

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- 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.

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

<b>TRAVAUX ORIGINAUX.</b> —CLINIQUE D'OTOLOGIE.—Hôpital Notre-Dame, Montréal.	337	—Soin et antisepsie pendant l'allaitement, 369.—Hyperesthésie vulvaire, vaginisme, dilatation forcée du vagin, 370.—De l'influence du cimicifuga racemosa sur l'accouchement.—De l'influence exercée sur le travail par le laps de temps écoulé entre le premier et le second accouchement.....	372
—Des corps étrangers de l'oreille, M. Foucher.....	337	<b>PÉDIATRIE.</b> —De l'urticaire dans le jeune âge, 371.—Traitement de la laryngite aiguë,—Traitement de la coqueluche, 376.—Guérison spontanée dans le croup.....	377
<b>COMMUNICATIONS.</b> —Traitement de la diphthérie.....	344	<b>FORMULAIRE.</b> —Coqueluche,—Catarrhe gastro-intestinal,—Constipation et Dyspepsie,—Insomnie, 379.—Vertige gastrique,—Dyspnée et palpitations,—Alopécie,—Leucorrhée,—Coryza aigu,—Phtisie.....	380
<b>REVUE DES JOURNAUX.</b> —PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.—Coma urémique consécutif à une albuminurie chez une rhumatisante, 347.—Péricardite aiguë des vieillards, 349.—De l'hémoptysie et de son traitement, 350.—De la dilatation de l'estomac, 354.—Identité de la dothiëntérie et de l'embarras gastrique fébrile.....	356	<b>BULLETTIN.</b> —L'épidémie de variole, 381.—Maladies contagieuses, 382.—Nécrologie, 383	383
<b>PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.</b> —Coxalgie et pseudo-coxalgie, 357.—De l'œdème suraigu suffocant de la luette, 360.—Conduite du médecin chez les prostatiques, 362.—Ruptures de l'urèthre, 364.—Des incisions exploratrices.....	365	<b>BULLETTIN BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	383
<b>OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.</b> —De la ver-		<b>VARIÉTÉS.</b> —Le médecin jugé par le client,—Naissance,—Mariage,—Décès.....	384

---

# MELLIN'S FOOD

---

## NOURRITURE DE MELLIN

### POUR LES PETITS ENFANTS ET LES MALADES.

Le seul véritable succédané du lait maternel. Aliment éminemment nutritif et reconstituant pour les nourrices, les convalescents, les dyspeptiques, les neurasthéniques, etc.

Recommandée par tous les médecins et en vente chez tous les pharmaciens des Etats-Unis et du Canada.

Se conserve dans tous les climats et n'exige pas de cuisson.

## DOLIBER, GOODALE & CO.

41 ET 42, CENTRAL WHARF, BOSTON, MASS., U.S.

*Toute l'attention voulue sera donnée aux correspondances des médecins.*

*Echantillon et pamphlet expédiés gratuitement sur demande.*

En vente chez } LYMAN, SONS & CO., MONTREAL, CANADA.  
 LYMAN, BROTHERS & CO., TORONTO, CANADA.  
 BROWN & WEBB, HADIFAX, N. S.  
 R. W. McCARTY, ST. JEAN, N. B.

# SPECIALITES DE WYETH

---

## PAPOMA.

*Aliments Farinacés pour la première et seconde enfance. Contient tous les éléments requis pour développer les forces. Préparé avec le blé sans rien ôter.*

Le PAPOMA est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Tous les constituents du grain y sont conservés ; l'amidon y est transformé en dextrine et le gluten qui est détruit dans la plupart des préparations diététiques, y subit un certain degré de cuisson qui en fait une substance prête à être digérée et assimilée par l'organisme humain.

## EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidées d'appareils de fabrication à nuls autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une uniformité d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigneux, convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament nature jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

## PILULES PEPTOGENES (PEPTONIC PILLS).

*Pepsine, Pancréatine associées au Lacto-Phosphate de Chaux et à l'Acide Lactique. (Tous droits réservés.)*

Cette pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En supplantant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants, que nous avons la conviction que l'essai qu'en feront les membres de la profession médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

## PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

*Pour la cure de l'Enrouement, du Mal de Gorge, de la Bronchite, de la Toux et des Affections Respiratoires.*

Ces Pastilles sont incontestablement les plus efficaces et les plus agréables au goût qui aient été présentées pour le soulagement des différentes affections des organes respiratoires en rapport avec les variations de température.

Comme le nom l'indique, le principal ingrédient de ces pastilles est le muriate d'ammoniaque qui est un remède précieux dans le traitement de plusieurs affections des bronches et qui est ici associé à d'autres remèdes ayant des propriétés calmantes sur la muqueuse bronchique, ce qui augmente l'efficacité et la sphère d'application des Pastilles.

L'Angine, l'Enrouement et les différents Maux de Gorge, causés par le froid sont presque invariablement soulagés par l'emploi de quelques Pastilles.

Elles sont très utiles pour rendre la voix plus claire et plus forte.

### MODE D'EMPLOI :

Ne prenez qu'une Pastille à la fois et laissez-la fondre doucement dans la bouche. Prenez-en de huit à douze dans les vingt-quatre heures.

---

DAVIS & LAWRENCE Co. LIMITED

**JOHN WYETH & BRO.,**  
PROPRIETAIRES,  
PHILADELPHIE.

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE D'OTOLOGIE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. FOUCHER.

### Des corps étrangers de l'oreille.

MESSIEURS,

Les corps étrangers qui élisent domicile dans l'oreille sont en grand nombre. Je n'entreprendrai pas de vous les citer tous; les enfants, d'ailleurs, trouvent, tous les jours, le moyen de s'en introduire de nouveaux dans cette cavité. Parmi les principaux nous pouvons citer les pois, les fèves, des bouts de crayons, des noyaux de cerises, des morceaux de papier et des petits cailloux. On peut considérer aussi comme corps étrangers de l'oreille l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif externe. C'est celui que nous avons le plus souvent occasion de rencontrer, c'est aussi celui qui va vous occuper plus particulièrement dans cette leçon clinique.

Le cérumen est, comme vous le savez, sécrété par les glandes cérumineuses du conduit auditif ainsi que par toutes les glandes qui tapissent ce conduit. On trouve donc, en outre du cérumen, le produit des glandes sébacées, des poils et la desquamation épidermique. Lorsque la production cérumineuse est modérée, elle recouvre les parois du conduit cartilagineux, sous forme d'anneau jaunâtre dont les couches les plus superficielles se dessèchent et sont rejetées au dehors sous l'influence des mouvements du maxillaire inférieur. Sous l'influence de causes très variées, cette sécrétion est augmentée, ou son rejet au dehors est entravé, d'où accumulation et obstruction du conduit auditif.

Parmi ces causes, on doit citer l'érythème de la peau du conduit auditif, l'otite externe diffuse ou circonscrite, l'eczéma, les otites moyennes, le rétrécissement anormal du conduit auditif, le défaut et l'excès de propreté, ainsi que les corps étrangers introduits accidentellement dans l'oreille.

Le conduit auditif, lorsqu'il est rétréci par une cause quelconque, inflammatoire ou autre, ou qu'il décrit des courbes trop accentuées, met un obstacle à l'écoulement au dehors du produit des glandes cérumineuses. L'érythème, l'eczéma et les écoulements de l'oreille facilitent l'accumulation du cérumen en y mélangeant des masses épithéliales, des poils et autres produits de sécrétion qui le rendent plus compact, plus adhérent aux parois du conduit. L'excès de soin des oreilles, tout étrange que cela puisse paraître, peut produire le même résultat. En s'introduisant de l'eau savonneuse dans les oreilles, en utilisant le soin de la serviette pour nettoyer profondément le conduit, on refoule la sécrétion qui tend à s'en échapper, et on produit précisément ce que l'on veut éviter. Il n'y a donc rien d'étonnant dans le fait que l'accumulation de cérumen est plus fréquente chez les personnes qui

prennent beaucoup de soin de leurs oreilles quo chez celles qui s'en abstiennent.

Les corps étrangers introduits artificiellement dans l'oreille contribuent à la rétention du cérumen, en rétrécissant le conduit, et aussi, par irritation locale, en augmentant la sécrétion cérumineuse. Indépendamment de toutes les causes que nous venons de signaler, il arrive que certaines personnes sont plus sujettes que d'autres à l'accumulation du cérumen par le seul fait que leurs glandes cérumineuses en sécrètent en très grande abondance.

Il est en général assez facile de reconnaître la présence de cérumen dans les oreilles. Cependant, j'ai pu me convaincre plus d'une fois, en vous faisant examiner les cas qui se présentent ici, que le diagnostic n'en est pas toujours aussi facile qu'on se l'imagine, surtout lorsqu'on commence à manier l'otoscope. Les erreurs sont occasionnées par les reflets qui se produisent à la surface du cérumen, et aussi par l'oubli d'un détail anatomique important : la longueur du conduit auditif et la place qu'occupe la membrane du tympan. Le conduit auditif de l'adulte est long d'à peu près un pouce, or la membrane du tympan se trouve à l'extrémité interne de ce conduit ; il faut donc constater avec soin à quelle distance du méat auditif externe se trouve situé ce que l'on aperçoit à l'intérieur de l'otoscope.

Le cérumen peut occuper tous les points du conduit auditif, depuis le méat jusqu'à la membrane du tympan. Il arrive assez souvent que l'on puisse en faire le diagnostic sans se servir du spéculum et du miroir. Il suffit quelquefois d'examiner à l'œil nu l'oreille d'un patient, en l'approchant près d'une fenêtre, pour apercevoir à l'entrée du conduit une masse noirâtre ou jaunâtre, réfléchissant plus ou moins la lumière.

Quoiqu'il en soit, je vous engage à ne jamais négliger l'examen à l'otoscope afin d'éviter des erreurs qui sont toujours possibles et préjudiciables en pareils cas. N'imitiez pas la conduite de certains médecins qui, s'ils connaissent l'emploi de l'otoscope, n'en font jamais usage, et se bornent à prescrire, pour toute maladie de l'oreille, des cataplasmes et des vésicatoires s'il y a douleur, l'usage de la seringue et de l'huile d'olive, s'il y a seulement surdité. Inutile de faire une analyse quelconque des inconvénients de semblables erreurs, malheureusement trop répandues ; la clinique a dû vous convaincre de la diversité des maladies de l'oreille, de l'importance des instruments en usage pour en faire un diagnostic précis, et enfin de la variété des traitements que nécessitent ces maladies.

Il arrive souvent que des personnes atteintes de surdité attribuent leur affection à l'accumulation de cire dans leurs oreilles. Ce qui leur fait croire que tel doit être le cas, c'est qu'elles s'en enlèvent souvent elles-mêmes des morceaux. Cependant, en examinant le conduit auditif à l'otoscope, on trouve la voie libre et une toute autre affection que celle présumée par le patient. L'erreur commise par les patients se répète aussi chez les médecins qui se contentent d'examen superficiels. Certaines personnes malpropres ont habituellement le méat auditif externe couvert de cérumen, cependant, si on fait un examen plus détaillé avec le spéculum, on constate que la sécrétion ne touche pas le tympan et n'obstrue pas la lumière du conduit. Une personne qui offrirait des symptômes de surdité en pareil cas devrait avoir une

autre affection de l'oreille, et l'examen du tympan pourrait vous renseigner à ce sujet. Nous venons de voir que l'excès de cire au méat auditif externe n'implique pas toujours nécessairement la présence du même état de choses dans la profondeur du conduit auditif. On peut renverser la proposition et être encore bien plus souvent dans le vrai. Le méat auditif est exempt de toute sécrétion cérumineuse, mais à l'aide du spéculum on peut découvrir des masses abondantes et compactes de cette sécrétion accumulée sur la membrane du tympan. Il n'est pas toujours facile de reconnaître à la première inspection la grosseur du bouchon cérumineux contenu dans le conduit auditif. Le siège qu'il occupe ne peut pas nous renseigner exactement, attendu qu'il peut se développer dans une portion du conduit et laisser l'autre intacte. C'est ce qui explique pourquoi certaines personnes qui, en apparence, ont les oreilles bouchées par cette production, entendent cependant presque d'une manière normale. C'est qu'alors il reste un espace libre entre le cérumen et la membrane du tympan, et que la vibration de cette dernière membrane est encore possible.

Il arrive assez souvent en pratique que des personnes viennent nous consulter pour une oreille qui est le siège de bourdonnements, de surdité, causés par du cérumen accumulé et qui portent dans leur oreille prétendue saine des masses beaucoup plus considérables de cette même production. De là la nécessité d'examiner les deux oreilles de tous les patients qui nous consultent; bien souvent, si nous ne trouvons pas du cérumen en quantité anormale dans les deux oreilles à la fois, nous trouvons d'autres lésions qui nécessitent aussi un traitement. Le degré de consistance du cérumen mérite que nous nous y arrêtions un peu. L'idée qu'on se fait généralement de la consistance du cérumen dans les oreilles n'est pas exacte en tous points. Lorsque cette sécrétion s'est accumulée pendant des mois et des années dans le conduit auditif, après s'être mélangée à la desquamation épidermique et à d'autres produits inflammatoires, et après avoir perdu en grande partie son eau de constitution, elle a perdu aussi son apparence jaune pâle et gluante sous laquelle on la voit ordinairement au méat auditif. Le cérumen accumulé depuis longtemps a une apparence brune, noirâtre; lorsqu'on l'enlève, il a l'apparence de fausses membranes cimentées les unes aux autres et qui se laissent déchirer. Lorsqu'on a fait usage de la seringue à plusieurs séances, ce qui a lieu surtout pour enlever des masses compactes et accumulées depuis longtemps, le bouchon de cérumen a quelquefois l'apparence d'un morceau de lard. En résumé, le cérumen peut siéger à tous les points du conduit auditif sans qu'on puisse en conclure que tout l'espace compris en arrière de la partie visible à l'otoscope soit nécessairement occupé par cette production; la couleur du cérumen peut varier, depuis le blanc, le jaune pâle, jusqu'au noir foncé.

Les symptômes en pareils cas sont les suivants: surdité plus ou moins prononcée, bourdonnements d'oreilles, vertiges pouvant aller jusqu'à la syncope. Trolsch cite un cas curieux qui, tout en démontrant jusqu'où peuvent se porter les désordres causés par les bouchons de cérumen, nous fait voir aussi jusqu'à quel point on peut être induit en erreur en négligeant l'examen des oreilles. Je cite textuellement: "Un homme d'un certain âge sort la nuit du cabaret où il venait de montrer, dans la conversation, sa vivacité habituelle; en route, il se

heurte contre le timon d'une voiture maladroitement placée; la force du choc le renverse à terre; il tombe la tête sur le pavé. Il croit être resté un quart d'heure privé de sentiment; il ne sait pas au juste s'il doit mettre sa perte de connaissance sur le compte de sa chute ou sur celui des nombreuses libations auxquelles il s'était livré; mais il déclare qu'avant son accident il avait déjà la vue un peu troublée. Rentré chez lui tout seul, il passe une bonne nuit; mais il s'aperçoit le lendemain, en même temps que son entourage, qu'il est devenu presque complètement sourd. Le médecin appelé auprès du malade croit pouvoir attribuer cette surdité subite à la chute de la veille. Il appelle l'attention de la famille sur la gravité du cas, en disant qu'il s'agissait au moins d'une commotion cérébrale, peut-être même d'une hémorrhagie de cet organe. Le patient qui, d'ailleurs, se porte très bien, est mis à la diète: on le ventouse, on le purge et, quelques jours plus tard, on lui applique un séton; la surdité resta la même; mais ses forces physiques et son intelligence baissent de jour en jour. Au bout de quelques mois en me l'amène. Après avoir écouté l'histoire de sa maladie, j'examine les oreilles et je trouve les deux conduits auditifs bouchés de cérumen que je fais ramollir et que j'enlève à force d'injections. Immédiatement le malade, recouvrant parfaitement l'ouïe, se trouve non seulement guéri de sa surdité, mais aussi de la mélancolie qui l'avait envahi depuis sa prétendue commotion cérébrale."

Ce qui est arrivé dans ce cas, c'est ce qui arrive souvent. Sous l'influence d'une violente commotion, un bouchon de cérumen qui ne touchait pas le tympan se déplace, va comprimer cette membrane et déterminer des symptômes cérébraux: vertiges, bourdonnements et nausées.

Le pronostic de la maladie qui nous occupe n'est pas toujours aussi favorable qu'on se l'imagine.

Toynbee a fait la statistique suivante, qui, d'après une expérience, paraît exacte: sur 115 oreilles dont il a extrait des bouchons cérumineux, 60 seulement recouvrèrent entièrement l'ouïe, 43 obtinrent une amélioration considérable, les 62 restants n'obtenant que peu ou pas d'amélioration.

Cette différence dans les résultats obtenus tient à plusieurs causes. Nous avons vu que l'accumulation de cire est due quelquefois à des maladies du conduit auditif ou de la caisse. Il n'est pas surprenant que dans ces cas l'amélioration de l'ouïe soit peu considérable. Le bouchon cérumineux, de plus, agit directement sur la membrane du tympan pour en déterminer l'inflammation, l'induration, le ramollissement, la distension, le relâchement; il agit aussi sur la chaîne des osselets qu'il immobilise en favorisant l'ankylose; il agit encore sur le liquide labyrinthique par l'intermédiaire de la chaîne des osselets de l'ouïe. La proportion des cas heureux dans la statistique de Toynbee est même étonnante si l'on prend en considération les troubles variés que peut causer la compression du tympan.

Il est donc prudent, lorsqu'on a à traiter de pareils cas, de ne pas se hâter de porter un pronostic favorable. Au contraire, ce pronostic doit toujours être réservé, même pour les cas les plus favorables en apparence. Ces cas apparemment favorables se reconnaissent à la conservation d'une bonne partie de l'acuité auditive, à la date récente de la lésion, et au fait que les malades entendent mieux le diapason appliqué sur le vertex, de l'oreille obstruée que de celle qui ne l'est pas.

