpès* se trouve donc dans sa caractéristique objective, dans ce fait qu'il présente à la fois un contour polycyclique et microcyclique, c'est-à-dire constitué par une série de segments et de petits segments de circonférence.

Ce double détail graphique a une importance séméiologique considérable, car il constitue le caractère propre de l'*herpès*, qu'il y a tant d'intérêt à ne pas confondre avec le chancre simple, avec les syphilides, etc.

Comme coloration, ces lésions se présentent avec des aspects

variables; comme troubles fonctionnels, elles n'ont rien non plus que de banal.

Au total, il se produit fréquemment dans la bouche des syphilitiques une affection d'ordre spécial, constituée par des poussées successives et multiples de petites lésions érosives qui ne sont autres que des érosions herpétiques.

Sans doute, on ne rencontre jamais ces lésions à l'état de vésicules herpétiques, probablement parce qu'elles sont éphémères et qu'elles se détruisent à peine nées. Mais, les érosions qui leur succèdent ont tellement les caractères et l'ensemble des caractères propres à l'herpès, que la qualité de lésions herpétiques ne saurait leur être refusée.

Il existe aussi entre ces lésions une grande analogie étiologique. Ainsi, d'après Doyon, l'herpès récidivant est le plus ordinairement une manifestation consécutive à une irritation locale des organes génitaux.

Il en est de même chez nos malades, dont l'herpès récidivant buccal provient de l'irritation de la bouche par le mercure, le tabac, ou les syphilides buccales. L'analogie est donc en effet, bien frappante. Il se rattache à l'existence de cet herpès récidivant buccal pseudo-syphilitique, une importance pratique, que maintenant vous ne sauriez méconnaître et qu'il me reste en tous cas, à vous démontrer.

Prenons un exemple. Voici, je suppose, un sujet syphilitique depuis plusieurs années, qui est affecté de cet herpès buccal récidivant au sujet duquel il vient nous consulter. Nous commettons je le suppose, encore, l'erreur qui consiste à prendre cette affection pour des syphilides récidivantes. Quelle est la conséquence logique, naturelle, inévitable de cette erreur? La voici: Nous prescrivons à nouveau le traitement que nous jugeons propre à combattre la diathèse, et comme les accidents actuels semblent être d'ordre secondaire, nous ordonnons le mercure, c'est-à-dire le remède le plus propre à irriter la bouche, conséquemment à exaspérer l'herpès. Nous cautérisons les lésions. Tout disparaît vous voilà satisfaits.

Puis quelques semaines ou quelques mois plus tard, notre patient vient nous retrouver pour des accidents semblables aux premiers.

Derechef, nous prescrivons les mêmes remèdes. Puis, quelque mois plus tard, mêmes accidents, et même erreur de notre part. Nous sommes, de plus belle, étonnés, consternés de la persistance et de la résistance de cette prétendue syphilis. Et alors, nous nous engageons dans la poursuite d'un traitement à outrance, exagérant les doses, changeant les formules, sans changer le fond du traitement.

Somme toute, faux diagnostic entraînant un faux traitement, un mauvais traitement, une mercurialisation énergique et désor-

donnée. Et le tout en pure perte, à contre-sens, avec risque de nuire au malade.

Ajoutons que l'erreur peut-être à d'autres points de vue singulièrement préjudiciable aux malades. Si l'un d'eux, dans les conditions énumérées plus haut, syphilitique de vieille date, nous consulte au sujet de la possibilité d'un mariage, notre conseil reposera sous le faux diagnostic établi. Laisser marier un sujet, dont la bouche est le siège d'incessantes repullulations de plaques muqueuses, est manifestement impossible. Nous aboutirons donc à interdire de la sorte le mariage à un homme en bonne santé, peut-être guéri de la syphilis, apte au mariage et ne présentant qu'une inoffensive éruption herpétique de la bouche.

Toutes ces fautes regrettables, préjudiciables à nos clients, peuvent être évitées si nous connaissons l'herpès buccal, et si, en face d'un cas comme celui que nous avons supposé, nous nous disons : " Mais ces érosions incessamment récidivantes, qui font le désespoir et l'effroi des malades, ne sont pas ce qu'on croit. Elles ne sont pas des manifestations de la syphilis ; ce sont d'insignifiantes lésions où la syphilis n'a rien à voir. C'est simplement de l'herpès buccal récidivant. Donc, pas de mercure inutilement prodigué, pas d'interdiction illégitime du mariage.—*Praticien.*

FORMULAIRE.

Diabète.—*Vigier.*

P.—Carbonate de lithine.....	1½ grains
Arséniate de soude.....	1/25 "
Extrait de gentiane.....	1 "

Pour une pilule, à prendre matin et soir.

Migraine.—

P.—Antipyrine	1½ drachme
Eau distillée	3 onces
Rhum vieux.....	6 drachmes
Sirop de limon.....	9 "

M.—A prendre par cuillerées dans la journée.—*Répertoire de pharmacie.*

Blépharite ciliaire.—*Dr. Hubert.*

P.—Vaseline.....	
Oxyde de zinc.....	aa 3 drachmes
Précipité blanc.....	9 grains.

M.—Onctions trois fois par jour, le long du bord des paupières.
—*Nouveaux remèdes.*

Hémoptysie.—Barie.

P.—Tannin.....	8 à 15 grains.
Teinture de cannelle.....	30 minimes.
Sirop simple.....	7½ drachmes
Eau fleurs d'oranger.....	5 “
Eau.....	25 “

M.—*Dose* : Une à deux cuillerées à soupe.—*Medical Age*.

Asthme.—Dujardin-Beaumetz.

P.—Iodure de potassium.....	aa
Teinture de lobélie.....	4 drachmes
Eau distillée.....	8 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé, à dessert ou à soupe, dans un verre de bière, au commencement de chacun des principaux repas.
—*Répertoire de pharmacie*,

Ascarides vermiculaires.—Martin.

1

P.—Teinture de rhubarbe.....	3 minimes
Carbonate de magnésie.....	3 grains
Teinture de gingembre.....	1 minime
Eau pour.....	1 once.

A prendre deux ou trois fois par jour suivant l'effet produit.—*Medical News*.

