

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

TRAVAUX ORIGINAUX

Des pyo-néphroses pendant la grossesse ;

par J. E. LABERGE, M.D., de Montréal, Canada.

Cet accident est beaucoup plus fréquent et plus sérieux qu'on ne le pense généralement. D'abord, parce qu'on *néglige beaucoup trop d'analyser les urines des femmes enceintes*. Et puis la guérison, ou le semblant de guérison que l'on observe, lorsque la femme est débarrassée du produit de conception, fait que l'on ajoute peu d'importance aux symptômes que l'on peut rencontrer au cours d'une grossesse, et se rattachant à cette affection. Il arrive quelquefois, cependant, qu'après un laps de temps plus ou moins long, ces femmes succombent à une affection rénale, accident qui aurait pu être évité, si un diagnostic précoce et un traitement approprié avait été institué à temps.

Les altérations du rein au cours de la grossesse sont d'ordre multiple. Les unes sont purement inflammatoires, v. g., la *néphrite gravidique* dont je ne m'occuperai pas ici. D'autres sont d'ordre mécanique, et produites par *la compression des uretères, par l'utérus gravide*, c'est de cette variété que j'ai l'intention de m'occuper dans cette communication.

Crucilhier a constaté que les uretères de toutes les femmes mortes, de son temps, à la Maternité de Paris, par suite d'accouchement ou dans les derniers temps de leur grossesse, étaient dilatés. On sait que l'utérus gravide se développe dans la cavité abdominale, en exécutant un mouvement de torsion, ce qui fait que les uretères sont tirillés, et leur calibre diminué. Et puis le segment inférieur de l'utérus comprime l'uretère sur la ceinture osseuse du détroit supérieur du bassin. Cette compression se produit plus souvent à droite en raison de l'inclinaison habituelle de l'utérus de ce côté. Cet obstacle au cours de l'urine est rare avant le sixième mois de la grossesse, mais il est très fréquent dans les trois derniers mois.

Naturellement la compression cesse après la délivrance, mais le tissu musculaire de l'uretère, qui a été si longtemps distendu, ne revient pas à son état normal immédiatement après la délivrance. La rétention d'urine dans cet uretère dilaté persiste un temps plus ou moins encore après que tout obstacle au cours de l'urine est disparu.

Cette paralysie de la couche musculaire et la stagnation de l'urine dans l'uretère dilaté mettent la muqueuse uréthrale et celle

du rein en imminence d'infection. Les germes pathogènes, arrivant dans ce liquide stagnant, ne sont plus entraînés par le courant urinaire. De plus, la muqueuse est altérée, le terrain est donc tout préparé pour l'infection, et une pullulation de microbes. Ce fait s'observe tous les jours chez les prostatiques et chez les rétrécis. Il y a rétention d'urine, la vessie se dilate et s'infecte. Ce qui est vrai pour la vessie l'est aussi pour les uretères et pour les reins.

Les germes microbiens peuvent venir par l'urèthre et la vessie, c'est à-dire par la voie ascendante. Où bien ils peuvent venir par la voie sanguine. Les microbes contenus dans le sang arrivent dans les vaisseaux congestionnés des parois du bassin, y trouvent un milieu de culture favorable au libre développement de leurs colonies, y pullulent et y déterminent une pyélite plus ou moins intense, et d'une durée plus ou moins longue, suivant la nature et la persistance de l'obstacle au cours de l'urine. Car cette transformation peut s'observer ailleurs que chez les femmes enceintes, v. g., un cancer comprimant l'uretère, un fibrome, un kyste de l'ovaire, un calcul enclavé dans l'uretère sont autant de causes qui peuvent produire le même résultat. Les rétrécissements du bassin, toutes les causes qui augmentent le volume de l'utérus ex., hydramnios, grossesse gémellaire, l'existence de lésions inflammatoires anciennes autour de l'utérus prédisposent à la compression des uretères et subséquemment à la pyé-néphrite.