Nous arrivons maintenant au traitement de cette affection. Il peut se résumer en bien peu de mots : usage intelligent d'une seringue convenable, combiné ou non à l'emploi de l'eau chaude ou d'une solution de bicarbonate de soude. Par usage intelligent de la seringue j'entends dire qu'il faut savoir où et comment diriger le jet de la seringue. Presque tous les patients atteints de surdité ont déjà fait usage de la seringue avant de venir nous consulter. Ceux-là même qui ont les oreilles obstruées par la cire en ont fait usage, mais sans arriver à aucun résultat favorable, souvent même au contraire en exagérant leur état de surdité. Ce qui arrive alors c'est que l'on fait usage d'une petite seringue en verre, de 1 once ou même moins, et qu'on ne l'emploie pas convenablement. Le bout de la seringue est appuyé sur les parois du conduit, le conduit auditif n'est pas redressé, le jet n'est pas dirigé avec assez de force et l'opération n'est pas assez prolongée. Pour redresser le conduit auditif il faut tenir le pavillon de l'oreille en haut et en arrière. La capacité de la seringue doit être d'au moins 2 onces, le bec doit être effilé afin de pouvoir pénétrer à une certaine profondeur (1 à 2 lignes) dans le conduit auditif sans le fermer complètement, la tige doit être pourvue d'un anneau pour y fixer le pouce, le corps de pompe doit avoir deux anneaux, ou à leur défaut, un rebord assez large pour fixer solidement l'index et le médius. Le liquide à employer doit être de l'eau tiède. En passant je vous ferai observer qu'il faut bannir l'emploi de l'eau froide dans tous les cas où les injections de l'oreille sont prescrites. Après avoir rempli la seringue, il faut avoir soin de chasser l'air qu'elle contient, pour cela il suffit de diriger le bec de la seringue en haut, et de pousser le piston jusqu'à ce que le liquide apparaisse. Il faut alors projeter le liquide dans le conduit auditif par saccades, en déployant peu de force pour commencer afin d'accoutumer graduellement le patient au désagrément de l'opération. Le bec de la seringue doit être dirigé dans le sens de l'axe du conduit en l'appuyant de temps à autre sur la paroi inférieure, supérieure, externe ou interne du conduit. Dans les cas faciles il n'est guère besoin d'une séance d'au delà de une minute ou deux pour débarrasser l'oreille. Dans les cas plus graves, il faut recourir aux instillations souvent répétées d'eau chaude ou d'une solution de bicarbonate de soude pour pouvoir enlever le cérumen. En règle générale, lorsque vous avez raison de croire que vous maniez la seringue d'après les règles voulues et que le cérumen ne vient pas après quelques minutes, il ne faut pas prolonger la séance, qui peut devenir nuisible, et remettre l'opération à un autre jour, et ce, jusqu'à ce qu'on arrive au résultat désiré. L'usage d'autres instruments doit être prohibé, ils ont fait plus de tort aux oreilles que la seringue n'en pourra jamais faire. Cependant, ils peuvent être de quelque utilité lorsque le bouchon cérumineux est rendu au méat auditif externe et qu'il suffit de le saisir avec des pinces pour l'enlever facilement. Mais l'habitude d'aller au fond de l'oreille avec une petite cuillère ou une pince pour en chasser le cérumen, est condamnable parce qu'elle expose à une foule de lésions graves.

Lorsqu'il faut prescrire des instillations d'une solution de bicarbonate de soude ou d'eau chaude, il faut avoir soin de prévenir le patient que ce traitement peut avoir pour effet de le rendre momentanément plus sourd. Le liquide, en gonflant le cérumen, a pour effet de boucher

plus complètement le conduit auditif et de comprimer davantage la membrane du tympan s'il y touchait déjà.

Lorsque le tympan a été comprimé du côté de la caisse, il est nécessaire de faire suivre l'extraction du cérumen d'une douche d'air par le procédé Politzer.

Les soins consécutifs dépendant entièrement de l'existence de complications ; s'il n'y en a pas, il suffit de faire porter un peu de ouate dans l'oreille opérée, pendant quelques jours, pour que tout rentre dans l'ordre.

Les divers autres corps étrangers mentionnés au commencement de cette clinique se comportent différemment vis-à-vis de l'oreille, surtout s'ils restent quelque temps à l'intérieur de cet organe ou si on tente de les enlever par des moyens violents.

La plupart des enfants qui nous arrivent ici avec cette lésion ont déjà été soumis à toute sorte de traitements infructueux. Il en résulte que les corps étrangers sont presque toujours logés profondément dans le conduit auditif et que ce conduit est déjà le siège de gonflement et de douleurs qui s'exagèrent à la moindre traction du pavillon de l'oreille. Lorsque l'accident arrive, les enfants cherchent immédiatement à sortir ce qui vient de pénétrer dans leur oreille, en y int. Adjoignant le doigt ; ce qui arrive presque toujours en pareils cas, c'est que le corps étranger est repoussé plus profondément, ensuite viennent les parents qui, avec des broches à cheveux ou à tricoter, etc., aggravent le mal au lieu d'y remédier. Le médecin vient ensuite, mais je serais surpris qu'il y en eut cinq sur cent qui fissent usage d'un procédé convenable pour enlever ces corps étrangers. La plupart, d'après ce que j'ai pu constater, se servent d'instruments destinés à être introduits en arrière du corps étranger et cela, la plupart du temps, en travaillant à tâtons, c'est-à-dire en n'éclairant pas le conduit avec la lumière réfléchie par un miroir frontal. Ce qui arrive alors est facile à prévoir : le corps étranger est repoussé jusqu'au tympan, et tout instrument poussé jusqu'à ce niveau peut blesser cette membrane d'une façon grave. De fait, il n'est pas rare de voir des enfants ayant été soumis à ces manœuvres intempestives présenter un écoulement de sang abondant de l'oreille et accuser des douleurs tellement violentes que c'est en quelque sorte avec terreur qu'ils nous voient procéder à un simple examen à l'otoscope.

Ces jours derniers, vous avez eu une illustration frappante de l'image clinique que je viens de vous tracer. Un enfant de 8 ans se présente ici avec un bout de crayon dans le conduit auditif ; le pavillon de l'oreille est rouge, le conduit est tuméfié, il s'échappe un peu de sang au méat externe. A l'examen à l'otoscope on aperçoit au fond du conduit un petit point grisâtre tout entouré de sang coagulé. Le père raconte qu'après avoir essayé de lui enlever ce bout de crayon avec une broche à tricoter, il a été voir son médecin ; celui-ci, après de vaines tentatives, l'a dirigé vers un hôpital de la ville ; là nouvelles tentatives à l'aide d'instruments variés, sans plus de résultats. Finalement, on va trouver un chirurgien qui immédiatement nous adresse le patient.

Il nous a suffi, dans ce cas, d'une simple injection d'eau tiède pour enlever, dès le premier jet de la seringue, ce corps étranger pour l'extraction duquel on venait de travailler toute une avant midi durant, en renvoyant le patient de Caïphe à Pilate.

Le père de l'enfant n'a pu retenir une exclamation de surprise en constatant le résultat si prompt d'un traitement aussi simple, et nul doute qu'il a dû faire une réputation peu flatteuse et peu enviable à ceux qui ont échoué en cette occasion.

Les corps étrangers, quels qu'ils soient, doivent être enlevés avec la seringue et de l'eau tiède, de la même manière que lorsqu'il s'agit d'enlever un bouchon de cérumen. Il est quelquefois nécessaire de prolonger un peu l'opération, ou même de remettre la séance au lendemain, mais ce n'est que dans des cas exceptionnels que la seringue faillira à la tâche. Tout autre instrument, tel que pince, curette, crochet, ne peut être employé convenablement que pour extraire un corps étranger situé près du méat externe. De plus, pour employer convenablement ces instruments, il faut un large spéculum et éclairer fortement ce conduit à l'aide d'un miroir concave fixé sur le front de telle sorte que les deux mains soient libres. Quand il s'agit de pois ou de fèves qui se trouvent bloqués au point rétréci situé au tiers externe du conduit, on peut utiliser un petit crochet que l'on introduit en arrière ; il suffit alors de tirer à soi pour sortir le corps étranger. Les corps étrangers qui offrent des bords facilement saisissables tels que limaçon, morceau de papier, de ouate, peuvent quelquefois être saisis facilement à l'aide de pinces.

Mais, je le répète, l'usage de ces instruments doit être un fait exceptionnel, surtout entre les mains de médecins peu habitués à travailler dans la profondeur du conduit auditif.

Je termine, Messieurs, en vous recommandant de ne jamais négliger l'examen du conduit auditif avant de procéder à l'extraction de corps étrangers. Il faut toujours s'assurer si la lésion existe véritablement. Je pourrais vous citer plusieurs exemples de malades qui ont été opérés pour des corps étrangers qui n'existaient pas.

Certaines personnes atteintes d'otites moyennes entendent des bruits comparables à des bourdonnements d'insectes dans leurs oreilles, et sont portées à attribuer leur trouble à cette dernière cause, il est même quelquefois assez difficile de les persuader du contraire.

Il faut dans ces cas un examen attentif et détaillé du conduit auditif et de la membrane du tympan, car si, d'un côté, les bourdonnements d'oreille sont fréquents, il n'est pas rare d'avoir à déloger du conduit auditif les insectes qui y entrent.

Dans un cas de doute, une simple injection avec de l'eau tiède peut avoir pour effet de déplacer les insectes, même les plus petits.

**De l'usage externe du chloral hydraté contre les sueurs nocturnes.**—NICOLAÏ a obtenu de très bons résultats dans les cas de sueurs nocturnes des phthisiques ainsi que des malades non phthisiques, par l'emploi de 8 grammes de chloral hydraté dissous dans deux verres d'un mélange de parties égales d'eau-de-vie et d'eau ordinaire. Tous les soirs, avant de s'endormir, le malade est frictionné au moyen d'une éponge imbibée de cette solution. Si cela ne suffit pas, on met au malade pour la nuit une chemise imprégnée de la même solution et puis séchée. L'effet du traitement est surtout excellent chez les enfants dont les sueurs nocturnes ne sont pas occasionnées par la phthisie. Quelquefois trois à quatre frictions suffisent pour faire entièrement cesser des sueurs nocturnes qui persistaient pendant plusieurs semaines.—*Paris médical.*

## COMMUNICATIONS.

—  
Traitement de la diphthérie.  
—

*Messieurs les Rédacteurs,*

En parlant du traitement de la diphthérie par les solutions saturées de chlorate de potasse, j'ai omis de mentionner les autorités sur lesquelles je m'appuyais pour recommander le remède qui m'a toujours rendu les plus grands services.

Votre livraison du mois de juin m'ayant appris qu'en faisant l'éloge de ce médicament j'avais fait rêver votre correspondant *Médecine*, je m'empresse à remettre à qui de droit la paternité du traitement préconisé. Je cite :

Le Dr A. Seeligmuller, après avoir constaté l'insuccès du chlorate de potasse à doses modérées et en solutions peu concentrées, dit : Tout a changé de face depuis l'emploi de la solution saturée. Il y a vingt ans que je n'ai pas prescrit d'autre remède dans toutes les affections diphthéritiques que j'ai soignées dans cet espace de temps : et ce ne sont que quelques cas négligés où les symptômes étaient déjà trop prononcés qui ont résisté à cette préparation dont voici la formule :

R Pot. chlorat. ʒij Aquæ ʒiij.

Prenez une cuillerée entière chaque heure, etc.

Les pansements, les gargarismes, les onguents, les grattements des fausses membranes diphthéritiques et les cautérisations, toutes ces manipulations aussi pénibles pour le médecin que pour le malade, peuvent être omises sans que le médecin ait à se reprocher la moindre négligence. L'auteur n'emploie pas même le glycérolé d'acide tannique. Pour le coup, le rêve de *Médecine* va se changer en cauchemar !

*Mode d'application.*—Faire prendre la solution saturée de chlorate de potasse aussi longtemps qu'il y a encore traces de fausses membranes diphthéritiques ; au commencement, chaque heure ; plus tard, toutes les deux ou trois heures, jour et nuit, sans discontinuer. Il ne faut pas ajouter à cette solution du sirop ni quelque autre ingrédient corrigeant le goût, parce qu'alors l'effet n'est pas aussi sûr. En outre, il ne faut pas laisser boire de l'eau ou d'autres liquides immédiatement après le médicament, pour ne pas paralyser l'effet local.

Le Dr J. M. Drysdale (*Canadian Journal of Medical Science*) dit que le chlorate de potasse s'est toujours montré si efficace qu'il est peu inquiet lorsqu'il est appelé pour un cas de diphthérie ordinaire avant qu'elle ait envahi le larynx et que des troubles du côté du cerveau se soient manifestés par des convulsions, car, ajoute-t-il, dans une longue et nombreuse pratique, je n'ai rencontré que très peu de cas qui aient résisté à ce mode de traitement.

M. le Dr Drysdale, de même que le précédent, se dispense de tout traitement local, se contentant de traiter les complications, diarrhées, spasmes du larynx, etc.

Le Dr C. E. Billington vante aussi chaudement le chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie.

Le Dr Eug. Hubert, rédacteur du *Journal des sciences médicales de Louvain*, recommande de plus les applications de tannin dissous dans la glycérine.

Je pourrais aussi mentionner les noms de quelques médecins du Canada qui ont donné dans l'UNION MÉDICALE les résultats tout à fait favorables de l'emploi du chlorate de potasse, mais en voilà assez, je crois, pour convaincre votre correspondant que je ne suis pas en trop mauvaise compagnie, et que le mérite de l'avoir fait rêver ne m'appartient pas, mais bien aux auteurs que je me suis permis de citer.

Veuillez agréer, etc.,

V. LAURIN, M. D.

Ancienne Lorette, 20 juin 1885.

*Messieurs les Rédacteurs,*

Je devrais peut-être me taire, et laisser *Un abonné* répondre à *Médecine* pour sa communication au sujet du chlorate de potasse comme un remède efficace dans le traitement de la diphthérie; mais comme je crois, avoir été un des premiers, sinon le premier, qui aient conseillé, par la voie de votre journal, le chlorate de potasse contre cette terrible maladie, j'ai cru qu'il était de mon devoir de défendre un médicament qui, entre mes mains, a rendu des services signalés, et qui pourrait en rendre de plus grands encore, si son efficacité était plus universellement reconnue.

Il est vrai que dans le traitement que j'ai employé, j'associais le chlorate de potasse au benzoate de soude, en même temps que je faisais faire des frictions sur le cou, avec un liniment dans lequel entre la térébenthine; mais cela n'empêche pas que je regarde le chlorate de potasse comme le principal agent, et je ne doute pas que seul, il soit suffisant pour obtenir la guérison. En lui associant le benzoate de soude les effets m'ont paru plus prompts, et on abrège ainsi la durée de la maladie. Les vapeurs de térébenthine et d'ammoniaque peuvent aussi contribuer pour quelque chose, mais je ne pense pas qu'on puisse attribuer les succès que j'ai obtenus aux seules frictions que je faisais faire sur la gorge; je ne pense pas non plus qu'on attribue uniquement ces mêmes succès au benzoate de soude; il faut donc en faire bénéficier le chlorate de potasse, au moins en grande partie, surtout depuis que d'autres ont eu, avec ce dernier médicament seul, des résultats à peu près semblables aux miens.

Le Dr R. dans une communication à l'UNION MÉDICALE du mois d'avril dernier, donne la composition d'une formule du Dr Bell, de Glasgow, dans laquelle entre le chlorate de potasse, et dit s'en être bien trouvé dans le traitement de la diphthérie. *Un abonné*, dans la livraison de mai, vante le chlorate de potasse, et n'a pas perdu un seul malade de diphthérie, depuis cinq ans. Voilà des faits qui parlent de l'efficacité du remède.

Monsieur le correspondant *Médecine* demande des chiffres. Eh bien! qu'il lise ma communication insérée dans l'UNION MÉDICALE, livraison de juillet 1883. Il y trouvera, avec la manière dont j'employais le chlorate de potasse, que dans une épidémie, qui sévit à St Ambroise de Kildare en 1880, j'ai traité trente-huit malades de diphthérie; sur ce

nombre, deux seulement sont morts, l'un n'avait voulu prendre que très peu de remède, et je doute fort qu'on ait suivi ma prescription pour l'autre. C'est toujours au moins trente-six guérisons sur trente-huit cas; ce qui est un résultat qui n'est pas à dédaigner.

Le correspondant *Médecine* va probablement avoir des doutes sur la justesse de mon diagnostic; mais si jamais il se trouve aux prises avec une épidémie de diphthérie, et qu'il voie un, deux, trois et jusqu'à quatre malades mourir dans la même maison en quelques jours, et cela se répéter pendant un certain temps, ses doutes tomberont, et je lui conseillerais alors le traitement par le chlorate de potasse, soit seul, ou mieux, suivant moi, associé au benzoate de soude, tout en faisant faire des frictions sur la gorge avec un liniment de térébenthine et d'ammoniaque; et ensuite il publiera ses insuccès, s'il en a; de cette manière nous saurons à quoi nous en tenir sur l'efficacité de ce médicament.

De ce que des auteurs ne parlent pas du chlorate de potasse, ou n'en parlent que pour le critiquer, sans l'avoir éprouvé, ou après l'avoir éprouvé d'une manière insuffisante, il ne s'ensuit pas que ce remède doive être rejeté du traitement d'une maladie qu'il a paru, administré convenablement, subjugué dans presque tous les cas.

Je concours pleinement dans la suggestion du correspondant *Curatio*. Que chacun fasse connaître les succès et insuccès qu'il a obtenus avec tel ou tel médicament dans le traitement de la diphthérie; c'est le seul moyen pratique de connaître le meilleur remède dans cette redoutable maladie.

St-Ambroise de Kildare, 27 juin 1885.

DR J. LIPPÉ.

**Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.— Deux formules nouvelles.**— Dans un mémoire à ce sujet M. STREITZ réfute les objections qui ont été faites à cette méthode. De celles-ci, la plus grave est la douleur dont on a exagéré l'acuité et qui varie suivant le lieu d'élection de l'injection. M. Streitz examine les suivantes: 1<sup>o</sup> la partie postéro-externe du bras et de l'épaule au niveau du deltoïde ou au-dessus de l'épine de l'omoplate; 2<sup>o</sup> le dos, en évitant le voisinage trop immédiat du bassin et des apophyses épineuses; 3<sup>o</sup> la région fessière dans l'épaisseur des muscles fessiers.

La qualité de la solution est importante; car si elle est mal filtrée, ou contient des corps étrangers ou des débris de bouchon, elle provoque de vives douleurs ou bien la coagulation de l'albumine des liquides interstitiels. Enfin les nodosités douloureuses, les escharres et les abcès qu'on a observés résultent d'injections intradermiques et non pas sous-cutanées.

Parmi les formules que recommande l'auteur nous remarquons les suivantes:

1<sup>o</sup> Celle de *sublimé (Lewin)*: bichlorure de mercure, 50 centigrammes; chlorure de sodium 5 grammes; eau distillée, 150 grammes, dans laquelle M. Martineau remplace le chlorure de sodium par celui d'ammonium.

2<sup>o</sup> Le *peptonate de mercure de Bamberger*, dans lequel un gramme de pepsine pur est dissous dans 100 grammes d'eau distillée et auquel on ajoute 50 centigrammes de sublimé; le précipité se redissout en présence de 2 gr. 50 de chlorure ammonique; on filtre après trois jours.

*Revue bibliographique des Sciences médicales.*

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**Coma urémique consécutif à une albuminurie chez une rhumatisante.**—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Au numéro 2 de la salle Sainte-Adélaïde, se trouve une jeune fille qui nous a été apportée dernièrement sans connaissance par des personnes incapables, par suite des circonstances, de nous fournir un renseignement quelconque. En l'examinant, nous constatâmes, outre un peu d'œdème des membres inférieurs, qu'il n'y avait aucune paralysie, ni aucune contracture, car la malade, tout en grognant, s'agitait un peu lorsqu'on la remuait. Avec cela, le pouls était dur, la respiration facile et sans fréquence; les battements du cœur nets et distincts offraient toutefois une très légère trace de bruit de galop. Quant à la sensibilité, elle était normale. Voilà avec quelles indications il fallait faire le diagnostic, établir le pronostic et instituer le traitement.

Et tout d'abord, on avait à se demander à quoi pouvait bien tenir cet état comateux. Or, pour peu qu'on établisse un rapport entre ce fait et l'œdème, on était porté à croire que ce coma pouvait être le résultat d'une affection albuminurique, et cela d'autant plus que la malade avait eu, avant son entrée à l'hôpital, des accès convulsifs épileptiformes. Cette jeune fille était donc atteinte d'éclampsie urémique.