Ellis.

2

P.—Santonine.....	5 grains
Infusion de quassia.....	8 onces

M.—En injections rectales.—*Leonard's Medical Journal*.

Diathèse urique.—Druitt.

P.—Borax pulvérisé.....	15 grains
Bicarbonate de soude.....	
Nitrate de potasse.....	aa 8 grains

Pour une poudre, à prendre trois fois par jour dans un véhicule abondant.—*Medical News*.

Hyperhidrose des extrémités et de l'aisselle.

P.—Naphтол.....	5 parties
Glycérine.....	10 “
Amidon.....	100 “

En lotions, puis saupoudrer avec le mélange suivant :

P.—Poudre de naphтол.....	2 parties
“ d'amidon.....	100 “

Journal de médecine et de chirurgie.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur : Dr. A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, DÉCEMBRE 1887.

Pour tout ce qui concerne l'Administration, s'adresser, **par lettre**, au Dr. A. Lamarche, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal. Tout ce qui regarde la Rédaction doit être adressé au Dr. H. E. Desrosiers, Tiroir 2040, Bureau de Poste, ou No 70, rue St. Denis, Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de \$3.00 par année pour les médecins, et de \$2.00 pour les étudiants, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr. A. Lamarche.

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

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

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

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

La déclaration des maladies contagieuses.

En vertu d'un règlement municipal dit *Règlement No. 105*, " tout médecin qui a sous ses soins, dans les limites de la Cité de Montréal, un malade atteint de la petite vérole, des fièvres typhoïdes, de la diphthérie ou d'une autre maladie dangereuse (*sic*) ou pestilentielle, doit, dans les vingt-quatre heures, en faire rapport au Bureau de Santé, avec le nom du dit malade, la rue et le numéro de la maison où tel malade est soigné. "

Jusqu'à quel point cette mesure est-elle d'accord avec les exigences toujours délicates du secret professionnel, c'est ce que

nous ne nous voulons pas examiner ici. Comme question de fait, nous constaterons seulement que ce règlement est assez rarement observé et pour cause.

Quand un cas de maladie contagieuse est *rapporté* au Bureau de Santé, le médecin de la cité dépêche un employé subalterne chargé d'aller vérifier le cas et de voir à ce que certaines mesures hygiéniques soient prises en vue d'empêcher la contagion etc. En cas de décès, le Bureau se charge souvent de faire pratiquer, par le moyen de ses agents, la désinfection des locaux. Or ces constatations officielles, mesures de désinfection etc, sont la plupart du temps mal vues du public qui n'est pas éloigné de les tenir pour vexatoires, prétendant y voir un attentat à la liberté individuelle et une immixtion indue dans les affaires privées. En certains quartiers, on s'est même plaint—en termes émus—de la manière d'agir de quelques-uns des agents chargés de visiter les maisons, de désinfecter etc. Il n'en fallait certainement pas tant pour rendre des plus impopulaires et la mission des employés du Bureau de Santé, et la nature même des mesures employées. Aussi s'est-il créé, dans l'esprit du public, un courant d'idées peu favorable à l'exécution des règlements sanitaires.

Il est inutile de dire que nous trouvons ridicule et absurde cette attitude du public; avec de semblables idées, les progrès de l'hygiène sanitaire nous semblent sérieusement compromis. Mais il était nécessaire d'inscrire ces faits pour bien faire ressortir un autre fait qui en découle tout naturellement et que voici: Quand le médecin de la famille a ainsi *rapporté* au Bureau de Santé un cas de maladie contagieuse, c'est lui, médecin, qui, la plupart du temps, est tenu responsable des désagréments éprouvés par la famille, et plus d'une fois il nous arrive de perdre pour toujours le patronage de clients très importants qui n'entendent pas que leur médecin joue le rôle d'agent de police ou de *détective*. Ce dernier métier, on le sait, a, du reste, beaucoup perdu de sa valeur depuis quelque temps.

On conçoit facilement, d'après ce qui précède, que le médecin y regarde à deux fois avant d'aller faire sa déclaration au Bureau de Santé, et même qu'il puisse hésiter très sérieusement. Si le peuple était mieux instruit de ses véritables intérêts, s'il était bien convaincu de la sagesse des règlements municipaux en général et de ceux du Comité de Santé en particulier, peut-être se soumettrait-il de bonne grâce et se laisserait-il ainsi *reporter* sans murmurer. Mais nous n'en sommes pas encore là, malheureusement pour nous. Le médecin se trouve donc, en beaucoup de cas, dans l'alternative, soit d'être inquiété par le Bureau de Santé s'il ne déclare pas les cas de maladie contagieuse qu'il a sous ses soins, soit de perdre ses clients s'il se permet de faire telle déclaration. C'est l'intérêt personnel aux prises avec l'intérêt public.

Théoriquement, nous le savons, celui-ci doit primer sur celui-là,

mais dans la pratique, il est difficile qu'il en soit toujours ainsi, et nous en prenons à témoins ceux de nos confrères qui, durant la dernière épidémie de variole, ont vu s'éloigner d'eux, et pour toujours, un certain nombre de clients dont le patronage se chiffrait chaque année par une somme assez ronde. Le théoricien et l'hygiéniste qui, assis tranquillement au coin de leur feu, élaborent à loisir des mesures du genre de celles dont nous parlons en ce moment, ne s'imaginent pas, sans doute, qu'il puisse s'élever le moindre sentiment d'hésitation dans l'esprit du médecin que les hasards de la pratique mettent ainsi aux prises avec une dure nécessité. Mais le praticien qui gagne péniblement sa vie au prix du labeur le plus ingrat, et pour qui chaque client représente un fragment du pain quotidien, nous comprendra mieux, nous en sommes convaincu, et cherchera, comme nous, à trouver un moyen quelconque de sortir de cette impasse. Pour nous, nous conservons sur cette question l'attitude prise par l'UNION MÉDICALE en 1885, lors de l'épidémie de variole, et affirmons de nouveau qu'il est absurde et vexatoire de forcer un médecin à déclarer au Bureau de Santé le nom et la résidence des malades atteints d'affection contagieuse et auxquels il donne ses soins. Semblable tâche devrait être laissée au chef de famille, lequel en courrait une forte pénalité s'il ne faisait pas sa déclaration dans les délais requis. Il nous semble que dans le traitement des cas de maladies contagieuses, la besogne du médecin est déjà assez désagréable sans qu'on y joigne encore l'odieux d'une démarche qui a, dans les circonstances, toutes les allures d'une délation.