Presque toujours on a trouvé dans l'urine de ces malades le coli bacille, soit à l'état de culture pure, soit accompagné d'autres bacilles. L'intestin, dans lequel ce microbe pullule en abondance, paraît donc être la source de cette infection. Que, pour une raison ou pour une autre, sa virulence soit exaltée, que l'organisme soit mis en état d'infériorité (surmenage, écart de régime), le coli bacille envahira l'organisme par la voie sanguine, arrivera par le rein dans le bassin, et trouvant là un milieu de culture tout préparé, il y pullulera.

Une autre cause d'infection du rein et du bassin est *l'accouchement et les interventions faites à ce moment sans antiseptie*.

En somme, la compression des uretères, et la stase de l'urine dans le rein et le bassin agissent simplement comme cause prédisposante; elles sont impuissantes à elles seules pour déterminer la pyélo-néphrite. Il faut, pour que cette affection se produise, l'introduction d'un agent microbien. Qu'une maladie intercurrente se montre dans le cours de la grossesse (v. g. pneumonie, variole, fièvres typhoïdes, etc.), ou qu'une autre cause vienne mettre l'organisme en état d'infériorité, l'infection du bassin dilaté sera imminente.

Le début des accidents est variable, les premières manifestations sont tantôt légères, tantôt graves. Une femme enceinte de six à sept mois se présente à la consultation. Elle urine souvent, se

plaint de douleur à la fin de la miction, ses urines sont troubles, elle éprouve une sensation de pesanteur dans l'hypocondre, un peu de douleur dans la région rénale plutôt à droite qu'à gauche. On croit à une cystite, mais un examen plus attentif nous montre que la vessie n'est pas malade, alors il faut chercher plus haut, et si la grossesse n'est pas très avancée, par la palpation du rein, on fera peut-être son diagnostic.

Mais dans d'autres cas le début est brusque et se fait avec grand fracas. A la suite d'un écart de régime quelconque, la malade éprouve brusquement des frissons et une fièvre intense. Les urines deviennent rares et très purulentes; en même temps une douleur très intense apparaît dans la région rénale.

La douleur siège ordinairement à droite et présente de grandes variétés dans ses manifestations. Vivo ou légère, mais toujours exaspérée par la pression, elle est presque toujours continue, avec des exaspérations plus ou moins vives. La malade évite avec soin tout mouvement qui réveille ses douleurs. Il faut pratiquer une pression assez énergique dans la région rénale afin de réveiller cette douleur. Cette douleur provoquée ne manque jamais et est très caractéristique. On peut par le palper apprécier des modifications considérables du côté du rein. Pour faire cet examen, il faut suivre les règles indiquées par le professeur Guyon. La malade étant dans le décubitus dorsal, le corps un peu incliné et la tête élevée, on lui fait fléchir et scarter les cuisses afin de mettre les muscles de la paroi abdominale dans le relâchement. On place une main sous la région lombaire, alors que l'autre main déprime fortement la paroi abdominale. Si alors avec la main lombaire on imprime des secousses assez énergiques, la main abdominale perçoit nettement, lorsque le rein est augmenté de volume, une masse arrondie se déplaçant et donnant une sensation de ballonnement. Mais ce procédé d'exploration n'est possible que chez une femme enceinte de six à sept mois, ou après l'accouchement.

La sécrétion urinaire est modifiée dans sa quantité et dans sa qualité. La pression urinaire augmentant dans les tubes urinaires, il s'en suit une diminution de la sécrétion du rein. Quant à sa composition, on y remarque de l'albumine en quantité variable, et l'urine va en diminuant progressivement.

Les troubles dans le fonctionnement de l'appareil urinaire ont fait confondre cette affection avec la cystite. Les mictions deviennent d'abord plus fréquentes sans cependant qu'il y ait véritablement ténésme. Toutes les demi heures ou plus souvent, les malades ressentent des envies impérieuses d'uriner, et ne rendent qu'une très petite quantité d'urine. La miction par elle-même n'est pas pénible, mais sur la fin, elle peut être accompagnée d'une sensation de cuisson dans le canal. Les urines rendues sont peu abondantes, très colorées, et laissent déposer par le repos un sédi-

ment très épais. Outre cela, elles sont très troubles et manifestement purulentes.