Nous étions, toutefois, encore bien loin du pronostic, car si l'éclampsie urémique est, dans certains cas, d'une gravité excessive, il est d'autres circonstances où ce symptôme est tellement peu sérieux qu'il a été considéré par certains médecins comme un phénomène critique. Il fallait donc chercher, avec nos renseignements, à quelle lésion se rattachait cette albuminurie, car le pronostic varie suivant qu'elle est récente ou chronique. L'albuminurie des femmes enceintes ou récemment accouchées devait, tout d'abord, être rejetée, cette femme ne présentant, d'un côté, aucune dureté du ventre, d'un autre côté, aucune trace de végétures. S'agissait-il alors d'une scarlatine récente? Ici, le diagnostic était un peu plus difficile à établir; néanmoins, en examinant la peau, il était impossible de trouver aucune desquamation qui pût nous conduire à admettre une pareille hypothèse. Voilà donc deux premiers points qui pouvaient être mis de côté. Restait alors à chercher s'il ne pouvait pas s'agir d'une affection chronique, et cela, d'autant plus que la rapidité avec laquelle le pouls avait atteint une pression élevée, et la facilité avec laquelle le bruit de galop s'était produit, coïncident bien avec une recrudescence d'une affection ancienne. Parmi les maladies qui peuvent favoriser l'apparition de l'albumine, telles que les affections osseuses prolongées, la syphilis, la tuberculose, etc., une seule, la scrofule, paraissait vraisemblable. La scrofule s'accompagne, en effet, de néphrite; mais la néphrite grave ne survient que chez des individus à suppurations prolongées. Or ce n'était pas ici le cas; donc nous avions plus, par exclusion, qu'à nous rattacher à l'albuminurie qui survient chez les rhumatisants.

Au point de vue du pronostic, ce diagnostic avait une très grande

importance, car il était permis de supposer que ces symptômes pourraient céder à une médication appropriée.

Quant au traitement, il se déduit de tout ce que je viens de vous dire. D'abord, nous avons affaire à l'accident actuel, l'éclampsie, qui, lorsqu'elle est grave, nécessite l'emploi de moyens énergiques. Ici, les attaques paraissant peu prolongées et peu fréquentes, et le coma intermédiaire étant peu profond, il fallait avoir recours aux purgatifs et non aux saignées chez une femme anémique, tout en la maintenant au régime lacté exclusif. Néanmoins, comme dans la journée il y avait eu un premier, un deuxième, et puis un troisième accès, nous fîmes appliquer des ventouses scarifiées sur la région lombaire. Depuis, l'amélioration consécutive a continué et s'est traduite par le retour de la connaissance, la diminution du bruit de galop et de l'albumine.

On devait, du reste, se ranger à ce diagnostic, car la malade nous a appris qu'elle a eu, il y a environ huit ou neuf mois, un peu de gonflement aux membres inférieurs, quelques fourmillements dans les pieds et plusieurs éblouissements. Ces phénomènes avaient toujours existé, sans s'aggraver, jusqu'à ce qu'elle tombât sans connaissance dix-huit jours après son arrivée d'Auvergne à Paris. Dans quelles circonstances, et comment les choses se sont-elles passées ? Nous n'en savons malheureusement rien.

N'avons-nous plus maintenant rien à craindre de cette affection, ou bien faut-il s'attendre à ce que cette fille reste sous le coup de ces accidents ? C'est là une question beaucoup plus délicate qu'on ne le pense. Il est très probable qu'elle est délivrée de son albuminurie, sous l'influence du régime, mais le pronostic n'en reste pas moins difficile à établir, attendu que tous les médecins savent que la gravité de cette maladie est soumise à des restrictions nombreuses. D'une part, en effet, parmi les individus atteints, même en tenant compte des albuminuries chroniques qui se rattachent à une affection du rein, il s'en faut de beaucoup qu'on doive porter un pronostic implacable, et d'autre part, avoir une grande quantité d'albumine dans les urines n'est pas une grande menace. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'on peut éviter aux malades, avec l'hygiène, les accidents qui les menacent, en sorte que, pour notre jeune fille, il nous reste encore à voir ce que nous aurons à faire pour sa néphrite chronique, qui n'est pas grave, en ce sens que les modifications circulatoires ne sont pas persistantes.

Mais cette hygiène, si utile, est une chose très difficile à obtenir. Éviter le froid et les perturbations alimentaires ; voilà les deux points principaux. Or, qui peut être sûr de rester indemne ? Personne assurément. Quant à la médication, elle tient une place peu considérable. Le régime lacté n'a plus ici qu'une importance médiocre. Sans doute, dans la néphrite parenchymateuse, même chronique, on peut obtenir des résultats merveilleux avec ce régime, mais, dans la néphrite interstitielle, il ne faut pas compter sur une guérison définitive ; aussi je crois prudent de l'employer seulement contre les accidents, afin que notre malade n'arrive pas à ce degré de répugnance tel qu'il lui soit impossible dorénavant de prendre du lait, et cela, d'autant plus qu'il n'agit pas comme un médicament, mais à la façon d'un aliment innocent. Il est établi, en effet, que dans trois litres de lait il y a une ration d'entretien complète, et même une ration de travail. Cela est tellement vrai, qu'un confrère qui exerçait dans un pays montagneux, le Jura,

où il était par conséquent obligé d'aller à pied, a pu contenter sa clientèle pendant six mois sans prendre autre chose que du lait, et non seulement au bout de ce temps sa santé n'était pas altérée, mais il avait encore engraisé. Une fois sorti de cette période, il peut être avantageux de maintenir les individus au régime végétal, bien que l'absence de tout aliment azoté soit une cause de dépression, car il y a lieu de se demander si cette dépression n'est pas plutôt apparente que réelle. Il est certain, en effet, que dans l'aliment azoté existent deux choses : l'aliment qui, après avoir été soumis au travail digestif, va être transporté aux organes qui y puiseront les matières de leur reformation, et la sensation de réconfortation, qu'on a peu avec les matières non azotées, en sorte que si l'on vient à mesurer la force de ces gens qui se disent abattus, on constate qu'elle n'a pas changé. Or est-il bien nécessaire de fouetter les gens qui ne sont pas bien nourris ? Cela ne me paraît pas indispensable, car il peut être beaucoup plus utile de les guérir, sauf à reprendre ensuite une autre alimentation. Cela ne veut pas dire toutefois qu'il ne faille pas, chez les gens anémiques, par exemple, donner des préparations ferrugineuses, voir même de l'oxygène en inspirations, oxygène qui ne paraît pas augmenter la quantité d'acide carbonique, mais qui, en agissant tellement sur le système nerveux, a pu, chez une jeune fille de notre service atteinte de méningite tuberculeuse, faire cesser les vomissements. Après cela, chez ceux dont la faiblesse s'accompagne de troubles circulatoires, l'emploi de la caféine ou du quinquina peut rendre de grands services.

Il n'y a donc pas à renoncer à la thérapeutique chez notre jeune fille, et cela, d'autant plus que nous pouvons encore employer les frictions dont l'importance est considérable, pourvu toutefois qu'elles soient sèches. On a aussi l'habitude d'y ajouter certaines substances alcooliques, soit pures, ce qui est bien, soit contenant des substances balsamiques, ce qui est un tort, car il faut bien se garder de recouvrir la peau d'un vernis. De plus, quand vous faites une friction sèche par une température froide, le malade court le danger d'être exposé aux refroidissements ; c'est pourquoi je vous conseille d'avoir recours au stratagème de Chomel. Il consiste à envelopper le malade dans un sac assez large pour qu'on puisse s'en servir pour frotter. Voilà tous les moyens à l'aide desquels j'espère obtenir chez notre jeune fille des modifications beaucoup plus importantes que celles que nous avons eues jusqu'ici.—*Praticien.*

**Péricardite aiguë des vieillards**—La péricardite, souvent méconnue chez l'adulte, est encore plus difficile à diagnostiquer chez le vieillard : aussi passe-t-elle souvent inaperçue. M. le docteur LEJARD vient de faire, sur ce sujet, un travail très intéressant dans lequel, mettant à profit plusieurs observations recueillies dans le service de M. Quinquaud, il a pu montrer l'aspect que présentait le plus habituellement cette affection chez les sujets âgés.

Dans les cas observés, l'oppression, la gêne respiratoire et les palpitations ont été les symptômes sur lesquels l'attention du médecin a été plus spécialement attirée. La respiration paraissait gênée, bien qu'à la percussion et à l'auscultation, on ne pût constater aucun symptôme de lésions pulmonaires : la respiration était courte, caractérisée par une inspiration brusque, suivie d'une respiration plus lente, mais les ma-

lades ressentaient, en outre, une sorte d'angoisse et de gêne respiratoire qu'ils n'avaient pas éprouvée jusque-là, et une espèce de douleur vague, tantôt à la région précordiale, tantôt à l'épigastre. Le cœur avait une impulsion faible, irrégulière, sans qu'on ait noté d'intermittence; il ne présentait ni souffle ni frottement. Le pouls était inégal, la température peu élevée. Au point de vue des phénomènes généraux, le malade ne se plaint pas, n'accuse d'autre sensation que celle d'oppression ou d'angoisse, mais il y a tendance générale à l'assoupissement. La prostration s'accroît assez rapidement, la langue se sèche, le pouls devient petit, filiforme; la face, d'abord pâle, devient cyanosée, et le malade meurt, en général, dans un laps de temps assez court, quelques jours au plus, sans avoir présenté d'autre réaction qu'un peu d'agitation passagère tout à fait ultime.

Dans ce tableau un peu vague, il y a un point important au point de vue du diagnostic et sur lequel M. Lejard insiste: c'est cette sorte d'aggravation de l'état général de l'individu, sans qu'on puisse trouver aucune lésion capable d'en donner l'explication. Aussi, lorsqu'en présence d'un malade, âgé, pris des accidents qui viennent d'être relatés, on ne trouvera ni dans les poumons, ni dans les plèvres, ni dans le cœur, ni dans aucun autre organe, les symptômes physiques ou fonctionnels qui puissent expliquer son état morbide, il faudra penser au péricarde et rechercher si une péricardite aiguë n'est pas la lésion à invoquer.

On voit aussi que chez le vieillard, les phénomènes fonctionnels l'emportent de beaucoup sur les signes physiques; c'est qu'ici, les symptômes cardiaques, si importants chez l'adulte, n'ont qu'une valeur relativement peu importante: c'est ainsi que les frottements ont pour caractère d'être extrêmement fugaces: ils peuvent donc échapper facilement à l'auscultation.

La marche de la maladie est en général assez rapide, et elle s'est le plus souvent terminée par la mort. Dans deux ou trois cas au plus, on a observé des symptômes de péricardite qui ont rétrogradé au bout de quelques jours, mais ces cas sont absolument exceptionnels. Enfin la maladie ne dure guère que quelques jours, quatre, sept, huit, dix jours au plus. Et si, comme chez l'adulte, l'inflammation aiguë peut se terminer par résolution, ou par le passage à l'état chronique, le plus souvent, il faut bien le dire, la péricardite n'est que l'expression d'un état général grave, d'une dépression totale qui ne permet plus d'espérer la guérison.

C'est en effet presque toujours dans le cours d'une affection antérieure, rhumatisme, néphrite interstitielle, tuberculose, pleurésie ou pneumonie, etc., que survient la péricardite des vieillards; elle peut cependant être primitive, mais toujours la sénilité imprime à l'affection un cachet particulier.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

**De l'hémoptysie et de son traitement.**—Une jeune femme de vingt-six ans, qui tousse depuis un an, entre dans le service de clinique de M. le professeur NOTHAGEL, à Vienne. Se plaint de battements de cœur et d'essoufflements quand elle monte les escaliers. Depuis un mois la toux a beaucoup augmenté; sueurs nocturnes et fièvre. Hémoptysie (pour la première fois) la nuit dernière; crachats formés de sang pur. Il est évident qu'on a eu affaire à une hémoptysie et non à une hémate-

mèse. La distinction n'est pas toujours aussi facile. On dit que dans l'hématémèse il y a une grande quantité de sang, tandis que cette quantité est moindre dans l'hémoptysie; ce n'est pas constant. On dit que dans la seconde le sang est plus rouge, tandis que dans la première il présente une couleur sombre tirant sur le marc de café; lorsqu'une artère un peu volumineuse de l'estomac est intéressée, le sang peut être tout à fait pur; la coloration brunâtre est produite par l'action du suc gastrique. Dans l'hématémèse il est ordinairement coagulé, ne contient pas de bulles d'air, tandis qu'il en renferme dans l'hémoptysie, c'est la règle. Mais il peut arriver également que, même dans ce second cas, il n'en renferme pas. Une autre différence repose sur la manière dont le sang est rendu; le malade le vomit-il ou le crache-t-il à la suite d'un effort de toux? Rappelons que les deux procédés peuvent se combiner. Si le sang qui vient de l'estomac irrite l'épiglotte, il peut provoquer de la toux, celui qui sort de l'appareil respiratoire peut être avalé et vomir plus tard. L'examen objectif du malade a dans tous les cas une grande importance. Il ne faut cependant jamais examiner une personne au moment de l'hémoptysie. Dans les crachats de la malade qui fait le sujet de la leçon on trouva de nombreux bacilles tuberculeux et des fibres élastiques du poumon.

Revenons à la sémiotique du crachement de sang. Quand ce liquide sort, il peut venir: 1<sup>o</sup> de la bouche; M. Nothnagel a vu, dans les premiers temps de sa pratique, une femme qui pendant quatre mois cracha du sang en abondance; elle présentait une gingivite intense; on la traita, et la prétendue hémoptysie fut arrêtée. 2<sup>o</sup> Du pharynx. Les affections de ce conduit s'accompagnent parfois d'une ectasie des vaisseaux qu'il est facile de distinguer même à l'examen direct. Il peut arriver que pendant le sommeil le sang tombe dans la trachée et soit rendu par expiration. 3<sup>o</sup> Les hémorrhagies laryngées ou trachéales sont exceptionnelles; ce sont même de véritables raretés, quand on compare leur fréquence à celle des hémorrhagies de l'appareil broncho-pulmonaire. Dans quelles circonstances le sang est-il expulsé des voies respiratoires? Dans la bronchite aiguë ou chronique, lorsque les gens toussent énergiquement, il peut se faire que de petites stries de sang soient mêlées aux crachats; on ne considère pas cela comme une hémoptysie. Les crachats briquetés de la pneumonie résultent du mélange du sang et des mucosités. L'auteur a eu occasion de signaler dans une de ses leçons antérieures l'expiration du sang pur dans le cours de la pneumonie franche lorsque l'hypérémie du parenchyme pulmonaire est très active. Dans les cas d'infarctus hémorrhagique et d'induration pigmentaire brunâtre du poumon, on a des crachats sanguinolents comme dans la gangrène pulmonaire, les abcès, la dilatation bronchique, processus qui s'accompagnent toujours d'une lésion vraie du tissu pulmonaire. En outre, l'hémoptysie peut survenir dans un certain nombre d'états généraux: l'hémophilie, le scorbut, la maladie de Werlhof, même dans le cours de l'ictère; elle peut survenir, très rarement il est vrai, chez les femmes qui présentent des troubles menstruels (hémoptysie supplémentaire), chez l'homme à la suite de la suppression du flux hémorrhoidal. Nous ne devons admettre ces variétés que par exclusion, lorsqu'il est absolument impossible de rattacher les crachements de sang à n'importe quelle autre cause. Certaines personnes du reste en présentent sans affection du poumon. Ce sont des individus robustes

des deux sexes ; leurs hémoptysies sont analogues aux épistaxis. Dans celles-ci on trouve très souvent de petites ulcérations nasales ; les petits vaisseaux sont ulcérés, surtout ceux de la cloison, et pour peu qu'on touche ces points on peut facilement arrêter les épistaxis. Mais il paraît exister des cas de rupture de vaisseaux relativement volumineux du nez, ces vaisseaux se déchireraient sous l'influence du travail exagéré du cœur. M. Nothnagel suppose que le même phénomène peut se produire pour les vaisseaux broncho-pulmonaires chez les individus pléthoriques. Si nous réunissons toutes les formes indiquées, nous trouverons que dix fois au moins sur cent, l'hémorragie pulmonaire a pour cause la tuberculose. Quand on en voit une, c'est toujours à cette maladie qu'il faut penser d'abord, même lorsqu'il s'agit de personnes qui n'avaient présenté antérieurement aucun caractère appelant l'attention de ce côté. Comment se fait l'hémorragie ? Ce mode de production paraît très variable à l'auteur. Il y a des cas de tuberculose qui marchent jusqu'à leur terminaison sans que les malades crachent jamais de sang. Dans d'autres cas, les hémoptysies initiales s'arrêtent et ne se renouvellent plus. L'hémoptysie peut survenir dans les divers stades lorsqu'il existe des phénomènes stéthoscopiques à peine sensibles, ou lorsqu'il y a des gros râles caverneux. Les vieilles cavernes sont en général entourées d'une zone épaisse de tissu conjonctif induré ; il est rare qu'il s'y fasse des hémorragies. Nous savons que les vaisseaux de leurs parois présentent des dilatations anévrysmales ; si l'un d'eux se déchire, on se trouve en présence d'une hémorragie foudroyante qui tue en un clin d'œil. C'est là une éventualité rare ; les hémorragies correspondent aux poussées de la tuberculose. Les hémorragies du début s'expliquent de deux manières : 1<sup>o</sup> par une légère déchirure des vaisseaux consécutive à une anomalie de nutrition de leur parois ; 2<sup>o</sup> parce que le tubercule, comme l'a dit Reindfleisch, se développe de préférence dans leur gaine. La quantité de sang rendu par expectation est extrêmement variable. Parfois elle est tout à fait minime, d'autre fois effrayante, de telle sorte que la mort peut être produite dans ces conditions par asphyxie, anémie ou collapsus.

Dans quels cas la phthisie se développe-t-elle à la suite de l'hémoptysie ? La question a un intérêt historique et un intérêt pratique. A l'époque de Sydenham, Morton affirmait l'existence d'une phthisie *ab hæmoptæ*. Il entendait par là qu'à la suite de l'hémorragie pulmonaire le sang resté dans les bronches pouvait déterminer la phthisie. Cette opinion fut adoptée dans le cours du XVIII<sup>e</sup> siècle ; elle fut abandonnée par Laënnec et reprise plus tard. M. Nothnagel a essayé lui-même, il y a quelques années, à la suite des recherches de Traube, à produire une phthisie *ab hæmoptæ*. Il injecta du sang dans la trachée d'un certain nombre de lapins. Jamais il n'a réussi à obtenir une infiltration véritable du poumon. Dans les cas les plus récents, il trouva du pigment dans le tissu interstitiel ; dans les cas anciens, il ne découvrit rien. Cette expérience démontre que l'injection de sang est sans action. Perl et Liebmann en sont arrivés au même résultat. Que devient le sang ? Il y a longtemps que Nothnagel a eu l'occasion de faire des recherches sur la résorption du sang épanché dans les bronches. Leur contenu peut être rapidement résorbé, si ces tubes sont capables de résorption. L'infiltration pneumonique n'est pas expectorée, mais la masse principale du sang l'est très vite. Quand on fait chez un

lapin une section du cou, de manière que la trachée et les gros vaisseaux soient coupés, on a toujours une série de mouvements respiratoires, puis surviennent les contractions consécutives à l'hémorrhagie jusqu'à ce que le cœur s'arrête, ce qui arrive en général au bout de trois à cinq minutes. Si vous examinez le poumon, vous trouvez des gros foyers brunâtres et une grande quantité de sang dans les bronches. Si, au contraire, vous le faites durcir et que vous l'examiniez par une autre méthode, vous reconnaîtrez que le tissu interstitiel est parsemé de globules rouges. C'est là un fait caractéristique; on est certain d'arriver à des conclusions erronées si l'on ne tient pas compte de cette expérience. On pourrait croire qu'il s'agit d'une apoplexie du poumon avec pénétration du sang dans les bronches, tandis que c'est exactement le contraire. La résorption à la surface de la muqueuse bronchique a lieu avec une très grande rapidité. Wittich et d'autres ont montré qu'il existe à la surface de cette muqueuse une quantité de stomates lymphatiques par lesquelles le sang est résorbé. Il est en partie refoulé dans les perfuis; les globules sanguins y pénétrant en partie par suite de leur contractilité et de leurs mouvements amiboïdes. Quand on a connaissance de ces faits, on ne peut plus admettre la phthise *ab hæmoptæ*; aucune dégénérescence caséuse du poumon ne peut être déterminée par l'épanchement sanguin. Dans la tuberculose, il existe des maladies des vaisseaux et l'hémorrhagie est secondaire.