Une question d'étiologie.

Dans leurs *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique médicales*, MM. LAVERAN et TEISSIER, à l'article "fièvre typhoïde," touchent à une question d'étiologie qui, dans l'état actuel de nos connaissances, n'est pas encore résolue.

Le microbe de la fièvre typhoïde existe très probablement; ce microbe doit naturellement se trouver en très grande quantité dans les matières fécales des typhiques, puisque ces matières semblent être l'agent de contagion le plus actif de la maladie. Mais, malheureusement, il est impossible de distinguer l'une de l'autre la bactérie de la fièvre typhoïde et celle de la putréfaction. Certains faits viennent même établir entre les deux bactéries une similitude d'effets dont il est impossible de ne pas tenir compte, et qui ne peuvent s'expliquer qu'en admettant une similitude de composition, si nous pouvons parler ainsi. "La ressemblance

de la bactérie typhoïdique et de la bactérie de la putréfaction, disent les auteurs que nous venons de nommer, s'accorde avec un grand nombre de faits déjà connus et les explique dans une certaine mesure. " Les terrains et les eaux souillés par la présence des matières organiques en putréfaction figurent en première ligne parmi les causes assignées à la fièvre typhoïde par bon nombre d'auteurs; d'autre part, il paraît démontré que l'ingestion de viande altérée a suffi quelquefois à provoquer l'apparition de la fièvre typhoïde (épidémie d'Andelfingen, citée par Griesinger; épidémie de Klosen, racontée par le Dr Waldner). Il est probable que les bactéries qui sont la cause de la fièvre typhoïde peuvent se développer dans les matières organiques en putréfaction, ou que du moins elles trouvent là un liquide de culture très propre à leur développement et à leur conservation."

Ces choses nous reviennent en mémoire à propos de trois cas de fièvre typhoïde survenus dans les circonstances suivantes : A. B. achète chez son boucher un morceau de viande qui lui semble être de bonne qualité. Dès le lendemain, cette viande présente un aspect étrange et donne quelqu'odeur. On la soumet nonobstant à la cuisson, et un des enfants, âgé de six ans, qui en mange, est dès le lendemain atteint de diarrhée et de symptômes qui indiquent une infection générale de l'économie. La maladie dure trois semaines et est suivi de chute des cheveux, etc. Quelques jours après ce premier accident, d'autre viande est achetée et cuite dans les mêmes conditions de putréfaction. Cette fois, un autre enfant, de trois ans, qui en a également mangé, est à son tour pris de fièvre typhoïde, forme plus grave que la première, et ne guérit qu'à grand peine. Finalement, le chef de la famille, en prodiguant ses soins et ses veilles à son enfant malade, contracte la fièvre typhoïde et meurt.

Dans les deux premiers cas, y a-t-il eu simple coïncidence d'ingestion de viande putréfiée et d'infection typhoïque provenant d'autre source, ou bien devons-nous voir un rapport de cause à effet entre l'ingestion de l'aliment et le développement du typhus abdominal ? Aux hygiéno-pathologistes à nous le dire.

Echos d'outremer.

Dans une lettre adressée à un médecin de cette ville, M. le professeur Léon LE FORT répond indirectement à notre article intitulé " Visiteurs distingués " (1) et explique que seule des circons-

(1) Voir la livraison d'octobre dernier.

ances tout-à-fait indépendantes de sa volonté l'ont empêché de prolonger son séjour au milieu de nous. Il ajoute : " Vous pouvez difficilement vous rendre compte du plaisir que m'a fait éprouver cette visite, trop courte à mon gré. Loin de la France, après une très rapide excursion en pays de langue anglaise, je me sentais heureux de retrouver, de l'autre côté l'Atlantique, la langue nationale, des compatriotes qui, inconnus personnellement la veille, devenaient de suite, par cette communauté d'origine et de langage, de vrais et bons amis. Il me semblait que je retrouvais la France. La réception si cordiale que j'ai reçue de vos collègues, réunis à l'hôpital Notre-Dame, m'a vivement touché.... Mon séjour a été trop court pour mes desirs ; l'UNION MÉDICALE veut bien dire qu'il a été trop court pour les vôtres, je l'en remercie ; mais il a été suffisant pour me montrer que vous n'avez pas le droit de dire que le Canada " en est encore à ses débuts scientifiques." L'UNION MÉDICALE DU CANADA elle-même, vos hôpitaux, les documents si intéressants qu'à bien voulu m'envoyer notre collègue Lachapelle, prouvent le contraire. Vous n'êtes pas " une colonie perdue dans l'immense Amérique du Nord," nous n'oublions pas nos compatriotes canadiens ; pour nous tous, pour Charpentier, Abadie, Récamier, Baratoux, Doléris, etc., une visite au Canada est le principal objectif d'un voyage en Amérique. La fortune et la politique nous ont séparés, mais nos cœurs restent et resteront unis. Si mon séjour parmi vous a été court, j'en garde un durable souvenir qui en prolonge le plaisir. J'espère que ceux de vos collègues qui, à leur tour, traverseront l'Atlantique, me donneront, en venant me serrer la main à Paris, l'occasion précieuse de le raviver."

M. LEFORT voudra bien nous pardonner l'indiscrétion que nous commettons aujourd'hui en donnant publicité à ces fragments de sa lettre. Mais les sentiments qu'y exprime l'illustre professeur s'adressent, ce nous semble, à tout le corps médical Canadien-français, et l'encouragement qu'ils renferment ira droit au cœur de tous ceux qui nous liront. M. LEFORT peut être assuré que nous sommes vivement sensibles aux bonnes paroles qu'il nous adresse ; elles sont à la fois, pour nous, une récompense pour ce que nous avons pu faire dans le passé et une promesse pour l'avenir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

RENAULT.—**Manuel de Trachéotomie**, par le Dr Paul Renault, ancien interne des hôpitaux de Paris. Avec une préface du Dr Jules Simon, médecin de l'Hôpital des Enfants Malades, Paris.—G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir Delavigne, 1887.