A l'examen histologique, on trouve dans le dépôt de nombreux leucocytes, des globules rouges en plus ou moins grande quantité, et enfin des cellules épithéliales dégénérées. Lorsque la néphrite s'ajoute à l'inflammation du bassin, on y trouve aussi des cylindres hyalins provenant des reins.

L'examen bactériologique nous montrera presque toujours le *bacillus coli* très souvent à l'état de culture pure, quelquefois associé à d'autres microbes.

Si, pour une raison ou pour une autre, l'uretère s'obstrue subitement, le pus cessera de se montrer dans l'urine, et ce fait pourra conduire le médecin à une erreur de diagnostic, s'il ne palpe pas soigneusement la région rénale.

Ces phénomènes urinaires s'accompagnent de troubles plus ou moins graves de la santé générale. On observe, quelquefois au début, des frissons répétés et violents, une température pouvant atteindre jusqu'à 102° et 104° Fahrenheit. La fièvre peut durer plusieurs jours, et même plusieurs semaines, puis disparaître ou du moins diminuer considérablement d'intensité. Parfois la fièvre prend les caractères spéciaux de la fièvre hectique et présente de grandes oscillations que l'on observe dans les suppurations prolongées. L'état général devient mauvais, la malade maigrit, se cachectise, et la mort survient rapidement.

Dans d'autres cas, la pyélite suit une marche aiguë, l'accouchement prématuré se produit et alors les symptômes s'amendent rapidement, et tout rentre dans l'ordre. Comme toutes les manifestations infectieuses, cette maladie provoque rapidement l'accouchement prématuré, et après l'expulsion du fœtus, l'obstacle, qui gênait le fonctionnement des uretères, se trouve enlevé. Si les uretères sont encore perméables, et si les altérations anatomiques des bassinets des reins ne sont pas trop considérables, l'évacuation plus facile du pus par la vessie entraînera une amélioration considérable des symptômes. Quant à la guérison complète et définitive, elle est plus rare qu'on ne le pense, et très souvent quelques années après le début de ces premiers accidents, ces mêmes malades succomberont à une lésion rénale dont le point de départ aura été cette pyélite au cours d'une grossesse. Ces malades sont des blessés du rein.

Le pronostic varie suivant l'unilatéralité ou la bilatéralité des lésions. Naturellement, quand les deux uretères sont comprimés, le pronostic est plus grave, que quand la compression ne s'exerce sur un seul uretère. Si l'uretère reste intact, si le rein ne présente pas de lésions inflammatoires, le pronostic est léger. Mais le pronostic doit être toujours très réservé lorsqu'il y a compression des deux uretères, lorsque le rein est atteint par l'inflammation et lorsqu'il y a des symptômes d'empoisonnement par l'urée, et de septicémie.

La pyélite provoque presque toujours un accouchement prématuré. L'interruption de la grossesse survient généralement au milieu de symptômes alarmants, et des accidents graves de septicémie sont à redouter.

La compression des uretères est caractérisée par des troubles légers de la miction, des douleurs vagues et de l'albuminurie. Cette albuminurie offre des variations considérables, disparaissant d'un jour à l'autre, pour revenir les jours suivants. Quant à la pyonéphrose, elle ne peut être confondue qu'avec la cystite gravidique.

On distinguera la pyonéphrite de la cystite, en examinant attentivement la vessie. En effet, dans la pyonéphrite, on pourra injecter dans la vessie une solution boriquée; on injectera deux à trois cents grammes de cette solution sans provoquer aucune réaction douloureuse. Au contraire, dans la cystite, la paroi musculaire de cet organe se contracte énergiquement, et il est complètement impossible de pratiquer une injection dans une vessie si inflammée. De plus, quand il n'y a pas de cystite, le cathétérisme n'est pas douloureux, et une pression énergique audessus du pubis ne provoque aucune douleur.