Il est inutile de rien ajouter relativement aux symptômes cliniques de l'hémoptysie. Il faut toujours examiner le malade avec les plus grandes précautions. Quand l'hémoptysie est peu abondante, le meilleur et souvent le seul traitement est le repos absolu; il ne faut jamais, en pareil cas, permettre qu'on discute cette prescription. Quand le malade garde tranquillement le lit, on peut considérer comme guéries les hémoptysies légères. Le malade ne doit être soumis à aucune sorte d'excitation; il faut, en un mot, qu'il soit très soigneusement protégé contre tout ce qui pourrait exciter l'action du cœur et la respiration. Il ne prendra que des aliments froids, du lait à la glace, des œufs. Le café, le thé et le vin seront rigoureusement interdits. La température de la chambre ne dépassera pas 15°. Le malade se dispensera de parler. Dans ces conditions l'hémorrhagie s'arrête presque toujours spontanément. On peut également donner les hémostatiques à l'intérieur; il est bien démontré que le tannin mis directement en contact avec les parois des vaisseaux ne détermine aucun rétrécissement. Il agit comme hémostatique parce que l'acide tannique qu'il renferme détermine la coagulation du sang quand on l'applique directement au point d'où il sort. A l'intérieur il n'est pas styptique; on peut en dire autant de l'alun et du perchlore de fer. Quand on étend celui-ci sur une surface saignante, on n'arrête le sang que par coagulation. Il n'y a rien à obtenir avec ces trois médicaments. L'acétate de plomb agit en provoquant des contractions des vaisseaux; on peut le donner à l'occasion, mais il est douteux qu'il puisse être utile. L'ergotine est un meilleur médicament; de nombreuses observations démontrent qu'il détermine une contraction des vaisseaux. On a essayé d'administrer ces différents médicaments par voie d'inhalation. L'auteur croit que cette méthode est mauvaise: 1° parce que les médicaments n'arrivent pas jusqu'au foyer d'hémor-

rhagie ; 2<sup>o</sup> parce que le malade est obligé de se lever, de se mouvoir et, par suite, d'éprouver une certaine excitation intellectuelle ; la médication est de la sorte plus nuisible qu'utile. L'emploi du sel marin à l'intérieur est populaire. Il est certain que beaucoup d'hémoptysies sont arrêtées de la sorte, probablement par une constriction des vaisseaux produite par voie réflexe. Il est probable que le chlorure de sodium à un certain degré de concentration irrite les extrémités gastriques du vague et produit par voie réflexe une contraction des vaisseaux du poumon. Il paraît pourtant que les réflexes ne sont pas toujours identiques. Ainsi nous savons qu'une irritation un peu violente des nerfs sensitifs produit tantôt une constriction, tantôt une dilatation des vaisseaux. Cela dépend de leur éloignement. Nous savons qu'une excitation des vaisseaux de l'abdomen détermine un rétrécissement des vaisseaux de la trachée. Expliquons-nous. Le sel de cuisine paraît agir de la même manière que la potion de Chopart dont on donne deux ou trois cuillerées à bouche durant le jour. Comment arrête-t-elle le sang ? En ralentissant la rapidité de son cours. L'hémorrhagie cesse encore pour ainsi dire d'elle-même. Il faut également maintenir le sang dans les bronches, par conséquent supprimer la toux, l'expiration forcée ; l'opium répond à cette indication. La morphine exerce dans ces cas une action styptique indirecte ; on peut combiner l'acétate de plomb avec elle. Il est hasardeux de faire des injections sous-cutanées de morphine chez des gens qui n'y sont pas habitués, parce qu'elles déterminent souvent des vomissements. Il faut l'administrer à l'intérieur à dose de 1 cent. au moins. Si l'hémorrhagie continue, on fait des injections sous-cutanées d'ergotine. L'auteur ne conseille pas les fragments de glace, parce que ceux-ci déterminent souvent des efforts de toux. On peut en dire autant de l'application de sachets de glace sur la région épigastrique. Le repos absolu, la suppression de la toux, le sel à l'intérieur, les injections sous-cutanées de morphine sont donc les meilleurs moyens à employer. Si l'hémorrhagie ne peut être arrêtée et que l'issue fatale soit à craindre, on peut dans les cas douteux recourir à la saignée. L'expérience nous démontre que l'hémorrhagie s'arrête chez les soldats blessés quand survient une syncope. Mais la saignée est un moyen dangereux auquel on n'est autorisé à recourir que dans les cas désespérés.—*Ally-mette Wiener med. Zeitung.—Abeille médicale.*

De la dilatation de l'estomac ; par M. le prof. PETER.—Depuis des recherches récentes, la dilatation de l'estomac a été considérée comme excessivement fréquente ; on lui a assigné un rôle des plus importants dans l'histoire de la dyspepsie, soit comme cause, soit comme effet de cette affection avec laquelle elle existe très fréquemment, quoi qu'il en soit des théories énoncées.

La fréquence de la dilatation de l'estomac est un fait contre lequel M. Peter ne s'élève pas, surtout depuis qu'on le recherche avec soin grâce aux travaux récents qui ont attiré l'attention de ce côté. Mais pour ce qui a trait au rôle pathogénique de cette affection, il convient de faire des réserves.

La dilatation n'est pas toujours la cause de la dyspepsie ; elle n'en est pas non plus toujours l'effet. Trois observations signalées par M. Peter tendent à prouver la nécessité des réserves à faire. Il s'agit de trois

malades couchés actuellement dans le service de M. Peter, à la Charité; ce sont deux hommes et une jeune fille, présentant tous une dilatation subordonnée à des états morbides différents.

Le premier de ces malades est un homme de 26 ans, qui est entré salle Saint-Jean-de-Dieu, le 8 mai. Cet homme n'a jamais fait de maladie grave jusqu'au mois de novembre dernier. A cette époque il entra à la Pitié, dans le service de M. Lancereaux, où il fut soigné pour une congestion pulmonaire, bientôt suivie d'une pleurésie: on lui fit une ponction qui donna deux litres de liquide.

Quelque temps après sa sortie de la Pitié, il a été pris de douleurs vagues dans les jointures, qui ont passé successivement des unes aux autres sans se fixer nulle part définitivement. Ce sont ces douleurs qui l'ont amené à la Charité.

Le lendemain de son entrée il présentait l'ensemble symptomatique suivant:

La face était animée, la langue blanche et tremblante, les lèvres tremblaient également quand il parlait. La palpation et la percussion révèlent une dilatation notable de l'estomac. La pression est douloureuse sur toute la région épigastrique. En pressant sur les apophyses épineuses de la région cervicale, on détermine une douleur très vive au niveau de la deuxième apophyse et sur ses côtés.

La percussion pratiquée suivant une ligne verticale partant du rebord costal, presque au niveau du mamelon, du côté gauche, donne un son tympanique dans une étendue de 15 à 17 centimètres.

Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Le malade accuse de l'oppression, de la gêne dans la respiration quand il marche ou quand il monte les escaliers. Il y a de l'anorexie et un profond dégoût pour la viande.

M. Peter rapprochant les uns des autres les différents accidents dont souffre le malade depuis le mois de novembre: congestion pulmonaire, pleurésie, douleurs articulaires et douleurs stomacales, M. Peter, disons-nous, n'hésite pas à voir dans ce cas un état rhumatismal généralisé dont la dernière localisation est dans l'estomac et dans son système d'innervation, d'où comme conséquence la dilatation stomacale.

Le deuxième malade a eu une véritable gastrite suraiguë qui a amené une dilatation de l'estomac. L'application d'un large vésicatoire sur la région épigastrique et le lavage réitéré de l'estomac, joints à un régime alimentaire approprié, ont amené en peu de jours un amendement notable des symptômes gastriques et de la dilatation qui a grandement diminué au point d'être à peine appréciable aujourd'hui. Ce malade est en ce moment en pleine voie de guérison.

Le troisième cas de dilatation de l'estomac est plus intéressant encore et plus curieux que ces deux cas par la cause toute différente et toute spéciale qui l'a produite. Il s'agit d'une jeune fille de 18 à 19 ans hystérique. Elle n'a ni convulsions ni attaques, mais elle a une anesthésie presque généralisée, les piqûres faites sur les membres ne sont pas senties; anesthésie pharyngée, points ovariens. De plus elle est facilement hypnotisable.

Il y a 18 mois environ, cette jeune fille a remarqué de fréquents gargarissements stomacaux sans douleur très nette et sans troubles digestifs. Elle entra à l'hôpital en janvier, et c'est alors seulement qu'on a constaté les signes d'hystérie dont nous avons parlé. De plus on cons-

tata tous les signes d'une dilatation de l'estomac, le clapotement à chaque mouvement actif ou passif du tronc est entre autres des plus remarquables. L'exploration fait voir que l'estomac remonte très haut en soulevant le diaphragme et s'étend en bas jusqu'à l'ombilic. Malgré tous ces symptômes très nets de dilatation, il n'y a aucun trouble dyspeptique, elle mange à son appétit la ration de 3 degrés, pas de gastralgie, pas de vomissements, pas de gaz, pas de troubles intestinaux; la pression sur toute la région épigastrique est indolore; il n'y a ni vertige ni trouble digestif d'aucune sorte, en un mot, aucun trouble fonctionnel qu'on puisse rattacher à la dilatation. Cette dilatation n'a probablement pas d'autre cause qu'un trouble nerveux de nature hystérique.

Les lavages de l'estomac essayés à plusieurs reprises n'ont eu aucun effet sur la dilatation du viscère.—*Revue médicale.*

### Identité de la dothiéntérie et de l'embaras gastrique fébrile.

—M. KELSCH expose que, pour déterminer la nature de la fièvre rémittente gastrique ou embaras gastrique fébrile, il faut l'étudier dans le milieu épidémique qui lui est propre, dans ses rapports avec les formes morbides concomitantes. Les observations de M. Kelsch ont été recueillies au Val de Grâce pendant les années 1870-72, et en Tunisie lors de la conquête.

Dans la première série de faits, il s'agit de fébricules d'une durée d'un à deux septenaires, continues ou rémittentes, accompagnées de troubles gastro-intestinaux plus ou moins marqués, terminées par une défervescence brusque ou progressive, et qui se montrèrent en même temps que les diverses recrudescences épidémiques de la dothiéntérie qui régnait alors en permanence dans l'armée. Toutes ces observations peuvent être réparties en quatre groupes basés sur la marche et l'intensité du mouvement fébrile. Dans le premier, simple embaras gastrique doublé d'une fièvre modérée qui décroît lentement à partir du huitième jour et s'éteint vers le quinzième; dans le second, la fièvre plus intense tombe brusquement vers le huitième jour, et parfois apparaît de la tendance au collapsus; dans le troisième, la fièvre, d'une durée de huit à quinze jours, affecte le type nettement rémittent; enfin, dans le quatrième, la longue évolution de la fièvre, deux à trois septenaires, rappelle la dothiéntérie, tandis que la prédominance des troubles gastro-intestinaux et le peu d'importance des phénomènes nerveux font songer à l'embaras gastrique. Tous les faits d'ailleurs sont reliés par des caractères communs, tels que l'assoupissement, l'insomnie, les rêves nocturnes, les urines albumineuses, parfois une légère éruption lenticulaire, tous symptômes qui rattachent la fébricule à la fièvre typhoïde.

Les observations nombreuses recueillies en Tunisie par M. Kelsch, ne sont pas moins démonstratives. On peut suivre la gradation insensible qui conduit de l'embaras gastrique fébrile jusqu'à la fièvre typhoïde typique.

M. Kelsch a représenté par un tracé graphique pour une période de dix années, la morbidité propre à la dothiéntérie et à la fièvre rémittente gastrique, et l'on peut constater que les maxima des deux courbes sont en corrélation intime et constante. C'est surtout chez les jeunes soldats, arrivés récemment dans les grands centres, que l'on

observe les deux pyrexies. L'embarras gastrique simple lui-même n'offre pas de différences tranchées avec l'embarras fébrile et ne doit pas en être séparé en nosographie.

En résumé, l'embarras gastrique fébrile et la dothiéntérie sont unis par d'incontestables traits cliniques et surtout par la similitude de leurs conditions étiologiques: coïncidence de leur règne, parallélisme de leur marche à travers les mois et les années, identité des conditions de réceptivité individuelle. La fièvre gastrique n'a pas d'évolution indépendante, propre, elle suit la fièvre typhoïde dans ses rémissions et ses recrudescences saisonnières et annuelles; elle n'en est que l'expression atténuée.—*Praticien.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Coxalgie et pseudo-coxalgie.**—Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Vous vous rappelez ce jeune garçon de sept ans, qui m'était présenté ces jours passés comme atteint d'une affection du genou droit: il se plaignait constamment de cette région, disait la mère; il était gêné dans la marche, paresseux pour tout exercice physique, et plusieurs médecins consultés, ajoutait la mère, n'avaient rien constaté d'anormal dans cette jointure.

En examinant cet enfant dans le décubitus horizontal, on ne tardait pas à reconnaître que le genou droit ne présentait aucune déformation ni à la vue, ni au toucher; que les mouvements de flexion et d'extension de cette articulation n'étaient pas douloureux et s'exécutaient dans toute leur étendue: ce n'était évidemment pas là le siège du mal.

L'articulation de la hanche du même côté ne jouissait pas de l'intégrité absolue de ses mouvements; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, et le mouvement d'abduction étaient bornés; j'ai rendu très évidente cette limitation des mouvements du côté droit, en vous montrant la débilité normale de la même jointure du côté gauche.

Voulait-on exagérer les mouvements de flexion et l'abduction du côté malade, le bassin ne tardait pas à se déplacer et à suivre la cuisse dans le sens de son déplacement.

La colonne vertébrale ne présentait aucune ensellure, fait en rapport avec le peu de vice d'attitude, au repos, du membre inférieur droit.

À la mensuration, nous avons trouvé un centimètre de raccourcissement de ce membre, et une atrophie de la cuisse de deux centimètres de circonférence: vous vous rappelez enfin la démarche de cet enfant, sa claudication caractérisée par un appui exagéré sur sa jambe faible.

Devant l'ensemble de ces phénomènes, j'ai formulé le diagnostic de coxalgie, basant mon opinion, non sur un seul de ces signes isolés, mais sur leur groupement: raisonner autrement, c'était s'exposer, par exemple, à attribuer à la douleur si vive du genou, accusée par cet enfant, une valeur qu'elle n'avait pas, dans l'espèce.

Il est absolument nécessaire de savoir reconnaître ces coxalgies à leur début: c'est là une question de pratique bien importante, pour le malade d'abord qui bénéficiera de vos soins au début, pour vous ensuite qui devrez formuler une *diagnostic ferme*: car vous aurez à lutter contre des avis différents, et souvent aussi contre la famille de votre

malade, laquelle se résoudra difficilement à laisser immobiliser un enfant qui offre des phénomènes si peu accusés.

Devons-nous toujours nous contenter du diagnostic : coxalgie ? Ce terme nous suffit dans la plupart des cas, et cependant je voudrais vous montrer aujourd'hui que ce mot désigne des choses différentes comme nature et comme marche !

Nous dirons que cet enfant est atteint d'une coxalgie tuberculeuse, osseuse : vous reconnaîtrez cette variété à son *début lent, insidieux* ; elle ne se révèle pas par une attaque brusque comme l'ostéomyélite ; parfois ce début est indolent et la *douleur* apparaît plus tard. Dans certains cas, cette douleur se calme, cesse. Il ne faut pas se hâter de croire à une guérison, et je professe depuis longtemps qu'une coxalgie qui a cessé d'être douloureuse n'a pas cessé d'évoluer ; bientôt la *rechute se produit* ; c'est un phénomène commun. Enfin la durée de l'affection est longue, et grâce à ces rechutes qu'on considère à tort comme des récidives, elle comprend une période de deux, quatre, six années et même beaucoup plus dans les cas graves ou mal soignés.

La gravité de la coxalgie tuberculeuse est certainement variable ; et, lorsqu'elle guérit, c'est au prix de *déformations persistantes et indélébiles*. Longtemps on a attribué ces changements d'attitude du membre à la luxation de la tête fémorale ; j'ai accepté cette doctrine classique jusqu'au jour où, n'ayant jamais pu constater *de visu* le déplacement de cette tête fémorale hors de sa cavité, j'ai dû rapporter à d'autres lésions les phénomènes observés. En effet, sous l'influence de la tuberculose, la substance osseuse du col du fémur et de la cavité cotyloïde change de consistance et se modifie dans sa forme ; une ankylose totale est la conséquence de ce processus pathologique, et, dans de rares circonstances seulement, il y a conservation dans cette jointure de quelques mouvements.

Opposez à cette variété de coxalgie tuberculeuse, la *coxalgie rhumatismale* ; elle survient en général à un âge plus avancé que la première, frappant cependant les individus jeunes encore, les adultes ; elle n'a pas dans ses débuts cette forme torpide, insidieuse, qui est un des caractères de la coxalgie tuberculeuse. On l'observe chez les personnes que leur profession expose à des variations de température fréquentes : boulangers, tripiers, et c'est presque toujours à l'occasion d'un refroidissement que les accidents initiaux éclatent ; revêtant d'abord les allures d'un rhumatisme, la poussée inflammatoire se localise dans une jointure et s'y éternise ; mais, sous l'influence d'un repos parfait, d'une immobilisation dans une gouttière, une amélioration dans l'état local se produit, et après quatre, cinq, six mois, la guérison s'obtient ; guérison sans récidive, sans rechute ; on pourrait dire de cette forme de coxalgie, que c'est une *affection cycloïde*, qui commence, évolue et se termine.

La guérison se produit sans déformation considérable, sans ankylose vraie et au prix seulement de raideur articulaire et de péri-artrite sur lesquelles vous aurez beaucoup de prise, surtout par un traitement thermal, et qui, après quelques années, s'amendent notablement.