MALGAIGNE ET LEFORT.—Manuel de Médecine opératoire.

La neuvième édition du *Manuel de médecine opératoire*, de Malgaigne, revu par le professeur Le Fort, vient de paraître. La première partie comprenant les *opérations générales*, est considérablement augmentée, et illustrée de nouvelles figures. M. LeFort y a notamment ajouté une introduction très développée traitant des *théories microbiennes* et des *pansements antiseptiques*, et une partie nouvelle sur la *prothèse des membres*. Tel qu'il est, cet ouvrage, classique depuis plus de cinquante ans et toujours tenu au courant du progrès de la science, est indispensable aux praticiens aussi bien qu'aux étudiants. La deuxième partie comprenant les *opérations spéciales* paraîtra dans le courant de l'année 1888, (l'ouvrage complet en 2 volumes : 16 frs. Félix Alcan, éditeur.)

Transactions of the Association of American physicians.—Second Session, held at Washington, D. C. June 2 and 3, 1887.

La mère et l'enfant.—Journal illustré d'hygiène de la première et de la seconde enfance,—*Rédacteur en Chef* : Docteur Th. CARADEC.

Sommaire du No. 12. — (Décembre 1887, 3^{me} année).—*Causerie du docteur : L'hygiène des enfants pendant l'hiver*, par le docteur Caradec.—*Médecine maternelle : L'eau de Chatel-Guyon chez les femmes et les enfants*, par le docteur Caradec.—*Comment on se préserve de la variole*, par le docteur Lefebvre. — *Lettre de S. A. R. la duchesse de Bragance*. — *Variétés : L'ombre de la mère (conte russe)*, par Ralsten.—*Courrier de la Saint-Nicolas (5 décembre 1887) : Ramoneur !* par Ernestine van Hasselt.—*Les nouveaux modèles de vêtements pour femmes et enfants*, par le docteur F. Eklund. — *L'élevage au son*, par le docteur Bourgeois. — *Correspondance, T. G. — Chronique.*

ABONNEMENTS : Départements et Union postale, un an, 6 francs. Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie. Administrateur : Mme Joannard, 35 rue Vivienne, Paris.

Le *Manuel des Mères*, du docteur Caradec, est donné en prime à toutes les nouvelles abonnées.

Mundé et Ménière.—De l'électricité comme agent thérapeutique en Gynécologie, par le Dr. Paul F. MUNDÉ, professeur de Gynécologie à la Polyclinique de New-York et au Collège de Dartmouth, gynécologiste à l'hôpital du Mont-Sinai, chirurgien-accoucheur à l'hôpital de la Maternité, président de la Société d'Obstétrique de New-York, vice président de la Société de Gynécologie américaine, etc. Traduit avec l'autorisation de l'auteur et annoté par le docteur P. MÉNIÈRE, professeur libre de Gynécologie à Paris, rédacteur en chef de la *Gazette de Gynécologie*, etc.—1 vol. grand in-8o raisin de VIII-72 pages, avec 12 figures intercalées dans le texte. — Prix : 2 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8 place de l'Odéon, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Dr. PÉAN, chirurgien de l'hôpital St-Louis, vient d'être nommé membre de l'Académie de médecine.

Le *Medical Analectic*, si habilement rédigé par M. le Dr. R. W. AMIDON, paraîtra toutes les semaines à dater du 1er janvier 1888. Le prix de l'abonnement reste le même. Nos meilleurs souhaits.

Nous sommes heureux d'apprendre que lors de l'Exposition américaine, tenue à Londres, MM. Wm. WARNER & Cie ont obtenu la plus haute récompense pour la supériorité incontestable de leurs pilules enduites de sucre et de leurs sels effervescents.

Nécrologie.--A Montréal, M le docteur G. O. BEAUDRY, professeur de physiologie à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal.

Congrès pour l'étude de la tuberculose humaine et animale.—Un Congrès de médecins et de vétérinaires, ayant pour objet l'étude scientifique de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux, aura lieu à Paris, du 25 au 31 juillet 1888, dans les locaux de la Faculté de médecine.

Ce Congrès est organisé par un comité composé de :

MM. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, *Président* ; le professeur Villemin, membre de l'Académie de médecine, *Vice Président* ; Butel, vétérinaire à Meaux, vice-président de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Leblanc, membre de l'Académie de médecine ; Nocart, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort ; Rossignol, vétérinaire à Melun, secrétaire-général de la Société de médecine vétérinaire pratique ; Cornil, Grancher, Lannelongue, Verneuil, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, *membres du comité* ; L. H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, *Secrétaire général*.

Les questions traitées seront de deux ordres : les unes proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres librement choisies, mais ayant également trait à la tuberculose.

Un jour sera destiné à des démonstrations anatomiques faites dans le laboratoire de M. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté.

Une autre journée sera consacrée à des examens et des autopsies d'animaux tuberculeux à l'École d'Alfort.

Tous les médecins et vétérinaires français et étrangers pourront, en s'inscrivant en temps utile et en payant une cotisation de 10 francs, devenir membres du Congrès et prendre part à ses travaux.

La cotisation donne droit au volume des *Comptes rendus du Congrès*.

Les séances du Congrès seront publiques. Toutes les communications et discussions se feront en français.

Questions proposées par le Comité d'organisation.

I.—Des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux. Moyens de les prévenir.

II.—Des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose.

III.—Voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie. Mesures prophylactiques.

IV.—Du diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir un certain nombre de questions en dehors des précédentes, qui conserveront la priorité dans les ordres du jour, le comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur les suivantes :

Hérédité de la tuberculose chez l'homme et dans les diverses espèces animales.

Contagiosité de l'homme à l'homme, des animaux entre eux, des animaux à l'homme et réciproquement

Divers modes d'évolution de la tuberculose expérimentale suivant la qualité et la quantité du virus inoculé.

Différences des affections tuberculeuses dans les diverses espèces animales.