Donc, toutes les fois qu'on aura des urines purulentes avec des phénomènes négatifs du côté de la vessie, il faudra penser au rein et examiner cet organe avec soin.

Traitement.—Lorsqu'il y a simple compression d'un uretère, sans complication d'infection, aucun traitement actif n'est conseillé. Contre l'albuminurie on prescrira le régime lacté. Si les douleurs lombo-abdominales gênent beaucoup la malade, on les calmerait avec des piqûres de morphine. Si une infection venait à se produire, on conseillera le repos complet au lit, le régime lacté, et de grands bains tièdes. On prescrira des cachets de salol pour désinfecter les voies urinaires, et on continuera l'administration du salol même après l'accouchement, jusqu'à ce que les urines ne contiennent plus de pus. L'accouchement prématuré artificiel, si l'enfant est viable, pourra être pratiqué. Mais il ne faut pas oublier que ce résultat est obtenu souvent spontanément. Monsieur le docteur Vinay dit : *« Si l'affection est bénigne, il n'y a aucune indication d'interrompre la grossesse ; si elle est grave, elle détermine l'accouchement à elle seule. »*

Dans les cas, où, après l'accouchement, la suppuration se prolonge pendant des mois, et où des troubles de la santé générale deviennent inquiétants, il faudra une intervention chirurgicale active.

L'opération de choix sera la néphrotomie par la voie lombaire. On fera d'abord une large incision pour évacuer le pus complètement au moyen d'un bon drainage. Si la suppuration disparaît et s'il ne reste plus qu'une fistule urinaire, on enlèvera le trajet fibreux qui laisse passer l'urine et la plaie se cicatrise facilement.

Si le pus continuait à se produire et que l'urètre du même côté serait complètement et définitivement oblitéré, il faudrait alors pratiquer la néphrectomie.

PARIS, 21 octobre 1893.

THÉRAPEUTIQUE ET TOXICOLOGIE.

Le cocaïnisme chronique.—Le Dr J. B. MATTISON a fait du cocaïnisme chronique une étude très complète dont nous donnons ici un résumé, ces accidents étant peut-être moins connus que ceux de l'intoxication aiguë. L'auteur passe en revue les troubles fonctionnels observés du côté des organes et des fonctions.

Digestion.—Les troubles digestifs sont très fréquents, le plus remarquable est la perte complète d'appétit qui permet au malade de se passer de nourriture pendant plusieurs jours. Il en résulte parfois un amaigrissement effrayable. Cependant l'appétit et la soif peuvent revenir sous l'influence du traitement. La déglutition est douloureuse par suite de la sécheresse et de la sensibilité de la bouche et du pharynx. Il peut exister d'autres symptômes gastriques. Quant aux fonctions intestinales, la constipation est la règle.

Respiration.—Les troubles vaso-moteurs sont très prononcés, la dyspnée se manifeste surtout pendant les efforts.

Circulation.—On note d'abord une accélération des battements cardiaques jusqu'à 100 ou 138, mais seulement pendant l'action du toxique. Dans l'intervalle, le pouls redevient normal mais s'accélére au moindre effort. Cet état résulte d'une paralysie vaso-motrice dont le pronostic est très sérieux, aussi doit-on être très prudent si l'on veut avoir recours à l'anesthésie par le chloroforme.

Foie.—Un ictère plus ou moins prononcé ou une coloration jaunâtre, indique des troubles du côté du foie; parfois le patient offre une teinte bronzée ou une coloration gris de plomb.

Reins.—L'activité rénale est d'abord augmentée, plus tard elle diminue. On peut constater la présence de l'albumine ou du sucre, il peut y avoir de l'oxalurie. La vessie est parésiée comme dans le morphinisme.