Ce ne sont pas là les deux seules formes de l'affection, et depuis Brodie (1823) on décrit encore la *coxalgie dite hystérique*. Il faut apprendre à la reconnaître, car c'est une source d'erreurs et de confusions ; mais le diagnostic se tire surtout dans ces cas de phénomènes

concomitants ; il s'agit le plus souvent d'une fille jeune encore qui a tous les attributs de l'état nerveux désigné sous le nom d'hystérie ; elle se présente à vous avec l'attitude d'une coxalgie intense, avérée ; rien ne manque au tableau clinique ; mais quelle est un jour votre surprise, après trois, quatre mois, sous l'influence d'un traitement, ou quelquefois spontanément, de voir en quelques instants les phénomènes se modifier ! Tantôt la coxalgie se portera sur la jointure du côté opposé, abandonnant son siège primitif ; plus souvent il y aura comme un changement à vue dans l'attitude même du membre, lequel, de la rotation en dehors, passera à la rotation en dedans, et conservera cette position nouvelle. Le chloroforme rend, dans ces circonstances, de grands services ; il triomphe de la contraction musculaire, et par conséquent de ces attitudes vicieuses. C'est le grand justicier des diagnostics trompeurs.

J'arrive enfin à ces variétés de coxalgies qui sont mieux désignées sous le nom de pseudo-coxalgies et qui sont pour les médecins, et pour les chirurgiens même, des causes d'erreurs : permettez-moi de vous citer trois faits qui rentrent dans ce cadre :

Vers 1865, celui qui à cette époque était l'héritier de la couronne de France fut pris, à la suite d'une fièvre éruptive, d'une affection grave de la cuisse ; les médecins ordinaires diagnostiquèrent : *coxalgie* ; mais Nélaton, dont je vous ai souvent rappelé le jugement et la sagacité cliniques, se fondant sur la marche irrégulière de la fièvre, et constatant d'autre part de la fluctuation à la racine de la cuisse, porta le diagnostic d'*abcès profond de la racine du membre*.—Une première ponction fut faite par la région inguinale, mais, l'abcès se vidant mal, une deuxième ponction directe fut pratiquée par la région pelvi-trochantérienne.—Après l'évacuation de cet abcès qui siégeait entre la capsule coxo-fémorale et les muscles obturateurs internes et jumeaux, la guérison complète s'effectua.

À côté de ce cas célèbre, je vous citerai des faits plus récents.

Il y a 5 ou 6 ans, je fus consulté par un de mes anciens clients pour son petit enfant qui avait une *coxalgie spéciale* : je vous fais grâce des symptômes de la coxalgie que me présentait cet enfant, ne tenant à vous signaler qu'un seul fait qui attirera toute mon attention : cet enfant avait de la fièvre tous les soirs. Ce n'était pas là le propre d'une coxalgie.—Je ne tardai pas à reconnaître une collection fluctuante ; il s'agissait d'un abcès froid de la région pelvi-trochantérienne empiétant sur l'épine iliaque antérieure et supérieure.—Sous l'influence d'un traitement approprié (ouverture, suture, drainage), les douleurs cessèrent et avec elles ces attitudes vicieuses qui simulaient une coxalgie.

Voici un troisième fait plus instructif encore.—Cette année même, j'étais appelé auprès d'une petite fille qui présentait des douleurs variables, irrégulières du côté gauche de la cuisse, après avoir eu à une autre époque une coxalgie du côté droit.—La cuisse gauche était dans l'adduction, et le genou du même côté demi-fléchi ; à la pression, il existait une vive douleur au-dessous de la crête iliaque.—L'examen, sous le chloroforme, nous révéla de la raideur articulaire dans la hanche gauche,—je portai le diagnostic coxalgie, et conseillai l'immobilisation dans une bonne attitude, au moyen d'une gouttière.—Aux bains de mer où j'envoyai cette enfant, elle fut prise d'une très vive douleur dans la fosse iliaque externe, et quelque temps après se révélait un vaste

abcès de la paroi abdominale antérieure, descendant le long de l'aîne, dans la direction de la poche du pantalon. J'étais à l'étranger lorsque survint cette complication, et mon éminent collègue, M. Verneuil, qui fut appelé à ma place, *diagnostiqua une coxalgie et un abcès froid consécutif*. Quelques semaines plus tard je revis ma petite cliente : aux apparances coxalgiques des premiers temps avait succédé un énorme abcès qui, semblable à un rideau qui tombe sur la scène, avait masqué et effacé les premiers phénomènes. Enfin, fait des plus intéressants, sous l'influence de l'ouverture de cet abcès, tous les phénomènes primitifs ont disparu, et cette petite fille n'a plus ni trouble coxalgique, ni rien qui le simule. Il ne lui reste qu'une cicatrice opératoire.

Il reste donc acquis que des abcès froids, développés autour de l'articulation coxo-fémorale, peuvent simuler la coxalgie, et si, pendant longtemps, la confusion a été faite entre ces deux ordres d'affections si différentes d'origine, de cause et de siège, c'est pour des raisons faciles à comprendre.—Le diagnostic des affections de la région de la hanche est entièrement basé sur des épiphénomènes; tantôt c'est la *raideur articulaire*, tantôt la *claudication*, quelquefois l'*ensellure*; or, ces troubles peuvent reconnaître comme cause initiale, soit un abcès péri-articulaire, soit une tuberculose osseuse; peu importe, en effet, que l'irritation périphérique s'exerce de dehors en dedans (abcès) ou de dedans en dehors (tuberculose osseuse); l'*attitude pathologique* sera la même dans les deux cas; nous saisissons les effets pendant que le désordre primitif, fondamental, pourra nous échapper.

Vous pressentez, Messieurs, la conclusion pratique à tirer de cet enseignement : lorsque vous aurez constaté le complexus symptomatique qu'on appelle *coxalgie*, vous devrez toujours vous demander quelle est la cause première de ces apparences; vous ne confondrez pas la *coxalgie tuberculeuse* des enfants avec la *coxalgie rhumatismale* ou avec la *coxalgie hystérique*, et ces trois formes elles-mêmes devront être différenciées d'avec les *pseudo-coxalgies*, qui donnent lieu à des manifestations à peu près identiques à celles des *coxalgies véritables*. Ces diagnostics d'espèces sont indispensables pour établir une bonne direction thérapeutique et le vrai pronostic.

Ces notions vous semblent aujourd'hui toutes naturelles; elles ont été longues à acquérir et la lumière ne s'est faite que tardivement sur ce sujet qui présente encore bien des obscurités et appelle encore l'étude attentive des chirurgiens.—*Union médicale*.—*Scalpel*.

**De l'œdème suraigu suffocant de la luette.**—Au mois de février 1883, le docteur X... se rend à une réunion à laquelle j'assistais aussi. Soirée d'hommes, où l'on avait bu un peu, fumé beaucoup, causé davantage encore. Le docteur X... avait pris aux conversations une part particulièrement active. Vers minuit, je me retire en compagnie de ce dernier. Nous descendons ensemble un escalier de deux étages. Le docteur X... continue à causer; le timbre de sa voix est parfaitement normal, sa respiration aussi régulière et aussi facile que d'ordinaire. Mais à peine avons-nous mis les pieds dans la rue, dont l'air froid et légèrement humide contrastait avec l'atmosphère surchauffée de la pièce que nous venions de quitter, que le docteur X... est pris instantanément, en moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, d'une dyspnée des plus intenses. "J'étouffe, me dit-il, je ne sais ce que j'ai

dans la gorge." Nous nous précipitons en hâte dans une maison voisine encore ouverte. J'examine l'arrière-bouche et je constate que la luette est très tuméfiée; elle a le volume d'une très grosse noisette à peine mobile, elle est appliquée sur la base de la langue qu'elle chatouille désagréablement. La voix est voilée, nasonnée, la respiration devient de plus en plus gênée: le docteur X... suffoque réellement. N'ayant à ma disposition ni bistouri, ni lancette, je me hâte de conduire le malade en voiture jusque chez moi. C'est l'affaire de quelques minutes. Je pratique alors sur la luette des scarifications assez larges par lesquelles il s'écoule un peu de sang et très peu de sérosité. Le soulagement que ces scarifications déterminent est à peine appréciable. En présence de la dyspnée qui persiste et même s'accroît, le docteur X... me supplie de recourir à un procédé plus radical et je me décide à sectionner, à l'aide de ciseaux, l'extrémité de la luette. Presque aussitôt après le malade se sent mieux. Il commence à respirer d'une façon moins anxieuse et peut regagner son domicile. Il passe le reste de la nuit dans un état de bien-être relatif et, dès le lendemain soir, le docteur X... était tout à fait rétabli. Les conséquences de la section de la luette, sur lesquelles je n'avais pas été sans concevoir quelque inquiétude, ont d'ailleurs été nulles, et de l'accident que je viens de raconter il ne reste plus au docteur X... que le souvenir.

Ainsi, séjour dans une atmosphère surchauffée et imprégnée de vapeurs de tabac, passage subit de cette atmosphère dans un air humide et froid, telles ont été les conditions qui, chez le docteur X..., ont occasionné la fluxion œdémateuse de la luette. Ces conditions, nous allons les retrouver presque identiques chez l'autre malade dont il me reste à parler. D'autre part, le début remarquablement brusque des accidents, dans le cas que je viens de rapporter, l'intensité de la dyspnée, qu'explique le volume considérable acquis par la luette sous l'influence de l'œdème, font de ce cas un cas véritablement typique. Il constitue en quelque sorte le degré le plus élevé d'une série dont l'observation suivante représente un degré atténué.

Par une singulière coïncidence, trois ou quatre jours après le petit événement que je viens de raconter, j'étais réveillé le matin, vers six heures, par mon ami le docteur Z..., chef de clinique de la Faculté, qui venait en toute hâte me prier de chercher à le soulager d'une dyspnée vive dont il souffrait et de lui examiner l'arrière-gorge, au niveau de laquelle il percevait une sensation anormale. Le docteur Z... me raconta ce qui suit: il avait, la veille, passé la soirée en ville, et avait, lui aussi, séjourné assez longuement dans une atmosphère fortement chauffée. Il s'était retiré vers une heure du matin. Après s'être un instant promené dans la rue, il avait commencé à éprouver, sans trop savoir pourquoi, une certaine gêne de la respiration, accompagnée d'un sentiment pénible de chatouillement à l'arrière-gorge. Il était rentré chez lui, s'était couché, mais avait dû aussitôt se relever, car la dyspnée dont il souffrait et qui semblait être allée en s'accroissant, ne permettait pas qu'il gardât la position horizontale. Il avait dû ainsi passer la nuit assis sur le rebord du lit, en proie à une véritable souffrance. Au premier jour, il s'était précipité en toute hâte chez moi. Comme chez le docteur Z... la luette très grosse, gonflée en forme de poire, et rappelant l'aspect, que revêtent parfois les cordes vocales œdématisées, d'une vessie natatoire de poisson. Il me suffit cette fois,

pour amener une atténuation des accidents, de pratiquer quelques scarifications avec le bistouri. En quelques heures la luette revint à ses dimensions normales, la dyspnée disparut. A neuf heures, le docteur Z... pouvait faire son service à l'hôpital et il n'éprouvait plus qu'un peu de gêne au niveau de l'arrière-gorge, gêne qui se dissipa vite.—  
*France médicale.*

**Conduite du médecin chez les prostatiques.**—Dans sa thèse sur les effets de la congestion dans les maladies des voies urinaires, le Dr TUFFIER expose en quelques pages, que je vais reproduire en les abrégant, la conduite à tenir par le médecin chez les prostatiques.

Dans la première période, le malade ne présente que des accidents congestifs.

Le premier précepte à suivre c'est la non-intervention active. Sonder le malade à cette époque, c'est aller au-devant des accidents, c'est augmenter les chances de cystite en faisant passer cet état de congestion à l'état d'inflammation.

Un simple cathétérisme peut provoquer un raptus congestif. Malheureusement, le cathétérisme est souvent demandé par le malade et plus souvent encore il est proposé par le médecin.

C'est par des soins hygiéniques que l'on remédie à ces premiers accidents.

Eviter toute cause de congestion vésicale, c'est-à-dire se garder des refroidissements et des fatigues exagérées, des excès de boissons et des excès sexuels.

Il est une autre précaution qu'il faut recommander au patient, le malade ne doit jamais se retenir d'uriner. Il doit obéir aux premières sollicitations de sa vessie sous peine de voir l'état congestif de la première période provoquer de la rétention.

A ces simples précautions, qui ne font qu'enrayer les accidents sans les guérir, il faut ajouter un traitement général qui soulage beaucoup les prostatiques. Une alimentation légère, un exercice modéré, mais fréquemment répété, les frictions sèches et enfin quelques grammes d'iode de potassium facilitent la circulation.

Au point de vue local, on doit chercher à diminuer la stase, et, pour cela, la première indication à remplir, c'est de supprimer tout obstacle à la circulation veineuse.

La constipation exerce, à ce point de vue, une influence considérable sur les plexus prostatiques, aussi doit-on maintenir le rectum des prostatiques en état de vacuité.

Toutefois, les purgatifs sont bons, excepté les préparations d'aloès et les drastiques, qui congestionnent le rectum. Au contraire, c'est aux laxatifs légers, magnésie, rhubarbe, qu'il faut s'adresser.

Les lavements peuvent être employés à deux fins : d'abord pour débarrasser le rectum, c'est un excellent moyen qui, répété matin et soir, diminue notablement le nombre des mictions. On les a également employés froids pour donner une certaine tonicité aux parois vasculaires en provoquant une contraction. Mais la vessie est en imminence d'inflammation, et un refroidissement local peut provoquer une congestion plus intense. C'est pourquoi cette médication ne doit être employée qu'avec réserve.

M. Guyon dit avoir vu plusieurs fois des cystites succéder à des irrigations de ce genre, et ne prescrit que les lavements tièdes.

Mais si le malade se présente à la deuxième période, s'il ne vide pas sa vessie, si l'urine stagne dans le bas-fond, les indications sont bien différentes.

La distension vésicale, entretenant la congestion de la vessie et du rein, doit être combattue, et le cathétérisme qui, tout à l'heure, était inutile et dangereux, devient ici la base même du traitement.

Il faut évacuer l'urine qui stagne, et, pour cela, l'emploi de la sonde doit être répété plus ou moins souvent suivant le cas.

Si la vessie n'est pas distendue, si elle est indolente, un sondage matin et soir la mettra à sec et parera à tout accident.

Mais si des phénomènes douloureux se manifestent et s'ils sont soulagés par l'évacuation du réservoir, le cathétérisme doit être répété aussi souvent que les douleurs se renouvellent; la douleur est alors le symptôme de la distension, distension qui, même très faible, n'est pas tolérée par la vessie hyperexcitable.

Mais si la stagnation s'accompagne de distension, alors surtout la vessie doit être vidée de son contenu, mais cela, d'une façon spéciale, car lorsque l'on évacue complètement et d'un seul coup une vessie chroniquement distendue, l'urine s'écoule d'abord claire, puis rosée, sanguinolente à mesure que la vessie se vide et enfin du sang pur s'écoule à la fin de l'évacuation.

C'est là un fait commun, et nombre de malades, sondés avant leur entrée à l'hôpital, rendent parfaitement compte de ces accidents. Les jours suivants, l'urine, qui jusqu'alors était claire, devient sanguinolente, une cystite s'est déclarée.

Il vaut mieux ne vider la vessie que progressivement et ne lui soustraire qu'une partie de son contenu à chaque cathétérisme, 12 à 1500 grammes par exemple, et remplacer le quart du liquide enlevé par une solution boricuée au 40/0, afin d'empêcher la fermentation intravésicale.

Grâce à cette méthode, la vessie peut être mise à sec après cinq à dix jours de cathétérisme, suivant son degré de distension et les complications, hématuries et cystite, sont bien moins à craindre.

Telle est la conduite à tenir chez les prostatiques de la deuxième période; elle doit être également mise en pratique quand l'incontinence a fait place à la rétention. En résumé, c'est à un cathétérisme méthodique qu'il faut avoir recours et les résultats ainsi obtenus sont excellents.

Des malades peuvent ainsi vivre des dizaines d'années, n'urinant que par la sonde.

Cependant un certain nombre de complications peuvent survenir chez les prostatiques.

La rétention complète de l'urine, les hématuries, la cystite et la néphrite sont des accidents fréquents dans l'hypertrophie de la prostate et dans chacun de ces phénomènes où la congestion entre pour une grande part, il y a des traitements différents à suivre.

La rétention complète de l'urine réclame une évacuation totale ou partielle, suivant le degré de distension de la vessie. Cette évacuation doit être immédiate ou à brève échéance.

En présence de cet accident, le premier devoir est donc d'explorer l'urèthre, de reconnaître l'obstacle prostatique et d'essayer de le franchir par toutes les manœuvres du cathétérisme; mais, si l'obstacle résiste, il ne faut point vouloir passer quand même. Une manœuvre

trop brusque provoquerait une fausse route avec toutes ses conséquences : hémorrhagie et fièvre urinaire.

C'est alors qu'il faut se souvenir que la rétention est d'origine vasculaire. C'est à la congestion qu'il faut s'adresser. Desault avait exagéré le fait quand il dit ; " Les bougies décongestionnent la prostate, il faut les appuyer fortement pour chasser le sang des veines."

C'est à des moyens très simples qu'il faut avoir recours. Débarrasser d'abord le rectum par un grand lavement, et ainsi laisser libre carrière aux anastomoses des plexus prostatiques et des veines hémorrhoidales.

Un grand bain prolongé, une application de sangsues dans la région périnéale constituent la meilleure médication contre le raptus congestif.

À la suite de ce traitement, dont la durée ne dépasse pas deux ou trois heures, le malade urine le plus souvent spontanément. En tout cas, l'obstacle, d'abord infranchissable, est facilement dépassé.

Un fait vraiment remarquable à ce moment, c'est la perméabilité extrême du canal. Si le malade urine spontanément, c'est à gros jet qu'il vide sa vessie ; si on vient à passer la sonde, un n° 20 est à l'aise dans le canal, il n'est besoin d'aucune force pour la faire pénétrer.

Il s'est donc passé, sous l'influence du traitement et en quelques heures, une modification considérable dans le diamètre du canal, un changement aussi rapide a été provoqué par une thérapeutique qui, en somme, ne s'est adressée qu'à l'appareil vasculaire, c'est donc bien dans cet appareil que siégeait l'obstacle prostatique.

Mais si tous ces moyens (médication anti-congestionnante, cathétérisme) sont restés inefficaces, il faut, sans hésiter, recourir à une ponction hypogastrique. Une piqûre de la vessie, faite antiseptiquement, n'a aucune gravité.

Le plus souvent, cette ponction est suivie des mêmes effets que l'évacuation par le canal ; le lendemain, le malade urine librement et à gros jets, le cathétérisme urétral ne présente plus aucune difficulté.—  
(A suivre.)—*Paris médical.*

**Ruptures de l'urèthre.**—*Société de chirurgie.*—M. TERRIER fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Cabadé (Valence d'Agen) : rupture traumatique du canal de l'urèthre, infiltration urinaire, fistule récidivée. Cette observation montre les difficultés de maintenir béant l'urèthre rupturé, surtout lorsque cette rupture a donné lieu, comme dans ce cas, à une véritable perte de substance de l'urèthre, par suite de la gangrène due à l'infiltration de l'urine. M. Cabadé, qui fut obligé de rouvrir deux fois la plaie périnéale, pense que l'on peut être parfois obligé d'abandonner la partie et de laisser le sujet uriner par la fistule, surtout lorsqu'il est incapable de se sonder ou d'être sondé. M. Terrier fait observer que la fistule tend aussi à s'obstruer, que le bout postérieur du canal peut souvent se rétrécir, et qu'on doit alors recourir à l'uréthrotomie interne.