Moyens de distinguer les lésions causées par le bacille de Koch des granulations et inflammations dues à des microbes divers (zooglées, bactéries de la pneumonie contagieuse du porc, aspergilles, etc.), à des parasites animaux ou à des corps étrangers.

Des lésions tuberculeuses compliquées d'autres lésions microbiennes.

Mode de formation des cellules géantes et des flocs tuberculeux.

Evolution des tuberculoses locales.

Des agents destructeurs des bacilles de Koch

Moyens locaux et généraux capables d'arrêter l'extension de la tuberculose expérimentale.

Valeur de la thérapeutique chirurgicale dans les affections tuberculeuses.

Adresser les cotisations à M. G. MASSON, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et tout ce qui concerne les communications relatives au Congrès, à M. le docteur PETIT, secrétaire général, 11 rue Monge.

TABLE DES MATIERES.

14921

- Abcès, froids, des, 135, 190.—Multiples chez les nourrissons, étiologie des, 322.—Froids ossifluents, 418.
- Abdomen, des contusions de l', 80.—De l'intervention dans les plaies de l', 422.
- Accouchement normal, quelques considérations sur le rôle du médecin dans l', 479.
- Acné, traitement de l', 162.
- Acte médical et ses amendements, l', 107, 218, 219, 275, 570, 613, 621.
- Adenopathie axillaire au cours de la tuberculose des poumons, de l', 512.
- Albuminurie, dans la scarlatine, traitement de l', 104.—De l'action de quelques médicaments contre l', 235.—De quelques formes non-dangereuses d', 295.—Traitement de l', 497.—Physiologique, de l', 610.
- Alcooliques, des paralysies, 461.
- Aménorrhée, du permanganate de potasse dans l', 150.
- Amputation, de Chopart dans un épithélioma cicatriciel, une, 31.—Des membres, statistiques dans les, 471.
- Anesthésie chirurgicale, de l', 387.—Progressive du croup, de l', 430.
- Angine couenneuse, de l', 205.
- Antidote générale, une, 609.
- Antipyrine, contre les douleurs, de l', 561.
- Antiseptiques, des accidents imputables à l'emploi chirurgical des, 83.—Dans la diarrhée infantile, les, 650.
- Apoplexie hystérique, de l', 412.
- Armes à feu, des plaies de l'intestin grêle par, 139.
- Arsenic dans les tumeurs malignes, de l', 633.
- Arthrite blennorrhagique, quelques réflexions sur l', 243.
- Articulaires chez les tuberculeux, de l'intervention chirurgicale dans les maladies, 305.
- Ascarides vermiculaires, traitement, 658.
- Ascite dans la cirrhose, de la curabilité de l', 131.
- Asthme, traitement de l', 79, 216, 328, 658.
- Ataxie locomotrice d'un seul côté, 79.
- Avortement, traitement préventif de l', 478.
- Bains chauds dans la rougeole, des, 155.
- Bandage abdominal durant la seconde période du travail, du, 231.
- Benzoate de soude dans le traitement du rhume, du, 185.
- Bibliographie, 53, 110, 165, 221, 278, 333, 390, 446, 501, 614, 663.
- Bill de l' Honorable M. Lynch, 332.
- Blennorrhagie, de la, 8.—Quelques réflexions sur l'arthrite de la, 243.—Son traitement par l'iodoforme, 363.—Traitement de la, 386, 497.
- Blépharite ciliaire, traitement de la, 657.
- BRENNAN, M. T., M.D.—Empoisonnement par la nitro-benzine.
- Bromisme, manifestations cutanées du, 271.
- Bronchite aiguë, traitement de la, 161, 273.—Chronique, traitement de la, 161.
- Brûlures chez les enfants, pronostic des, 486.
- Bureau provincial de médecine, 329, 621.—D'hygiène, 503.
- Cacao, traitement de la diarrhée infantile par la sémence de, 647.
- Cancer de l'estomac, du, 24.—Traitement des douleurs du, 216.—Son diagnostic par l'examen chimique des sécrétions de cet organe, 239.—de l'utérus, son diagnostic précoce, 375.
- Castration des femmes dans les maladies nerveuses et mentales, de la, 149.
- Catarrhe aigu des fosses nasales chez les nouveau-nés, 323.
- Cathartique pour les enfants, 608.
- Cautérisation ignée dans les hémorrhoides, de la, 636.
- Céphalalgie, traitement de la, 386.
- Charlatanisme, 332.