Peau.—Il est rare de trouver des traces d'irritation ou d'inflammation au niveau des piqûres. Plus tard, des vésicules peuvent se produire par suite de la dyscrasie générale. La paralysie vaso-motrice a pour effet de déterminer des sueurs profuses. La peau peut, cependant, être sèche et écailleuse, et la température être abaissée.

La cocaïne comme l'opium augmente d'abord l'appétit sexuel qui diminue dans la suite. L'impuissance disparaît après la suppression de la cause.

La nutrition est très atteinte, soit par suite de l'intoxication, soit par suite de l'inanition relative; en outre, la cocaïne stimule

les sécrétions des glandes. Dans l'Amérique du Sud, la plupart des gens qui consomment la coca sont phthisiques.

Système nerveux.—La cocaïne produit d'abord une stimulation excessive à laquelle succède une réaction inverse. Bientôt apparaissent les symptômes de la neurasthénie. Les patients sont agités, ne dorment plus ou ont un sommeil troublé par des rêves terribles. Les sens sont atteints, il se produit des hallucinations. Un symptôme qui ne se retrouve avec aucun autre narcotique consiste dans la sensation d'un corps étranger, verre, bois, etc., dans les doigts ou la langue.

L'intelligence éprouve une atteinte grave; les hallucinations sont les premiers signes de la dégénérescence intellectuelle, mais le patient ne peut se soustraire à leur influence. Les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes. Les malades se lancent dans des spéculations absurdes, des extravagances coûteuses. Dès le début l'attention n'existe plus, le travail intellectuel devient impossible. Le caractère se modifie, le patient devient négligent, paresseux, malpropre, égoïste et néglige ses devoirs sociaux.

Le pronostic, dans ces conditions, est grave, car la guérison ne peut être obtenue que par un traitement prolongé.

Une amélioration passagère peut bien se montrer, mais on doit toujours craindre le danger d'une rechute. Dans les cas récents on peut supprimer brusquement les doses et l'on combat alors les troubles réflexes qui résultent de la brusque suppression par la phénacétine qu'on oppose aux douleurs, et le chloralamide qu'on prescrit contre l'insomnie. On a encore recours à la paralaldéhyde, au sulfonal et au bromhydrate d'hyoscine. Plus tard, on emploie l'électrisation, les toniques. Si l'organisme est très affaibli, on doit chercher à lui rendre des forces avant de supprimer la cocaïne. On remplace alors celle-ci par des injections sous-cutanées de 0,03 à 0,06 de benzoate de caféine. Contre l'insomnie, l'agitation, on emploie la codéine, la narceïne, mais on n'a jamais recours à la morphine.

Enfin, on supprime l'alcool tant qu'on peut le faire. On ne doit pas négliger non plus certaines prescriptions hygiéniques relatives au climat.

Recherches sur un nouveau diurétique, par le prof. GRAM, de Copenhague. — Le nouveau diurétique en question est le salicylate de théobromine et de lithium, préparé par Merck, de Darmstadt. Les recherches de M. Gram prouvent que ce produit est plus facilement résorbé que la diurétine. Une dose de 3 à 4 grammes produit les mêmes effets thérapeutiques qu'une dose double de diurétine; par suite, la substitution du premier médicament au second entraîne une économie de 20 p. c.

Voici comment M. Gram prescrivait le nouveau médicament:
Rec. Salicylate de théobromine-lithium et de lithium. 10 parties

Faire dissoudre dans :

Eau 150 grammes.

M.—Prendre ou trois ou quatre fois par jour la valeur d'une cuillerée à bouche.

Ou bien :

Rec. Salicylate de théobromine-lithium et de lithium. 1 gramme
Enrober dans une capsule gélatineuse.

Dose : 3 à 4 capsules par jour. Faire boire le malade immédiatement après ingestion d'une capsule.