M. TILLAUX, dans un cas analogue, débrida le périnée le même jour de l'accident, passa des sondes tous les jours pour vider la vessie, et rétablit par la suite le calibre à l'aide de bougies.

M. LE FORT réussit à passer une sonde aussitôt après l'accident et la laissa deux mois en place ; mais le canal ne tarda pas à se rétrécir ; on dut faire l'uréthrotomie externe qui ne donna pas un succès définitif, car quelques temps après, M. Gillette dut recommencer la même opération.

M. BOUILLY, qui a obtenu un succès analogue à celui de M. Tillaux, explique la différence dans les résultats obtenus par les différences dans l'étendue des lésions anatomiques. Le succès définitif est probable quand il n'y a pas eu perte de substance du canal et quand l'incision périnéale a pu être pratiquée à une époque rapprochée de l'accident.

M. GILLETTE ne croit pas utile de faire le cathétérisme de l'urèthre immédiatement après l'accident.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE croit utile de combiner l'incision périnéale et le cathétérisme dès les premiers jours qui suivront l'accident. Il rappelle que cette pratique est celle des médecins de la marine et de M. Guyon.

M. HORTELOUP a souvent constaté que la sonde était mal tolérée après l'uréthrotomie, c'est pourquoi il ne l'introduit que douze ou treize jours après l'opération.—*Progrès médical.*

**Des incisions exploratrices.**—*Société de chirurgie*—M. TERRILON est très partisan de l'emploi des *incisions exploratrices* pour le diagnostic des tumeurs abdominales vraies ou simulées. Il les considère comme parfaitement justifiées, mais elles doivent avoir pour but d'éclairer le diagnostic afin de permettre une *opération radicale*. Le chirurgien également doit, en pareille circonstance, être parfaitement convaincu que si, suivant les prévisions, l'incision exploratrice lui fait constater l'indication nette d'une opération radicale, celle-ci sera de nature à débarrasser la malade d'une infirmité sérieuse ou d'une affection mortelle à brève échéance.

Il faut aussi que le chirurgien pèse judicieusement les risques inhérents à l'incision elle-même. Les statistiques donnent comme chiffre de la mortalité, 21 p 100; mais il ne faut pas attacher à ces moyennes une importance exagérée, et il convient de ne pas oublier que c'est à l'incision exploratrice que beaucoup de malades doivent d'avoir été guéries d'affections qui avaient été considérées comme au-dessus des ressources de l'art. D'ailleurs, on ne la pratique généralement que dans des cas tenus pour très graves, et l'on ne se résout à augmenter momentanément les chances de mort que dans l'espoir de trouver des conditions favorables au succès d'une opération radicale.

Il importe beaucoup de la pratiquer de bonne heure, de ne point attendre que les malades soient dans des conditions qui rendent son exécution beaucoup plus périlleuse. Elle doit être faite aussitôt que le chirurgien, hésitant sur la nature et sur les rapports de la tumeur abdominale et ayant épuisé tous ses moyens de diagnostic, a jugé qu'il était nécessaire de l'éclairer complètement avant d'entreprendre une opération radicale.

M. MONOD a pratiqué l'incision abdominale dans les circonstances suivantes : Femme âgée de 37 ans, présentant une tumeur abdominale qui remonte au-dessus de l'ombilic. Il y a deux mois que la femme dit n'avoir pas vu ses règles. Donc, pas de relation apparente entre le volume de la tumeur et la cessation des menstrues. D'ailleurs, la palpation, la percussion ne fournissent que des résultats négatifs. Le toucher, pratiqué par M. Monod et deux de ses collègues des hôpitaux, laisse l'impression qu'il s'agit d'une tumeur indépendante de l'utérus. On porta le diagnostic de kyste de l'ovaire, et l'on opéra : la paroi abdominale incisée, on tombe sur un utérus régulièrement développé.

M. Monod referma immédiatement l'incision par quelques points de suture. Les suites de l'opération furent d'ailleurs très simples; quinze jours après, l'opérée était entièrement guérie. Elle avoua alors qu'elle avait volontairement caché la date de la cessation des règles.

M. TERRIER fait surtout remarquer que l'incision exploratrice n'est pas en elle-même très dangereuse, que la guérison a lieu 95 fois sur 100, à condition que le chirurgien s'arrête et s'empresse de refermer la cavité péritonéale dès qu'il a reconnu son erreur. Ce qui lui donne sa gravité, ce sont les explorations prolongées et laborieuses pour une opération qui reste inachevée. *Les résultats sont d'autant plus défavorables que l'on pousse plus loin le traumatisme opératoire destiné à éclairer un diagnostic obscur.*

M. CHAMPIONNIÈRE pense qu'il est bien difficile d'établir exactement le chiffre de la mortalité quant à l'incision exploratrice. Les résultats malheureux doivent être surtout attribués aux tentatives incomplètes d'opérations radicales, et, à son avis, l'incision exploratrice, considérée en elle-même, ne renferme pas de danger.

En ce qui concerne les observations de M. Monod, il pense qu'il s'agit peut-être d'un corps fibreux de l'utérus compliquant la grossesse, et masquant par sa présence les bruits fœtaux et placentaires.

M. POLAILLON croit que, dans les cas analogues à celui de M. Monod, il serait sage de pratiquer le cathétérisme utérin comme moyen d'éclairer le diagnostic. En cas de gravidité, le plus grand risque qu'on courrait serait de provoquer l'avortement, lequel serait toujours moins grave que l'incision exploratrice suivie de tentative d'opération. Comme MM. Terrier et Championnière, il pense que le principal défaut de l'incision exploratrice est de conduire à des opérations incomplètes.—*Paris médical.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**De la version.**—Clinique de M. PAJOT à l'hôpital des Cliniques.— Avant de commencer sa leçon, l'éminent professeur renouvelle à ses élèves la recommandation de se conformer aux prescriptions affichées sur tous les murs de l'hôpital des Cliniques; de ne jamais entrer dans les salles avec des vêtements qu'on aurait portés pendant les dissections dans les amphithéâtres ou dans des services de médecine, presque toujours peuplés de malades à fièvres contagieuses; de se minutieusement laver les mains avant de toucher une femme en couches, etc., etc. C'est grâce à toutes ces précautions et à l'antisepsie rigoureuse observées dans le service que, depuis dix-huit mois, une seule femme a succombé à l'infection puerpérale. Mais depuis huit jours, trois cas d'infection se sont produits. Il faut donc redoubler de soins et de prudence. C'est une affaire de conscience et d'humanité.

Après avoir placé dans le bassin du mannequin un fœtus mort à terme, l'avoir installé dans une certaine position et l'avoir recouvert des membranes de caoutchouc qui tiennent lieu de parois utérine et abdominale, M. Pajot appelle un élève et lui pose le problème suivant:

—Monsieur, voilà une primipare qui est en travail depuis trente heures; on ne sait pas ce qu'elle a; mais elle n'accouche pas. On vous appelle. Qu'allez-vous faire?

—Je vais toucher, pour me rendre compte de l'obstacle à l'accouchement.

—Non, votre premier soin est de demander à l'entourage depuis quand les eaux se sont écoulées; la sage-femme vous renseignera sur l'état du col. Il est, en effet, important de savoir si cet orifice est complètement dilaté.

Dans notre cas particulier, vous avez, je suppose, appris que les membranes se sont rompues depuis cinq heures, et que les contractions, énergiques d'abord, se sont peu à peu affaiblies.

L'élève pratique le toucher. Cet examen montre qu'il ne s'agit pas d'une présentation de la tête; en effet, le doigt de l'explorateur ne tarde pas à ramener une main à la vulve. Quelle est l'épaule qui se présente?

Pour le savoir: *il faut tourner en haut la face palmaire de la main fœtale, et la cuisse maternelle vers laquelle est dirigé le pouce du fœtus est l'homonyme de l'épaule qui se présente.*

Ici, le pouce de l'enfant est tourné vers la cuisse droite, c'est donc une présentation de l'épaule droite.

Ce n'est pas tout; il faut encore savoir de quel côté se trouve la tête, ce dernier renseignement nous donnera la direction du dos. Pourquoi est-il nécessaire de connaître cette position du dos? Pour savoir, en pratiquant la version, s'il faut passer la main en avant ou en arrière du fœtus.

En remontant le long du bras de l'enfant pour chercher l'aisselle, le doigt de l'explorateur est arrêté à droite, donc la tête est à droite. Où est le dos?

Règle: *lorsque l'épaule qui se présente et le côté vers lequel se trouve la tête fœtale sont homonymes, le dos est en arrière.*

C'est ici le cas: nous avons une présentation de l'épaule droite, donc le dos est en arrière.

La situation de toutes les parties fœtales nous est maintenant connue; nous pouvons donc pratiquer la version en toute sécurité.

Mais auparavant quelques conseils:

De ce que la tête est à droite, il ne s'ensuit pas, comme tous les débutants sont tentés de le faire, qu'il faille aller chercher les pieds à gauche, dans la fosse iliaque gauche. Non, les pieds sont généralement au fond de l'utérus, dans la situation qu'indique très bien le mannequin.

L'objectif de l'opérateur faisant une version est de saisir les pieds fœtaux. S'il ne les trouve pas ces pieds, l'accoucheur perd la tête. C'est ce qui rend la version difficile; c'est la raison pour laquelle, de toutes les manœuvres obstétricales, c'est celle qui est le plus souvent terminée par un autre opérateur que celui qui l'a commencée.

Voici donc un conseil que donnait autrefois Dubois et qui vous tirera souvent d'embarras.

*Quand dans une version vous ne trouverez pas les pieds, ne vous en occupez plus. Allez au fond de l'utérus; une fois parvenu à ce point, ouvrez largement la main, redescendez un peu; les extrémités fœtales viendront s'offrir d'elles-mêmes à la préhension.*

Ce précepte, continue l'éminent professeur, m'a été utile dans une occasion que je n'oublierai jamais. C'était, à la vérité, un cas très difficile. La parturiente, près de laquelle on m'appelait, avait deux jumeaux dont l'un était déjà sorti; le second se présentait par l'épaule!

Les médecins qui, avant moi, avaient tenté de faire la version avaient mis toutes les parties dans un tel désordre qu'il n'y avait plus moyen de s'y reconnaître. Ajoutez à cela, que la matrice renfermait encore deux placentas avec leurs membranes. Ma main était perdue au milieu de tous ces annexes fœtaux. Je faisais déjà d'amères réflexions, me demandant comment j'en sortirais, moi qui enseignais aux autres les règles de la version, quand tout à coup je me souvins du précepte de Dubois, j'enfonçai la main au fond de la matrice où je ne tardai pas à attraper deux genoux sur lesquels je tirai avec bonheur.

Dans le cas que nous étudions, le ventre de l'enfant est en avant. C'est le côté le plus difficile pour faire la version, Cette difficulté vient de ce que, pour atteindre les pieds dans cette position, le bras de l'opérateur, devant s'adapter à la courbe du ventre, se trouve dans une situation extrêmement gênante et fatigante.

Il faudrait pour la supporter avoir une articulation supplémentaire au milieu de l'avant-bras. La nature ne nous a pas pourvus de ce moyen de flexion, de sorte que la face dorsale du poignet pendant cette manœuvre, appuyée sur la symphyse du pubis, est en quelque sorte coupée par cette arcade osseuse. La main se trouve bientôt paralysée et réduite à l'impuissance.

Pour obvier à cet inconvénient, il faut changer la position de la femme, la mettre à quatre pattes, comme disent les enfants, ou bien la coucher sur le côté droit, position qu'affectionnent les Anglais. L'accoucheur, se plaçant derrière la parturiente, n'éprouve plus la moindre difficulté, sa main et son avant bras épousent dès lors le plus commodément du monde la courbe abdominale.

Nous avons ici la main à la vulve. Nous allons y placer un lac, *non pour empêcher le membre fœtal de rentrer*, comme le répètent tous les débutants, car il faut bien qu'il rentre pour que l'évolution puisse se faire, mais pour l'empêcher de se relever sur la tête. Le rôle de l'aide consiste donc à tendre modérément le lac, et à laisser rentrer *peu à peu* la main du fœtus dans l'abdomen.

Une précaution à prendre, précaution qu'il ne faut jamais négliger, précaution sans laquelle toute version peut être mortelle, *c'est de faire placer les deux mains d'un aide sur le fond de l'utérus pour le refouler, pour l'empêcher de bouger pendant que s'opère l'évolution du fœtus.* Sans cette contention extérieure vous risquez de rompre la matrice.

En entrant dans l'utérus, ne tâtonnez pas. Toute hésitation est très défavorable, elle irrite l'organe qui se contracte et ne vous livre plus que très difficilement passage. Il est donc très important, dès qu'on a le bout des doigts engagé dans l'orifice, d'y entrer franchement.

Enfin, il est bon d'ajouter, et cela aussi bien pour les accoucheurs que pour les sages-femmes, qu'il faut, avant de se graisser le dos de la main, dépouiller toutes les bagues qui peuvent orner les doigts. Le moins qu'il puisse vous arriver, c'est de laisser ces anneaux dans la matrice, qui peut aussi très bien se déchirer en pressant sur ces reliefs et aspérités du métal précieux, mais dur.

Dès que sous l'influence de ces tractions les pieds apparaissent à la vulve, il faut remonter vos pouces sur les parties fœtales, afin d'avoir plus de prise et de force ; *les pouces doivent être toujours à la vulve ;* mais une fois que le bassin de l'enfant est sorti, arrêtez-vous. Vous avez désormais une prise suffisante ; de plus, en remontant les pouces

sur le tronc, vous risqueriez d'endommager les organes abdominaux et surtout le foie qui, comme vous le savez, est très volumineux chez l'enfant.

Vous voyez que sur notre mannequin, il ne reste plus que la tête à extraire. Pour cela, il faut que l'occiput soit derrière la symphyse. Pour l'y placer, on peut glisser l'index de chaque main derrière les oreilles et essayer de faire tourner la tête. On peut réussir par ce moyen, mais on a peu de force. Un autre procédé bien meilleur est celui-ci : glissez, comme je le fais, la main derrière la joue jusqu'à la bouche, dans laquelle vous introduirez un ou deux doigts, si vous le pouvez ; placez ensuite le pouce de la même main sur l'occiput. Vous avez ainsi une puissance considérable pour faire la rotation. La force dont on dispose est même parfois trop grande ; il est bon d'user de ménagements.

Profitez enfin de la situation de votre main et de l'introduction de vos doigts dans la bouche de l'enfant pour terminer le dernier temps. Placez sur l'occiput deux doigts de la main gauche en fourche et relevez le fœtus sur le ventre de la mère.—*Abeille médicale.*

**Sein et antiseptie pendant l'allaitement ;** par M. le Dr RESSEIN.— Il n'est guère de maladies qui causent plus d'ennui au praticien que celles qui surviennent du côté des seins pendant l'allaitement. Un nombre considérable de traitements ont été préconisés contre ces différents états pathologiques, qui commencent par des gerçures du mamelon et finissent par la suppuration de la mamelle. Depuis les moyens les plus doux (cataplasme) jusqu'aux plus énergiques (caustique, nitrate d'argent, etc.), tout a été essayé avec égal succès et insuccès. Seule, la méthode antiseptique a fait réaliser un progrès très important à cette partie de la thérapeutique ; cette méthode a elle-même subi de nombreuses variantes ; celle préconisée par M. Pinard, et décrite dans la thèse de Ressein, nous semble particulièrement heureuse et efficace ; elle rendra certainement des services signalés aux médecins qui voudront l'appliquer.

Voici cette méthode :

Nous omettons le traitement prophylactique des gerçures qu'il ne faut jamais oublier pendant la grossesse et l'allaitement.

Une excoriation du mamelon est-elle produite, quelque soit son degré : érosion, plaie, gerçure, crevasse, appliquer sur le sein des compresses imbibées de la solution suivante :

Eau distillée.....	200 parties
Acide borique.....	6 —

Pour empêcher l'évaporation du liquide, on met immédiatement sur les compresses un morceau de taffetas gommé. Sur le taffetas une couche de ouate ; le tout est maintenu à l'aide d'un bandage de corps.

Cette couche de ouate et le bandage de corps ont l'avantage de soutenir les mamelles, de les maintenir à une température constante, et de les mettre à l'abri de l'action du froid.

De plus, la compression exercée sur le sein est très utile, car bien faite et appliquée à temps, elle peut prévenir la formation du pus.

Grâce à ce traitement, douleur et inflammation diminuent. L'atté

nuation de la douleur permet à la femme de continuer l'allaitement. La diminution de l'inflammation empêche la formation du pus.

Pour l'antisepsie mammaire, l'acide borique est supérieur au sublimé corrosif et à l'acide phénique, parce qu'il n'est pas toxique comme le sublimé, et parce qu'il n'a pas d'odeur comme l'acide phénique.—*Bulletin général de thérapeutique.*

**Hyperesthésie vulvaire, vaginisme, dilatation forcée du vagin.**—Clinique de M. VERNEUIL à la Charité.—J'ai fait samedi dernier une opération qui est loin d'être commune, surtout dans les hôpitaux : je veux parler de la dilatation forcée du vagin.

La malade est une jeune femme que j'ai soignée autrefois ici,—elle était alors jeune fille,—pour une coxalgie. Mariée depuis peu, elle n'a pas encore pu accomplir une seule fois l'acte génital. Elle est venue tout d'abord me consulter pour des phénomènes douloureux dans le bas-ventre, avec fleurs blanches, etc. Extrêmement névropathe, elle ne pouvait supporter le toucher sans gémir ou pleurer. C'est alors que je l'ai fait entrer dans nos salles, et j'ai constaté chez elle l'existence à la fois de l'élément inflammatoire et de l'élément spasmodique, c'est-à-dire un vaginisme et une vaginite granuleuse intense, avec écoulement purulent très prononcé et hyperesthésie développée à tel point que tout coït lui était impossible.

En pareil cas, à quel mode de traitement doit-on avoir recours ? On a recommandé certaines pommades, la poudre de ratanhia, mais ce sont là des moyens insuffisants, dans la grande majorité des cas.

On a proposé la dilatation temporaire et la dilatation progressive ; ce sont des moyens insupportables pour les malades et qu'au bout de très peu de temps elles repoussent absolument.

Les cautérisations ont donné quelques résultats avantageux, mais ceux-ci sont généralement peu durables.

Un chirurgien américain, Marion Sims, a préconisé la résection de l'hymen, pensant que les phénomènes irritatifs partaient de là. Je l'ai vu faire une fois ou deux, mais d'abord cela donne lieu à des hémorrhagies considérables, ensuite à une cicatrisation très longue, et la cicatrice elle-même est quelquefois aussi hyperesthésique que le vagin.