- Chlorose et des lésions du cœur, de la, 188.
- Chlorotique, du souffle cardiaque, 625.
- Chorée, son traitement par l'hyoscya-
mine, 301.
- Cirrhose, curabilité de l'ascite dans la,
131.
- Claudination chez les enfants, de la, 489.
- Cœur, indications et contreindications
de la digitale dans les affections du,
28. — Traitement des maladies du,
162. — De la diète lactée dans les mala-
dies du, 183. — De la chlorose et des lésions
du, 188. — Du traitement de la
dégénérescence graisseuse du, 216.
- Colique, néphrétique, traitement de la,
47. — saturnine, traitement de la, 442,
609.
- Collège des M. et C. de la P. Q., pro-
gramme des matières pour l'admission
à l'étude de la Médecine, 167. — As-
semblée du, 555.
- Coma diabétique, du, 232.
- Congestions gravides et réversion, 475.
- Congrès, de Washington, le, 504, 513,
557, 587, 612. — Pour l'étude de la tu-
berculose humaine et animale, 665.
- Constipation, traitement de la, 47, 273. —
Traitement par le massage abdominal,
413.
- Convulsions infantiles, 210.
- Coqueluche, de l'emploi de l'acide phé-
nique dans la, 154. — Traitement de la,
161.
- Cordon ombilical, circulaires et rupture,
du, 252, 310.
- Correspondance, 234, 346, 402.
- Cors et oignons, 472.
- Coucher tard, se, 368.
- Coxalgie, de la, 302.
- Croup spasmodique, traitement du, 385.
- Croûtes de lait et de la grossesse, des,
265.
- Cystite, douloureuse, 364. — Son traite-
ment par le lavage, 469.
- Décès, 56, 112, 224, 280, 392, 504, 560.
- Désinfection des mains, de la, 109.
- DESROSIERS, DR. H. E. — Les progrès
de la thérapeutique de 1884 à 1887,
57, 121, 169. — Revue trimestrielle de
thérapeutique et de matière médi-
cale, 225, 393, 563.
- Diabète sucré, traitement du, 609, 657.
- Diabétique, du coma, 232.
- Diarrhée, traitement de la, 105, 273. —
Infantile, traitement de la, 134, 246,
267, 441, 487, 647, 650. — Verte des
enfants, traitement de la, 339. —
Chronique, traitement de la, 442. —
Hygiène des, 130.
- Diathèse urique, traitement, 658.
- Digitale dans les affections du cœur:
quelques considérations sur les indica-
tions et les contreindications de la, 28.
- Dilatation, de l'estomac, traitement de
la, 297. — Forcée de l'anus dans le
traitement des hémorroïdes, 362.
- Diphthérie, du traitement de la, 76, 126,
337, 505, 619. — Larvée de la, 647.
- Diphthérique, de la paralysie, 644.
- Doigts, luxations des, 195.
- Dosage des médicaments, le, 163.
- Dysenterie, des lavements d'eau chaude
dans la, 353. — Chez les enfants, traite-
ment de la, 497. — Traitement de la,
608.
- Dysménorrhée, de la, 328.
- Dyspepsie, traitement de la, 105.
- Eau chaude dans diverses affections in-
testinales et spécialement dans la dy-
senterie, des lavements d', 353.
- Echos d'outre-mer, 662.
- Eclampsie, traitement de l', 92, 312. —
Des enfants, traitement de l', 427.
- Éléments vaginaux fétides, traitement
des, 608.
- Ethyma, de l', 274.
- Ezéma, traitement de l', 105, 162, 217.
- Électricité, période de son emploi dans
les affections inflammatoires aiguës du
système nerveux, 356.
- Endométrite, traitement de l', 272.
- Enfants, parallèle des fièvres éruptives
chez les, 99. — Troubles de la parole
chez les, 207. — Traitement de la diar-
rhée des, 134, 216, 267, 441, 487,
647, 650. — Tonique pour, 217. —
Traitement de l'invagination intes-
tinale chez les, 268. — De la laryn-
gite aiguë chez les, 321. — De
l'étiologie des abcès multiples chez
les, 322. — Mesures prophylactiques
dans les maladies contagieuses des,
324. — De la fièvre typhoïde chez les,
376. — Parallèle entre la fièvre typhoi-
de chez les adultes et chez les, 483. —
Traitement de l'éclampsie des, 427. —
De l'anesthésie progressive du croup
chez les, 430. — Prognostic des brûlures
chez les, 486. — Un cas d'empoisonnement
par l'opium chez un, 438. — Des causes de
la claudination chez les, 489. — Devant la justice,
faux témoignage des, 490. — Traitement de
la dysenterie chez les, 497. — Cathartique
pour, 608. — Vulvite purulente chez
les, 652.
- Engelures, traitement des, 162.
- Épaulé, des luxations, 248. — Leur réduc-
tion par le procédé de Kocher, 358.

- Epididymite blennorrhagique, traitement de l', 493.
 Épithélioma, cicatriciel, 31.—De la langue, son traitement, 36.
 Krysipèle, chez le nouveau-né, de l', 643.—Traitement de l', 660.
 Estomac, du cancer de l', 24.—De son diagnostic par l'examen chimique des sécrétions gastriques 239.—De l'ulcère simple de l', 27.—Traitement, 629.—Traitement de la dilatation de l', 297.—Du régime alimentaire spécial dans les maladies de l', 416.
 Étiologie, une question d', 661.
 Exploration en obstétrique, des moyens d', 199.
 Femmes dans les maladies nerveuses, de la castration des, 149.
 Fémur, du raccourcissement dans les fractures du, 466.
 Fièvre typhoïde, son traitement, 72.—Chez les enfants, 376.—Chez les adultes et chez les enfants, parallèle entre la, 43.—Éruptives parallèle des, 99, 151.
 Foie simulée, de la, 439.
 FOUCHER, Dr. A. A.—De l'inflammation folliculaire du conduit auditif externe, 113.—De l'antipyrine contre la douleur, 561.
 Fracture, oblique du tibia, de la, 241.—De l'extrémité supérieure de l'humérus compliquant les luxations de l'épaule, 248.—De la rotule, de son traitement à l'aide d'une griffe spéciale, 425.—Du corps du fémur, du raccourcissement dans la, 466.
 Furoncle, de son traitement abortif par des injections intraparenchymateuses d'acide phénique, 309.
 Gale, traitement de la, 106.
 Galvano,—puncture chimique en gynécologie, de la, 94.—Caustie dans la métrite chronique, 202.
 Gangrène pulmonaire, de la, 216.
 Gastralgie des dyspeptiques, traitement de la, 105.
 Gastrique, de la pathogénie et du traitement des troubles réflexes d'origine, 350, 458.
 Glandes du sein, traitement de, 45, 150.
 Glycérine, de son emploi en gynécologie, 317.
 Goitre, de son traitement par les injections iodées, 193.—Exophtalmique traitement du, 442.
 Gonorrhée, traitement interne de la, 634.
 Gourme, des croûtes de lait et de la, 265.
 Goutte, de la, 617.
 Grippe, traitement de la, 161, 290.
 Grossesse, des vomissements de la, 44.—Traitement du masque de la, 327.
 Hématémèse, de l', 5.
 Hématurie, traitement de l', 217.
 Hémoptysies, non-tuberculeuses, des, 186.—Traitement 658.
 Hémorrhagies, puerpérales tardives, des, 374.—Utérines, de l'hydrastis dans les, 643.
 Hémorrhoides, de leur traitement par la dilatation forcée de l'anus, 362.—par la cautérisation ignée, 636.
 Hernies, étranglées, de la cure radicale des, 86.—Dangers de la réduction en masse dans les, 309.—Ombilicales, de leur traitement, 426.
 Herpès buccal récidivant, de l', 654.
 Hydrastis dans les hémorrhagies utérines, de l', 643.
 Hydrocèle, de son traitement par les injections de sublimé, 304.
 Hygiène des diarrhées, de l', 130.
 Hyoscyamine dans le traitement de la paralysie agitante et de la chorée, de l', 301.
 Hyperhidrose, traitement de l', 658.
 Hystérie, traitement de l', 442.
 Hystérique apoplexie, 442.—Mutisme, 127.
 Ictère catharral, de son traitement par les injections rectales de grandes quantités de liquide, 26.—De la tuméfaction de la rate dans l', 357.
 Impétigo, traitement de l', 357.
 Incontinence d'urine, traitement de l', 106.
 Infiltration urinaire, de l', 244, 306.
 Injections rectales dans le traitement de l'ictère catharral, des, 26.—Vaginales, des accidents consécutifs aux, 317.
 Insomnie, traitement de l', 240.
 Institut Pasteur, l', 335.
 Intervention chirurgicale dans les maladies articulaires chez les tuberculeux, de l', 305.
 Intestin, grêle par armes à feu, plaies de l', 139.—Du régime alimentaire dans les maladies de l', 416.
 Invagination intestinale chez les enfants, traitement de l', 268.
 Iodoforme dans le traitement de la blennorrhagie, de l', 363.
 Irrégularité cardiaque, traitement de l', 609.
 Lactée dans les maladies du cœur, de la