Le nouveau médicament a été expérimenté par M. Gram chez 12 malades. Chez 7 (6 cas de maladie de cœur, 1 cas de néphrite aiguë avec urémie), on a obtenu des effets diurétiques très prononcés ; ces effets ont été moins intenses mais néanmoins satisfaisants, dans 2 cas de maladie de cœur ; enfin, ils ont été faibles ou nuls, dans un cas de cirrhose du foie, dans un cas de néphrite chronique, et dans un cas de maladie de Basedow.

Pas plus que la diurétine le nouveau médicament n'a d'action directe sur le cœur. Mais il soulage cet organe, en supprimant les œdèmes et les stases veineuses. Quelquefois, comme il arrive avec la diurétine, les malades manifestent de l'intolérance pour l'acide salicylique. On peut alors substituer avantageusement le benzoate au salicylate.

Combien de morphine un médecin a-t-il droit de prescrire comme dose unique, par le Dr L. LEWIN, dans le *Berliner Klin. Wochenschrift*.—Une femme de 64 ans, affectée d'un cancer des organes génitaux, se plaignait de douleurs et d'une insomnie tenace. Le médecin traitant lui prescrivit 1 gramme de chloral. On ignore combien de fois cette dose a été répétée.

Toujours est il que cette prescription ne procura pas à la malade le soulagement désiré. Elle consulta un autre médecin, surtout pour trouver un soulagement à son insomnie qui persistait depuis huit semaines. Ce second médecin prescrivit :

Rec. Chlorhydrate de morphine..... 0 gr. 2

Eau distillée..... 10 —

M.—A prendre, le soir avant le coucher de XX à XXX gouttes de cette mixture.

Le 22 janvier au soir, la malade absorba 20, au plus 22 gouttes de sa drogue.

Le 23 au matin, le médecin traitant, qui était dans l'ignorance de ce qui se passait, trouva la malade dans l'état suivant : Respiration lente et calme, pouls 110, profond sommeil. La malade ne s'est réveillée un peu que dans l'après-midi, puis elle s'est rendormie, pour se réveiller de nouveau par instants.

Le 24, le médecin traitant est enfin mis au courant de ce qui s'était passé. La respiration de la malade était lente, pénible, les pupilles étroites, le pouls accéléré, la sécrétion urinaire peu abondante. Le médecin se contenta de prescrire du camphre.

Dans l'après-midi du 26, elle succomba. L'autopsie a donné les résultats suivants : Épaississement des deux valvules mitrale et tricuspide, dilatation généralisée du cœur, cancer colossal du bas-ventre, qui adhérait fortement à plusieurs organes. La recherche chimique de la morphine n'a donné que des résultats négatifs.

M Lewin consulté sur le point de savoir si la malade avait succombé à un empoisonnement par la morphine, s'est prononcé par la négative. Sans doute, conclut-il, une partie des symptômes présentés par la malade étaient en rapport avec une intoxication par la morphine, mais celle-ci n'a fait que concourir avec l'affection cancéreuse et l'affection cardiaque, pour accélérer le dénouement fatal. En admettant même que la malade eût succombé uniquement à l'intoxication par la morphine, cela n'engageait pas la culpabilité du médecin, car les doses de morphine prescrites se trouvaient dans les limites permises, et l'issue fatale n'eût été que la conséquence d'une susceptibilité exagérée pour la morphine.

Pour ce qui concerne la réponse à la question énoncée en tête de l'article de M. Lewin elle se trouve dans la pharmacopée allemande qui fixe à 3 centigrammes la dose maxima de chlorhydrate de morphine, qu'il est permis de prescrire à l'intérieur en une fois.

Le salophène dans le rhumatisme articulaire aigu — M. Hardenbergh a traité dix cas de rhumatisme articulaire aigu par le salophène. Le médicament était administré à la dose quotidienne de 1 gramme, fractionné en six ou huit prises. Il a toujours été bien supporté, voire que chez un malade âgé de 16 ans, qui a absorbé 15 grammes de salophène, on n'a pas observé de symptômes d'intoxication.