Cependant il m'est arrivé de tenter l'opération suivante avec M. Tarnier. Voici dans quelles circonstances :

Une jeune fille du monde, âgée de vingt-deux ou vingt-trois ans, très grande et très belle personne, avait, depuis plusieurs années, une fissure anale des plus horriblement douloureuses, et n'avait jamais voulu se laisser opérer. Appelé par ses parents auprès d'elle, je pratiquai la dilatation anale et bientôt tout phénomène douloureux disparaissait comme par enchantement. Depuis lors, je l'avais perdue de vue, lorsque quelques années plus tard,—elle avait alors vingt-six ou vingt-sept ans,—sa mère vint me trouver et me confia que, mariée depuis peu, elle n'avait jamais pu accomplir les fonctions génitales. Le cas était d'autant plus grave qu'elle avait épousé un vieillard,—l'obstacle au coït ne lui incombait pas ;—mais elle était pauvre, son mari très riche et d'un très grand nom dans la colonie étrangère. De part et d'autre on tenait vivement à la naissance d'un héritier : le mari, afin de perpétuer son nom dans une descendance directe ; la jeune

femme, quelque peu pour la fortune qui, à défaut d'enfant, passerait à des collatéraux plus ou moins éloignés du mari.

Bref, on venait me demander de la guérir. On avait consulté M. Tarnier qui, sachant que je l'avais déjà traitée une première fois pour une fissure de l'anus, l'avait engagée à me consulter de nouveau.

Je constatai une hyperesthésie vulvaire extrême, ainsi que l'existence de deux ou trois petits points de la muqueuse d'un rouge intense et horriblement douloureux. Je pensai, avec M. Tarnier, que la résection de l'hymen pouvait être utile; je détruisis les points douloureux avec le thermocautère sans obtenir aucun soulagement, bien plus, les petits plaies produites par l'instrument devinrent tellement hyperesthésiques à leur tour que le toucher était aussi douloureux. Je me demandai s'il ne fallait pas procéder à l'extirpation *complète* de l'hymen. Cependant un mois plus tard, sans toucher à l'hymen, j'introduisais le spéculum et procédais à la dilatation du vagin avec le plus grand succès.

Mais je reviens à l'opération de samedi dernier. Notre malade avait une vulvite intense avec écoulement marqué, la muqueuse rouge foncé et d'une vascularité extrême. Le siège de la contracture était le muscle transverse du périnée, comme toujours en pareil cas, d'où la nécessité, dans l'opération de la dilatation, de faire porter sur lui tout l'effort opératoire. Après avoir chloroformé la malade, je pratiquai donc le toucher, et mon doigt était couvert de sang. J'introduisis ensuite le spéculum de Ricord, le spéculum ordinaire, puis le spéculum américain, en appuyant fortement en arrière, sur le muscle transverse du périnée. Un écoulement sanguin assez vif se produisit. Je ne m'y attendais pas, sans quoi j'aurais, préalablement à toute opération, procédé au lavage antiseptique du vagin, d'autant plus que celui-ci était le siège d'une suppuration assez prononcée. Bref, j'ai placé deux tampons et fait le lavage antiseptique de la cavité vaginale. Une nouvelle hémorrhagie est survenue dans la journée, mais elle n'a pas eu de conséquences sérieuses. Cependant, le lendemain matin, la température s'était élevée à 39 degrés, par suite de l'auto-inoculation vaginale directe, car une aussi petite opération que la dilatation vaginale n'aurait pas dû donner lieu au moindre accident consécutif, ni à aucune hémorrhagie.

C'est, du reste, la seconde fois que je vois la dilatation vaginale déterminer un écoulement sanguin aussi considérable, sans que l'on puisse invoquer l'existence des varices du vagin, surtout chez une femme que l'on peut considérer comme à peu près vierge.

Ce matin, notre opérée va bien, sa température est descendue à 38 degrés, et je pense que d'ici à deux ou trois jours tout sera fini.

En résumé, les moyens chirurgicaux, sans parler des dangers de l'anesthésie qu'ils nécessitent, ne sont pas sans mettre quelque peu la femme en péril. On n'y aura donc recours pour ainsi dire qu'à son corps défendant. Mais il est bon de les connaître et de savoir au besoin les appliquer, quand par le travail d'élimination exposé dans le cours de cet article il sera bien démontré aux chirurgiens que seuls ils peuvent procurer une guérison sérieuse et définitive.—*Revue médicale.*

**Ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des hémorrhagies incoercibles.**—M. le Dr DUPLAY a fait, sous ce titre, à l'Académie de Médecine de Paris, une communication très intéressante qu'il termine par ces conclusions :

10. L'ablation des deux ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de ménorrhagies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus.

20. Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de 14,6 % de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

30. Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens ou petits, dans lesquels l'hystérectomie serait parfois impossible et toujours extrêmement grave, sinon fatalement mortelle.

40. Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies et très fréquemment de la diminution du volume de la tumeur.

50. La castration est contre-indiquée dans les très gros fibro-myomes et dans les cysto-fibromes pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable.

60. La castration doit toujours être double et il est utile d'enlever en même temps que l'ovaire le pavillon de la trompe de Fallope.—*Scalpel.*

**De l'influence du cimicifuga racemosa sur l'accouchement.**— Dans une communication à ce sujet devant la Société obstétricale de Chicago le Dr SUYDAM KNOX pose les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Par suite de l'emploi du cimicifuga, la durée de la première et de la seconde période est diminuée d'au moins de moitié.

2<sup>o</sup> Le cimicifuga a un effet sédatif réel sur la femme en travail, calme l'irritabilité réflexe, la nausée, le prurit et l'insomnie, troubles si fréquents durant les six dernières semaines de la grossesse, et non seulement les amoindrit considérablement mais même parfois les fait disparaître tout-à-fait.

3<sup>o</sup> Le cimicifuga exerce aussi une action antispasmodique évidente sur la femme en couches. Les crampes névralgiques et les douleurs irrégulières de la première période sont moindres et quelquefois cessent complètement.

4<sup>o</sup> Le cimicifuga relâche la fibre musculaire utérine et les parties molles du canal par où doit passer le fœtus, et cela, en contrôlant l'irritabilité musculaire; il facilite ainsi le travail et diminue les chances de laceration.

5<sup>o</sup> Le cimicifuga augmente l'énergie et le rythme des douleurs de la seconde période du travail.

6<sup>o</sup> De même que l'ergot, le cimicifuga assure la contraction utérine après la délivrance.

L'auteur administre ainsi le médicament : quinze minimes d'extrait fluide de cimicifuga dans un peu de sirop de salsepareille, chaque soir, durant les quatre semaines précédant l'accouchement.—*Peoria Med. Monthly.*

**De l'influence exercée sur le travail par le laps de temps écoulé entre le premier et le second accouchement;** par Ludwig KLEIN-WARCHTER.

1. Les femmes qui deviennent enceintes pour la seconde fois après

un intervalle assez long (de 6 à 16 ans) sont sujettes à souffrir beaucoup plus, soit accidentellement, soit par suite de leur grossesse, que les femmes dont les conceptions se succèdent plus rapidement (de 1 à 6 ans); c'est plus particulièrement le cas quand l'intervalle est de dix ans ou plus.

2. Les vomissements opiniâtres se manifestent plus souvent après un long qu'après un court intervalle.

3. Par contre, il y a moins de prédisposition aux hémorrhagies antepartum.

4. D'une façon absolue ou simplement relative, la quantité de liquide amniotique est accrue.

5. La durée du traitement est plus considérable, surtout celle de la première période; les autres périodes restent à peu près les mêmes. Si l'intervalle dépasse dix années, la durée de la troisième période est aussi augmentée, de sorte que le travail semble être aussi long, et même plus long que dans le cas d'une primipare.

6. La durée du travail chez les secondipares est d'environ dix heures et demie.

7. Dans les cas où l'intervalle est long, la faiblesse des contractions utérines se fait remarquer davantage. Les déchirures du périnée sont plus fréquentes, de même que les hémorrhagies post-partum, les adhérences du placenta, les maladies des reins, et l'œdème des extrémités sans albuminurie.

8. La mastite diminue de fréquence avec la longueur de l'intervalle; il en est de même de la quantité de lait sécrété.

9. La morbidité et la mortalité puerpérales sont accrues.

10. La manie puerpérale ne semble pas s'accroître.

11. Plus l'intervalle est long, surtout après 10 ans, moins la grossesse a de chances de se rendre à terme. La longueur de l'intervalle n'exerce pas d'influence sensible sur la fréquence relative des présentations normales ou anormales. Elle semble donner plus de filles que de garçons. L'enfant est plus gros et plus long. Plus l'intervalle est court, plus il y a de prédisposition à la précidence du cordon. Les grossesses doubles et les vices de conformation du fœtus sont accrues en nombre.

12. Plus long est l'intervalle, plus élevé est le chiffre de la mortalité infantile. Ceci s'applique aux naissances prématurées, aux enfants mourant immédiatement après la naissance ou durant les huit jours qui suivent.—*Journal of the American Med. Association.*

**Épingle à cheveux dans l'utérus.**—A la Société obstétricale de Philadelphie, le Dr BAER a présenté une épingle à cheveux qu'une femme, s'aidant d'un miroir, s'est introduite dans la matrice pour se faire avorter. Baer dilata le col avec un dilateur en acier, et le disséqua pour dégager l'une des branches de l'épingle.

Ce fait n'est pas unique, car le Dr Wharton Sinkler présente aussi une épingle à cheveux qu'une femme, dans le même but que la première, s'était plantée dans le vagin, croyant l'introduire dans l'utérus.

On a pas l'idée de ce que les femmes, très instruites sur leur conformation intérieure, emploient pour se faire avorter, sans le secours de personnes étrangères.

## PÆDIATRIE.

**De l'urticaire dans le jeune âge.**—Clinique de M. le Dr OLLIVIER à l'hôpital des Enfants-Malades.—Les affections de la peau présentent, chez l'enfant, des différences notables. A part, en effet, la syphilis et l'ichtyose, les dermatoses, en général, sont inflammatoires et évoluent rapidement, ce qui tient évidemment à l'action plus grande de la nutrition.

Vous avez vu dans nos salles une petite fille qui, à son entrée, présentait tous les caractères de l'urticaire classique. Des gourmes au cuir chevelu, de nombreuses traces de grattage, et surtout de nombreux pediculi, ne laissent aucun doute sur l'origine de cette affection, qu'un traitement approprié fit disparaître en deux ou trois jours. Voici un exemple d'urticaire à marche rapide.

Laissez-moi maintenant vous rapporter l'observation d'une enfant de onze ans que je soigne depuis sa naissance pour un urticaire chronique. Et tout d'abord, passons en revue les antécédents héréditaires. Si les grands parents ne nous présentent rien de particulier, il y a, par contre, un oncle et une tante qui sont extrêmement nerveux. Quant à la mère, impressionnable au plus haut point, sans avoir jamais eu toutefois d'attaques d'hystérie, elle a été prise, dans sa vingtième année, à la suite d'une émotion violente, d'un urticaire qui ne s'est jamais reproduit. Ceci dit, revenons à la fillette. L'aînée de trois enfants, elle avait vingt-six mois quand elle fut prise pour la première fois d'une manifestation eutanée que je trouvai présenter, au retour de la famille du bord de la mer, tous les signes d'un urticaire confluent, avec une cuisson tellement forte que ce n'est qu'avec des doses assez élevées de bromure de potassium qu'on parvint à faire dormir l'enfant. Depuis, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, à part la bouche et les fosses nasales, on a trouvé des élevures fugaces qui s'accompagnaient de démangeaisons. Sous quelle influence cette affection s'est-elle développée ? Je n'en sais rien. En effet, le chaud, le froid, le gibier, les huîtres n'augmentent ni ne diminuent les crises. Deux choses, seulement, me paraissent avoir une certaine action : c'est le vent d'une part et le froissement de la peau d'une autre part. Que sa maîtresse de piano, par exemple, qui est un peu vive, vienne à lui prendre le poignet, une plaque d'urticaire apparaîtra en cet endroit. Quant aux émotions, il m'a été impossible de savoir si elles produisent quelque chose, par la bonne raison que l'enfant ne s'est jamais mise en colère. Malgré cette apparence de calme, je l'attends à l'époque de la menstruation, car je crains, avec des antécédents nerveux aussi avérés, qu'il ne s'agisse tout simplement que d'un urticaire d'influence nerveuse.

En résumé, vous voyez que l'urticaire, dans le jeune âge, n'est pas rare ; essayons donc de passer en revue l'histoire clinique de cette maladie en ne faisant ressortir, pour aller plus rapidement, que ce qui se trait à l'enfant. Comme chez l'adulte, l'urticaire est caractérisé par des élevures qui apparaissent brusquement pour disparaître de la même façon sans être suivies d'aucune desquamation. Il est à noter que dans les parties où la peau est lâche et fine, on observe souvent un œdème assez prononcé. L'affection débute, tantôt avec de la courbature, de

la céphalalgie, des vomissements, tantôt sans aucun prodrome. Quant au siège, c'est, en général, la face, le cou et les épaules. Quelquefois on l'observe à la face interne des bras et des cuisses, et, exceptionnellement, il peut s'étendre dans les fosses nasales et dans la cavité buccale. Vous trouverez, en plus, des variétés de forme qui ne sont plus aujourd'hui que des curiosités cliniques, aussi les passerai-je sous silence afin d'aborder l'étiologie et la pathogénie.

D'après Rilliet et Barthez, l'affection s'observe surtout de 6 à 7 ans ; néanmoins, ce n'est pas là une loi absolue. L'influence du sexe est ici un peu moins grande que chez l'adulte où les femmes sont atteintes plus fréquemment. Parmi les causes externes, nous devons citer les chutes, les piqûres d'orties ou d'un insecte (pou, puce, punaise), l'application de l'électricité..... Parmi les causes internes, les plus fréquentes, sans contredit, sont les aliments de mauvaise qualité ou les médicaments (belladone, cubèbe, copahu, sulfate de quinine, et même l'huile de foie de morue). Tout cela tient, ou a une action réflexe sur l'estomac, ou bien à l'absorption de principes toxiques qui agissent sur le système nerveux. Il est certains cas où l'urticaire apparaît immédiatement après l'application d'un excitant sur la bouche ; cela provient d'un acte réflexe. On peut encore rapporter à ce mécanisme l'urticaire qui est produit par le passage d'un calcul biliaire à travers le canal cholédoque, ou celui qui survient à la suite de la rupture d'un kyste hydatique du foie (observation présentée à l'Académie en 1880 par M. Féréol). Au reste, on sait aujourd'hui que la ponction d'un kyste hydatique du foie peut amener l'urticaire. Ici, encore, il y a un acte réflexe sur la périphérie des nerfs du péritoine. Il est encore une autre cause : ce sont les émotions. M. le professeur Hardy cite le fait d'un étudiant qui fut pris d'urticaire en sortant de sa leçon, tellement il avait été impressionné par l'histoire de cette affection. Chez les hystériques, cette affection existe beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit.

On admet, aujourd'hui, dans les ouvrages français, que l'urticaire est dû à un œdème congestif. Sous l'influence, en effet, d'une irritation, il se produit un acte réflexe dans les petits vaisseaux, puis parésie, et œdème consécutif qui finit par comprimer les canaux du centre de l'élevure. Cette opinion était acceptée sans conteste, quand, il y a deux ans, deux Allemands sont venus prétendre que la transsudation ne pouvait pas se produire sans altération préalable des vaisseaux. Les arguments en faveur de cette opinion ne sont pas très soutenable ; aussi considérerai je la question comme étant encore en litige.

L'urticaire, ordinairement bien caractérisé, peut être, cependant, confondu avec d'autres affections, surtout chez les jeunes enfants. Sous le nom de flux de dents, en effet, on a décrit une foule d'affections cutanées qui, quoiqu'il en soit, sont plus permanentes et se rapprochent davantage du lichen. Quant à l'érythème papuleux, il se reconnaît aisément à ses papules douloureuses sans cuissans, pouvant, dans certains cas, être suivies de desquamation.

Il est encore une autre forme : c'est l'eczéma papuleux, que vous reconnaîtrez facilement aux vésicules et au suintement.

Quant au pronostic, en général bénin, il doit varier suivant les causes. Chez une hystérique, par exemple, il empoisonne l'existence :

En présence d'un urticaire, vous avez deux indications à remplir :

soulager le malade et enlever la cause de l'affection. On a conseillé dans le premier cas, les poudres à l'oxyde de zinc ou à l'acide salicylique, les lotions au chloral, à l'acide phénique ou au sublimé, les bains qui, à part ceux d'amidon, sont en général plus nuisibles qu'utiles, et enfin, dans les indigestions, les vomitifs et les purgatifs. Dans le deuxième cas, le traitement varie avec la cause. Avez-vous affaire à un urticaire arthritique, employez une médication appropriée, et en particulier les alcalins. Quant à l'urticaire chronique, c'est là une affection devant laquelle le médecin est souvent désarmé. On calme le symptôme, mais on n'enlève pas la maladie, aussi y a-t-il un desideratum qu'il faut chercher.—*Praticien.*

**Traitement de la laryngite aigue.**—Le Dr John M. KEATING recommande (*Archives of Pediatrics*) le traitement suivant dans la laryngite aigue. Pédiluve chaud, l'eau étant à une température telle que la main la puisse facilement supporter, après quoi les pieds sont soigneusement essuyés puis enveloppés dans une flanelle. La potion suivante est ensuite administrée, dans un demi-verre d'eau, par cuillères à dessert.

Teinture d'aconit.....	3 gouttes
Esprit d'éther nitreux .....	1 drachme
Sirop de seille composé.....	1 " "

Toute la potion doit être prise dans le cours de la nuit. Un mouchoir bien mou est plongé dans de l'eau glacée puis exprimé et appliqué autour du cou que l'on recouvre en outre d'un tissu imperméable ou d'un morceau de flanelle.

Si la toux continue et devient bronchique, il est bon de pratiquer un peu de contre-irritation à la poitrine. L'huile camphrée ordinaire est ce qu'il y a de mieux pour cela. Je recommande encore de petites doses d'huile de ricin qui ont pour effet de décongestionner la muqueuse bronchique.—*Physician and Surgeon.*

**Traitement de la coqueluche.**—M. le Dr ARÉVALO, de Guatemala, où la coqueluche est très fréquente, emploie la formule suivante dans la période catarrhale :

Infusion de polygala.....	120 grammes.
Cochenille .....	0 gr 60 cent
Bitartrate de potasse et de soude.....	1 gr 20 cent
Sirop .....	20 grammes

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Dans la période spasmodique, il fait pratiquer des pulvérisations d'eau phéniquée, avec un vaporisateur, à vingt pas de distance, surtout pendant la nuit, toutes les fois que les accès arrivent, opérations qui arrête fréquemment les quintes de toux.

A cette période, M. Arévalo préconise la préparation suivante qui a été donnée aussi par M. Dujardin-Beaumez :

Bromure de potassium .....	2 grammes.
Bromure de sodium.....	4 —
Bromure d'ammonium.....	2 —

Hydrate de chloral..... 3 grammes  
 Sirop d'écorces d'oranges amères..... 60 —

A prendre une cuillerée à café, à dessert ou à bouche, selon l'âge de l'enfant, délayée dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf.—  
*Scalpel.*

**Guérison spontanée dans le croup.**—*Société médicale des hôpitaux.*

—M. CADET DE GASSICOURT a été amené à étudier ce sujet par suite du regret que MM. Féréol et Dujardin-Beaumetz ont semblé manifester l'an passé qu'on n'ait pas étudié davantage le traitement du croup d'après le procédé de M. Delthil. Il croit qu'avant de chercher à expérimenter un mode de traitement, il est indispensable d'établir dans quelles conditions le croup peut guérir spontanément et le nombre des cas où il peut guérir.