- diète, 183.—Des sérieux avantages de la diète, 622.—Contre les calculs rénaux, 625.
- Langue, traitement de l'épithélioma de la, 36
- Laparotomie et drainage dans la péritonite chronique, 638.
- LARAMÉ, Dr. J. A.—De l'hématémèse, 5.—Correspondance parisienne, 346.—De la goutte, 617.
- Laringismus stridulus, traitement du, 385.
- Laryngite aiguë chez les enfants, de la, 321.—catarrhale, de son traitement par le benzoate de soude, 185.
- Laryngo-pharyngite, traitement de la, 385.
- Lavage dans le traitement des cystites et des uréthrites du, 469.
- Laval, Université, 56, 279, 356, 392, 503, 560, 616.
- Leucocytose dans les néoplasmes, de la, 424.
- Leucorrhée, traitement de la, 106, 328.
- Limonade ferrugineuse, 274.
- LIPPÉ, Dr. J.—Du traitement de la diphtérie, 619.
- Luxations des doigts en arrière, des, 195.—De l'épaule, des, 248.—De leur réduction par le procédé de Kocher, 358.
- Maladies, de l'estomac et des intestins, régime alimentaire spécial dans les, 416.—Contagieuses, de la déclaration des, 659.—De l'enfance, mesures prophylactiques dans les, 324.
- Mal de mer, traitement du, 216, 643
- MARSH, Dr. C. V. E.—Parotidectomie, 400.
- Mariages, 168, 392, 504.
- Masque de la grossesse, traitement du, 327.
- Massage abdominal dans le traitement de la constipation, du, 413.
- Médicaments, leur dosage, 163.—Contre l'albuminurie, 235.
- Mélancolie, de la, 436.
- Membranes dans le travail, du rôle des, 147.
- Méningite, cérébro-spinale, 66.—Tuberculeuse, un nouveau symptôme de la, 319.
- Mérite chronique, de son traitement par la galvano-caustie intra-utérine, 202.
- Metrorrhagies, traitement des, 46, 498.—Post-partum, traitement des, 371.
- Miel eucalypté naturel, 215.
- Migraine menstruelle, traitement de la, 94, 657.
- Morphinomanes, de la responsabilité chez les, 494.
- Morphinomanie et utérus, 457.
- Morrhuel, ou principe actif de l'huile de foie de morue, 332.
- Mort subite dans la pleurésie, de la, 293.
- Mutisme hystérique, le, 127.
- Naissances, 56, 112, 168, 280, 560, 616.
- Nécrologie, 54, 168, 222, 280, 334, 391, 560, 616, 665.
- Néoplasmes, de la leucocytose dans les, 424.
- Néphrite parenchymateuse et scarlatine, 461.
- Nerveuses, de la castration des femmes dans les maladies, 149.—Période à laquelle on doit employer l'électricité dans les maladies, 356.
- Névralgie vésicale, de la, 631.
- Nitrobenzine, empoisonnement par la, 449.
- Notre-Dame, hôpital, 165, 279, 391, 448.—Notes cliniques à, l'281, 452.
- Nouvelles scientifiques, 54, 110, 163, 221, 277, 280, 334, 391, 448, 502, 559, 615.
- Nouveaux étudiants, 335.—Médecins, 280.
- Nouveau-nés, des soins à donner aux, 263.—Catarrhe aigu des fosses nasales chez les, 323.—Traitement de l'érysipèle chez les, 648.
- Obésité, traitement de l, 76.
- Obstétrique, des moyens d'exploration en, 199.
- Odontalgie, traitement de l, 47, 621.
- Oignons et cors, 472.
- Opium, un cas d'empoisonnement chez un enfant, 488.
- Oreillons, de la paralysie dans les, 159.
- Otalgie, traitement de l, 106, 386, 498.
- Otite externe, de l, 113.
- Ovarite chronique avec phénomènes hystériques, extirpation des ovaires dans une, 262.
- PALARDY, Dr. M. J.—Etude sur la diphtérie, 337, 505.
- Paralysie, agitante, son traitement par l'hyoscyamine, 301.—Alcoolique, progressive des extrémités, 461.—Ourlienne, 159.—Nocturne, de la, 71.—Diphthérique, de la, 644.
- Paro e dans l'enfance, des troubles de la, 207.
- Parotidectomie, 400.
- Peau dans la scarlatine, altérations de la, 349.
- Périnée chez les primipares, de la déchirure du, 369.
- Péritonite chronique guérie par la laparotomie et le drainage, 638.

- Permanganate de potasse dans l'aménorrhée, du 150.
- Phonique, dans la coqueluche, de l'acide, 154.—Dans l'bronchite, 309.
- Phlegmon diffus, du, 141.
- Phthise et des affections pulmonaires, un nouveau traitement de la, 51.—Traitement de la, 554.
- Peds, le froid aux, 111.
- Pilule apéritive, 301.
- Pityriasis, rosé de Gilbert, 211.—Capillaire, traitement du, 269.—Traitement du 274.—versicolor, traitement du, 498.
- Placenta après l'avortement, de la conduite à tenir dans le cas de rétention du, 40, 255, 313.
- Pleurésie à frigoris, de la, 181.—Purulente et de son traitement, de la, 235.—de la mort subite dans la, 293.
- Pneumonie aiguë, de la, 463.
- Polypes fibreux de l'utérus, traitement des, 258.
- Potion antifebrile 386.
- Poux du pubis, du traitement des, 608.
- Présentations, du siège, 90.—Occipitiliaques, mécanisme de l'accouchement dans les, 145.
- PRÉVOST DR. L. C.—De la blennorrhagie, 8.
- Primipares, déchirure du périnée chez les, 369.
- Prolapsus utérin, traitement du, 95.
- Prurit, anal, traitement du, 214, 327, 653.—Sénile, traitement du, 105, 274, 328.—de la vulve, 608.
- Pseudo-rhumatisme de la période secondaire de la syphilis, 431.
- Pustule maligne, nouveau traitement de la, 144.
- Quinine, phospho-muriate de, 386.—en frictions, 126.
- Rate, de sa tuméfaction dans l'ictère catarrhal, 357.
- Réflexes d'origine gastrique, troubles, 350, 458.
- Rein, de l'intervention chirurgicale dans les affections du, 33.—le lait contre les calculs du, 625.
- Rétention du placenta, de la conduite à tenir dans le cas de, 40.
- Rétraction de l'aponévrose palmaire, traitement de la, 47.
- Rétroversion, traitement mécanique de la, 201.
- Rhumatisme articulaire, aigu, traitement du, 217, 328.—Son traitement dans les hôpitaux de Philadelphie, 291, 354.—
- Chronique, diagnostic et traitement du, 627.
- RICARD, DR. A. G. A.—Notes sur une petite épidémie de méningite cérébro-spinale, 66.
- Rotule, traitement de sa fracture à l'aide d'une griffe spéciale, 425.
- Rouge-ole, des bains chauds dans la, 156.
- Sarcome du sein du, 639.
- Scarlatine, de l'albuminurie dans la, 104.—et nephrite parenchymateuse, 461.—Altérations de la peau dans la, 349.
- Sciatique, traitement de la, 442.
- Serofulose, traitement de la, 162.
- Sein, traitement des gerçures du, 45.—Du sarcome du, 639.
- SIROIS, DR. E.—Traumatisme grave chez une femme en état de grossesse gémellaire, 345.
- SMITH, DR. A. LAPHORN.—Correspondance européenne, 234, 402.
- Société Médicale de Montreal, la, 54.
- Solanine, la, 23.
- Souffle cardiaque chlorotique, du, 625.
- Sublimé, la préparation antiseptique du, 384.
- Surmenage intellectuel et de la sédentarité dans les écoles, du, 499.
- Suture à distance, de la, 23.
- Syphilis, traitement de la, 162, 274, 443.—Vaccinale, de la, 325.—Du pseudo-rhumatisme de la période secondaire de la, 431.—Tertiaire, co-existences pathologiques de la, 432.
- Tænia, traitement du, 273.
- Teigne circinée, traitement de la, 217.
- Témoignages des enfants devant la justice, des faux, 490.
- Térébenthine pure dans la grippe, de la, 290.
- Tétanos, nature, pathogénie et traitement du, 38.
- Thérapeutique de 1834 à 1887, des progrès de la, 57, 121, 169.—Revue trimestrielle de, 225, 393, 563.
- Tibia, de la fracture oblique du, 241.
- Tonique stomacalique, 301.
- Tonsillite, traitement de la, 609.
- Toux des phthisiques, traitement de la, 105.
- Trachéotomie, statistiques de, 208.
- Traumatisme grave chez une femme en état de grossesse gémellaire, un cas de, 345.
- Travail, du rôle des membranes dans le, 147.—de l'emploi du bandage abdominal durant la seconde période du, 231.
- Tuberculeux, de l'intervention chirurgicale dans les cas de maladies articu-

laïcs chez les, 305.—Des vomissements chez les, 408.
 Tuberculose du premier âge, de la, 381.
 —De l'adénopathie axillaire au cours de la, 512—humaine et animale, congrès pour l'étude de la, 665.
 Tumeurs, malignes, de leur traitement par l'arsenic, 633.—De l'urètre chez la femme, des, 641.

Ulcère, simple de l'estomac, traitement de l', 27, 385, 629.—Syphilitique, traitement de l', 162
 Urémie, traitement de l', 106.
 Urètre chez la femme, des tumeurs de l', 641.
 Urétrite, traitement de l', 47, 469.
 Urineuse, de l'infiltration, 244, 306.

Utérus, traitement des polypes fibroïdes de l', 258.—Du diagnostic précoce du cancer de l', 375.—Et de la morphinomanie, de l', 457.

Vaginisme par l'opération de Marion Sims, traitement du, 44.
 Varicelle, diagnostic et complications de la, 155.
 Variétés, 223, 336.
 Vésicale, de la névralgie, 631.
 Vésicatoire liquide, 344.
 Vin apéritif, 161.
 Vomissements, de la grossesse, des, 44.—Traitement des, 217.—Chez les tuberculeux, des, 408.—Des hystériques, traitement des, 497.
 Vulvite, purulente chez l'enfant, de la, 652.

COLLABORATEURS

AU XVII^e VOLUME (NOUVELLE SERIE VOL. 1)

DE

“ L'UNION MÉDICALE DU CANADA.”

BRENNAN, M. T. M. D., Montréal.
 D'aigneault, J. A. M. D., “
 Desrosiers, H. E. M. D., “
 Foucher, A. A. M. D., “
 Larabée, J. A. M. D., “
 Lippé, J. M. D., St-Ambroise de Kildare.

Marsil, C. V. E. M. D., St-Eustache.
 Palardy, M. J. M. D., St-Hugues.
 Prévost, L. C. M. D., Ottawa
 Ricard, A. G. A. M. D., Montréal.
 Siros, E. M. D., Three Rivers, Mass.
 Smith, A. Laphorn, M. D. Montréal.