Le traitement du croup s'adresse à deux éléments : 1<sup>o</sup> la maladie, 2<sup>o</sup> le croup en lui-même. Pour traiter le croup on a eu recours à l'écouvillon, à la cautérisation profonde, aux pulvérisations phéniquées, à l'ozonéine, au goudron, à la térébenthine. Ces méthodes ont pour but de détruire les fausses membranes, quelques-unes même de les empêcher de se reproduire, et cela pour empêcher l'asphyxie de se produire et éviter la trachéotomie.

Or le croup peut guérir spontanément. On divise ordinairement ses périodes en trois. Dans la première la voix est altérée; dans la seconde la respiration est gênée; dans la troisième l'asphyxie survient.

M. Cadet de Gassicourt fait remarquer que la deuxième période, ou période de dyspnée, doit se diviser elle-même en deux états; dans le premier, il y a des accès de suffocation, dans le second, il y a du tirage. Cette division est fort importante, le croup en effet peut guérir spontanément lorsqu'il n'a pas dépassé la première période, ou encore lorsqu'il n'a pas encore déterminé l'état de tirage. En effet les accès de suffocation peuvent être nombreux, répétés, mais tant qu'ils ne s'accompagnent pas de tirage dans leur intervalle, on ne doit pas désespérer de sa guérison.

M. Archambault avait dit que la guérison spontanée était de 6 0/0. M. Cadet de Gassicourt a trouvé un chiffre plus fort : sur 1,200 observations, il a 9 0/0 en moyenne. En outre il a observé l'an passé une série plus favorable où les guérisons spontanées ont atteint 18 0/0. Parmi ces malades, plusieurs avaient eu des accès répétés pendant trois ou quatre jours.

Cette statistique si importante, tant par le chiffre des cas observés que par la compétence spéciale de l'observateur, n'est pas absolument exacte. M. Cadet de Gassicourt, en effet, rappelle que ces observations ont été prises à l'hôpital Trousseau, et que par suite les guérisons spontanées du croup sont beaucoup moins nombreuses qu'elles ne paraissent l'être en réalité. Le plus souvent on apporte à l'hôpital les enfants atteints de croup à une période avancée de leur affection, alors qu'elle semble désespérée. Il n'est pas douteux que les cas de guérison spontanée du croup à la première période ne soient encore plus nombreux.

La durée des croups guéris à la première et la deuxième période a été sensiblement la même, de cinq à vingt-six jours pour ceux de la première période, de cinq à vingt-neuf jours pour ceux de la seconde.

M. Cadet de Gassicourt, après avoir établi les conditions de guérison spontanée du croup et la fréquence de cette guérison, pose les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> Pour l'efficacité d'un traitement, il faudrait guérir des croups arrivés à la période de tirage permanent.

2<sup>o</sup> Cependant on pourrait admettre que l'efficacité du traitement serait prouvée si on guérissait plus de 18 pour 100 de croups arrivés à la période de suffocation.

Au mois de juillet, M. Cadet de Gassicourt aura le pavillon de la diphthérie de l'hôpital Trousseau. Il expérimentera de nouveau le traitement de M. Delthil et fera connaître les résultats. Il ne l'emploiera pas après la trachéotomie, parce que le dépôt de parties charbonneuses sur la canule l'obstrue facilement et que les vapeurs de la combustion lui paraissent gêner la respiration.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ demande à M. Cadet de Gassicourt :

1<sup>o</sup> Ce qu'il entend par guérison spontanée.—Celui-ci répond qu'il considère ainsi les cas de guérison obtenue par un traitement simple; chlorate de potasse, pulvérisations phéniquées, et toniques.

2<sup>o</sup> Comment il fait le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse et de laryngite aiguë des enfants qui entraîne les mêmes accidents.—M. Cadet de Gassicourt considère comme nets les cas où les accidents du croup ont été précédés de l'existence de fausses membranes dans la gorge.

M. FÉRÉOL voudrait voir essayer le traitement de M. Delthil même chez les enfants trachéotomisés : la surveillance de la canule permet d'éviter le danger de son obstruction.

M. CADET DE GASSICOURT répond que l'an passé, à la suite de l'essai tenté à l'hôpital Trousseau, en présence de M. Delthil, celui-ci reconnut que son traitement après la trachéotomie donnait de mauvais résultats et qu'il valait mieux ne pas l'employer.

M. SEVESTRE a employé deux fois la trachéotomie de M. Delthil. Dans le premier cas il s'agissait d'un croup au cinquième jour très avancé; le résultat fut nul. Dans le second l'enfant guérit. Il ne croit pas pouvoir juger la méthode; mais il fait remarquer que dans ces cas les fausses membranes n'ont pas été modifiées, qu'elles n'ont pas été transformées en une sorte de bouillie. Chez l'enfant qui a guéri, elles sont tombées le cinquième ou le sixième jour en bloc. Ces deux enfants ont bien supporté les fumigations. Mais l'un des internes qui soignait ces enfants a eu une conjonctivite assez intense et l'autre de l'urticaire. Le père d'un des enfants qui restait dans sa chambre avait des vertiges qui le forçaient à sortir plusieurs heures par jour.—*Journal des Sociétés Scientifiques.*

### Potion hémostatique.

P.—Essence de térébenthine.....	5 gouttes
Teinture de hamamelis virg .....	5 "
Emulsion d'amandes.....	1 once

M.—A prendre trois fois par jour.—*Texas Courier-Record of Medicine.*

## FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Keating.*

1 <sup>o</sup> P.—Acide carbonique cristallisé.....	3 grains
Biborate de soude.....	20 “
Bicarbonate de soude .....	20 “
Glycérine.....	1 once
Eau.....	1 “

M.—En inhalations.—*Archives of Pediatrics.*

2 <sup>o</sup> P.—Thymol.....	15 grains
Alcool.....	3 drachmes
Glycérine.....	$\frac{1}{2}$ once
Eau.....	3 $\frac{1}{4}$ onces

M.—En inhalations au moyen d'un vaporisateur.—*Archives of Pediatrics.*

Catarrhe gastro-intestinal.—*Bartholow.*

1 <sup>o</sup> P.—Créosote.....	1 goutte
Sous-nitrate de bismuth.....	15 grains
Glycérine .....	$\frac{1}{2}$ drachme

M.—A prendre trois fois par jour. Diète lactée.—*College and Clinical Record.*

2 <sup>o</sup> P.—Sous-carbonate de bismuth.....	5 grains
Créosote.....	$\frac{1}{4}$ goutte

En émulsion.—A prendre toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Constipation et Dyspepsie.—*Da Costa.*

P.—Extrait de belladone.....	$\frac{1}{16}$ grain
Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{16}$ “
Poudre d'aloès.....	$\frac{1}{16}$ “
Huile de cajepout.....	1 goutte
Extrait de gentiane.....	q.s.

M.—Faites une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Insomnie.—*S. W. Gross.*

P.—Bromure de potassium.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Chloral.....	15 grains
Sulfate de morphine.....	$\frac{1}{8}$ grain
Sirop d'orange.....	1 drachme
Eau.....	1 “

M.—A prendre en une seule dose, au besoin.—*College and Clinical Record.*

**Vertige gastrique.**—*DaCosta.*

P.—Oxyde d'argent.....	$\frac{1}{2}$ grain
Extrait de jusquiame .....	2 grains

M.—A prendre sous forme de pilule, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Dyspnée et palpitations.**—*DaCosta.*

P.—Teinture de veratrum.....	3 gouttes
Sirop de gingembre .....	1 drachme
Eau .....	1 once

*Dose* : Deux drachmes (toutes les 2 heures) jusqu'à soulagement. Cessez alors l'emploi du remède.—*College and Clinical Record.*

**Alopécie.**—*Dujardin-Beaumez.*

P.—Chloral .....	5 parties
Eau distillée .....	100 "

En lotions, le soir, au coucher.—*Journal de médecine de Paris.*

**Epistaxis à répétition.**—*Bartholow.*

P.—Extrait (aqueux) d'ergot.....	2 grains
Sulfate de fer.....	1 grain
Extrait de noix vomique.....	$\frac{1}{4}$ "

M.—Faire une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Leucorrhée.**—*Bartholow.*

P.—Iodoforme.....	1 drachme
Acide tannique .....	1 once

M.—En applications sur le col de l'utérus.—*College and Clinical Record.*

**Coryza aigu.**—*Dr A. F. Samuels.*

P.—Camphre pulvérisé.....	1 drachme
Chloroforme.....	1 "
Acide benzoïque.....	$\frac{1}{2}$ "
Axonge .....	1 once

M.—En application dans les narines, au moyen du doigt.—*Weekly Medical Review.*—*Analectic.*

**Phthisie.**—*Dr Kalloch.*

P.—Sublimé corrosif.....	1 grain
Chlorhydrate d'ammoniaque .....	$2\frac{1}{2}$ drachmes
Alcool.....	2 onces
Glycérine et eau, q.s. pour faire .....	4 "

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé trois fois par jour, après les repas.—*New Orleans Med. and Surg. Journal.*

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AOUT 1885.

---



---

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

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

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

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

MM. AMÉDÉE PRINCE & C<sup>IE</sup>., 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.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

---

## L'épidémie de variole.

La question d'agrandir l'hôpital civique—dit des variolés—agitée fortement depuis quelques semaines, semble être encore à l'état de projet et de perspective. Tantôt il est question de simple agrandissement, tantôt on parle d'édifier toute une construction nouvelle, le local actuel étant considéré comme plus qu'insuffisant. Cependant, l'épidémie s'étend de plus en plus; mais on ne se presse pas davantage pour cela, au contraire. Du train dont on y va, il est permis de croire que l'automne va nous arriver sans que rien ait été fait.

Il y a dans tous ces procédés et dans toutes ces lenteurs rien qui doive étonner; aussi, personne n'en est surpris. Seulement, il est triste d'avoir à constater un tel état de choses dans les circonstances actuelles. La variole, on le sait, continue à se propager, et l'on ne fait presque rien pour en empêcher les progrès. Les seules mesures prises par le Comité de Santé consistent dans la désinfection des locaux—après guérison ou décès des malades, et l'affiche du mot *Picotte* sur la porte des logis infectés. L'hôpital civique est rempli de malades, de sorte que beaucoup de cas restent forcément non isolés; l'on nous dit aussi que, dans quelques familles, on a réussi à cacher l'existence de cas bien confirmés de variole. Avec un hôpital suffisamment spacieux pour recevoir tous les variolés, pareils inconvénients n'existeraient pas.

Il paraît qu'en vertu de certain règlement, chaque médecin est tenu de déclarer au Bureau de Santé les cas de variole auxquels il est appelé à donner ses soins. Dire que ce système est absurde n'est peut-être pas assez dire. C'est tout simplement forcer le médecin à se faire délateur, et dans beaucoup de cas, lui faire perdre à jamais le patronage de ses meilleurs clients. Que le règlement exige semblable déclaration de la part d'un chef de famille, à la bonne heure ; mais d'un médecin !..... Où est alors le secret professionnel ?

\* \* \*

On demande souvent quel est le meilleur désinfectant à employer pour détruire les germes de la variole dans les locaux infectés. Les dernières recherches de MM. Dujardin-Beaumetz, Vallin, etc., établissent que l'acide sulfureux jouit à cet égard d'une pleine efficacité. L'acide s'obtient, soit par la combustion du soufre, soit par la combustion du sulfure de carbone. Le premier mode est le plus commode et le plus économique. Seulement, il faut que la quantité de soufre ainsi brûlé représente 40 grammes par mètre cube d'air atmosphérique. A cette condition seulement on aura chance de neutraliser le virus variolique.

### Maladies contagieuses.

Un médecin bien posé dans son quartier confiait l'autre jour à un de nos amis que, dans son humble opinion, la variole n'est pas une maladie contagieuse ! Pour l'honneur de la profession médicale, nous voudrions n'être pas à même de constater semblable aberration chez un confrère que l'expérience aurait dû, ce semble, instruire bien autrement. Toujours est-il que l'opinion susdite a été émise, si incroyable que cela paraisse, et nous nous demandons l'effet qu'elle peut produire au sein d'une population déjà trop portée à négliger les mesures hygiéniques prescrites dans la prophylaxie des maladies contagieuses.

Pour nous, nous sommes d'avis que, quand ce ne serait que pour atténuer l'influence possible de doctrines semblables, il est du devoir de la profession toute entière d'instruire le public sur la véritable nature des maladies contagieuses et sur l'étendue des précautions à prendre pour en empêcher la propagation par voie de contagion. En dehors de la profession, l'on est en général assez ignorant sur ces divers sujets, et il résulte de cette ignorance, soit que l'on prenne des précautions inutiles, soit que l'on néglige d'adopter des mesures d'importance capitale. Ainsi, dans le cas d'une fièvre typhoïde, on n'osera pas passer une heure entière avec le malade, "de peur, dit-on, de respirer le même air que lui," tandis qu'on ne songera aucunement à désinfecter les selles, principale source de la contagion. Dans le cas de la variole, les malades, laissés dans un isolement complet durant les trois premières périodes, voient souvent revenir parents et amis aussitôt que commence la dessiccation des pustules. Or on sait que c'est alors que les chances de contagion sont les plus grandes. Sait-on bien, en général, dans le public, que l'érysipèle est contagieux ? Et les oreillons ? Et la tuberculose ?

Il y aurait donc là matière à instruire le peuple et nous en faisons la tâche à nos amis du *Journal d'Hygiène populaire* qui ont déjà fait beaucoup pour la cause de la santé publique et dont on n'apprecie peut-être pas assez les enseignements.

## NECROLOGIE.

ALFRED JACKSON, M.D.

Nous avons à enregistrer aujourd'hui la perte très sensible que vient de faire la profession médicale de notre province dans la personne de M. le Docteur Alfred Jackson, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec), professeur de tocologie à la même faculté, et membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le Dr Jackson était né en 1810 à St-André, près Montréal. Son père, Artemus Jackson, était citoyen américain et appartenait au parti des Loyalists. Après avoir reçu son éducation à Trois Rivières et suivi les cours de médecine de l'Université d'Edimbourg, le Dr Jackson fut, en 1833, reçu membre du Collège Royal des Chirurgiens d'Edimbourg et vint l'année suivante se fixer à Québec. Lors de la fondation de l'École de Médecine de Québec, le Dr Jackson en fut un des premiers professeurs, position qu'il n'abandonna que pour accepter une chaire dans la Faculté de Médecine de l'Université Laval qui, comme on le sait, remplaça en 1883, à Québec, la ci-devant École de Médecine. Cette chaire, le Dr Jackson l'occupa jusqu'au moment de sa mort. En même temps il était membre du Conseil Universitaire.

Pendant une période de plus de vingt ans, le Dr Jackson fut membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province, médecin-viseur à l'Hôpital de la Marine et chirurgien de l'Hôtel-Dieu où il occupait la chaire de clinique chirurgicale. Nos lecteurs savent aussi qu'il était l'un des visiteurs officiels (nommés par le gouvernement) de l'Asile d'aliénés de Beauport. Comme médecin et comme professeur, le Dr Jackson jouissait de l'estime générale ; aussi sa clientèle était-elle considérable et s'étendait au loin. Il laisse une veuve et sept enfants.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

- Rapport sur le service de l'Asile d'Aliénés de Québec.—Québec, 1885.
- Annual Announcement of the Atlanta Medical College.*—Session 1885-86.
- Transactions of the Medical Society of the State of Tennessee.*—1885. Nashville, 1885.
- Memphis Hospital Medical College.*—*Annual Announcement and Catalogue.*—Session 1885-86.
- Report of Proceedings of the Illinois State Board of Health.*—Quarterly meeting, Chicago, July, 2, 3, 1885.
- McCONNELL.—*Cholera, its nature symptoms, history, cause and prevention, with an outline review of the Germ theory of Disease*, by J. B. McConnell, M.D.—Montreal, 1885.
- WILE.—*Surgical Notes from the Case book of a General Practitioner*, by W. C. Wile, M.D., of Sandy-Hook, Conn.—Reprint from the *New England Medical Monthly*, July, 1885.

## VARIETES.

## Le médecin jugé par le client.

Nous trouvons dans le *Boston Medical and Surgical Journal* la boutade suivante :

Les Scylla et les Charybde entre lesquels le docteur doit diriger sa barque professionnelle lorsqu'il vogue sous les brises variables de l'opinion publique, sont clairement indiqués par le *Hebrers Standard*.

S'il visite ses clients bien portants, c'est pour être invité à dîner; s'il agit autrement, c'est qu'il se soucie plus de la toison que du troupeau. Va-t-il régulièrement à l'église, il n'a rien à faire; n'y va-t-il pas, c'est un athée. Parle-t-il avec respect de la religion, c'est un hypocrite; n'en parle-t-il pas, c'est un matérialiste. Est-il convenablement vêtu, c'est un orgueilleux; est-il négligé, il manque d'amour-propre. Si sa femme ne fait pas de visites, elle est dédaigneuse; si elle en fait, elle cherche des clients pour son mari. A-t-il un équipage, il est extravagant; fait-il usage d'un pauvre véhicule, il manque de nécessaire. Prescrit-il peu de médicaments, il est négligent; en prescrit-il beaucoup, il inonde ses malades de drogues. Son cheval est-il gras, il n'a rien à faire; est-il maigre, il ne le nourrit pas. Voyage-t-il vite, il veut faire croire qu'il a des malades très pressés; va-t-il lentement, il se soucie peu de ses malades. Si le malade recouvre la santé, c'est le résultat des bons soins de la famille; s'il meurt, le docteur n'a pas compris sa maladie. Parle-t-il beaucoup, "nous n'aimons pas un docteur qui dit tout ce qu'il sait" ou "il est trop familier;" parle-t-il peu, nous voudrions un docteur sociable. "Parle-t-il politique, il ferait mieux de s'occuper de médecine; s'il n'en parle pas, "nous aimons un homme qui ose montrer sa couleur"; s'il ne vient pas immédiatement quand on l'envoie chercher, il tient peu à être agréable à son client; s'il se presse, il lui fait la cour. Envoie-t-il sa note, il est bien pressé d'argent. Visite-t-il ses malades chaque soir, c'est pour élever sa note; ne le fait-il pas, il est négligent. Ordonne-t-il le même remède, cela ne fait aucun bien; change-t-il la prescription, il est associé avec le pharmacien. Emploie-t-il un remède populaire, c'est pour céder aux caprices du peuple et capter sa confiance; ne le fait-il pas, c'est de l'égoïsme professionnel. Aime-t-il les consultations, c'est parce qu'il ne sait rien; les repousse-t-il sous prétexte qu'il sait son affaire, il craint de montrer son ignorance à un confrère supérieur. Réclame-t-il la moitié des honoraires qui lui sont dus, il mérite d'être mitraillé.

Qui ne voudrait être médecin ?...

## NAISSANCE.

DE LORIMIER.—A Montréal, le 27 juillet, la dame du Dr J. R. C. de Lorimier, un fils.

## MARIAGE.

VALIN-JODOIN.—A Belœil, le 20 juillet, Charles N. Valin, Ecr., M. D., Laval (classé de 1884), de Belœil, à Dame Marie-Philomène Jodoin, veuve de feu A. S. Durocher.

## DECES.

FLEURY.—A St-Léon, Maskinongé, le 7 juillet, Marie Fleury, âgée de 20 ans, épouse de P. George Fleury.

CODERRE.—A Montréal, le 23 juillet, Dame Marie-Euphémie Dasyiva, épouse de J. E. Coderre, Ecr., M. D.