Sous l'influence de cette médication, le gonflement et la douleur disparaissaient très rapidement; la guérison de l'attaque de rhumatisme était obtenue en l'espace de six à dix jours. Aucun des malades n'a présenté de complications cardiaques.

A titre d'adjuvant, l'auteur conseille d'appliquer sur les jointures prises une couche de gaze imbibée d'une solution de menthol à 5 p. c.—*Medical Record*.

— Au sujet des médecins malades, *la Médecine moderne* donne quelques réflexions sur la manière dont les médecins, devenus malades, se soignent ou sont soignés.

Comme les cordonniers, dit-il, qui, suivant le proverbe connu, sont de tous les plus mal chaussés, les médecins sont de tous les plus mal traités, de quelque maladie d'ailleurs qu'ils soient affectés.

Ils se traitent mal, ou sont mal traités, les uns par indifférence, par négligence; d'autres par scepticisme thérapeutique; d'autres, et le plus grand nombre, par pléthore de consultants et de consultations, par multiplicité d'avis quelquefois contradictoires, par absence d'une direction unique, etc., etc.

MÉDECINE

Hypersthénie gastrique; formes aiguës.—L'çon clinique du professeur Albert ROBIN, à l'hôpital de la Pitié.—L'étude chimique des dyspepsies, et leur classification basée sur les analyses de suc gastrique, sont de date récente. C'est Deube qui, vers 1875, s'engagea le premier dans cette voie. Il nota, dans certains cas, la diminution ou le défaut de l'acide chlorhydrique dans l'estomac; pendant longtemps, ce fut la seule notion que l'on possédât, et vous vous rappelez, sans doute, les discussions qui se produisirent au sujet de la valeur diagnostique de l'anachlorhydrie dans le cancer gastrique. En 1882, puis en 1884, Reichmann publia successivement l'observation de deux malades chez lesquels la dyspepsie était due à la présence d'acide chlorhydrique en excès dans l'estomac; il ouvrait ainsi un nouveau chapitre de nosologie. En 1884, Rossbach décrit la gastroxynsis, qui est une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique, se faisant non plus d'une façon continue, comme dans la maladie de Reichmann, mais d'une façon paroxystique. A la suite de ces travaux, les recherches se multiplient et je ne puis vous faire l'énumération des auteurs qui explorèrent en foule ce champ nouvellement découvert. Je citerai seulement von der Velden, Gluzinsky et Jaworsky en Allemagne, G. Sée et ses élèves, Hayem et Winter et moi même en France.

Tous ces travaux ont constitué la *dyspepsie hyperchlorhydrique* dont je compte vous entretenir. Cependant, ce nom d'hyperchlorhydrie est une dénomination que je n'accepte pas. Elle ne répond pas, en effet, à une entité clinique précise, et, logiquement, conduit à séparer des faits manifestement de même nature. L'hyperchlorhydrie n'a ni caractéristique étiologique, ni caractéristique chimique, ni caractéristique clinique.

Elle n'a pas de caractéristique étiologique: en effet, elle dépend, pour les uns, d'un trouble nerveux qui peut produire de la dyspepsie sans excès d'acide chlorhydrique, ce qui obligerait de séparer ces cas de l'hyperchlorhydrie pour les rattacher à la neurasthénie. Pour les autres, elle est l'expression d'un trouble purement locale de l'estomac, avec réaction secondaire sur le système nerveux. Chaque opinion contient une part de vérité, mais le fait seul qu'elles puissent être vraies, quoique contradictoires, montre bien que la caractéristique étiologique dans ces cas est incertaine.

Elle n'a pas de caractéristique chimique et, en effet, M. Hayem

a signalé des cas où, malgré l'exagération des chlorures, il n'y a pas excès d'acide chlorhydrique libre; aussi propose-t-il la création d'une classe spéciale qu'il appelle hyperpepsie. L'hyperchlorhydrie n'est donc pas une caractéristique chimique suffisante, puisqu'en est obligé d'en écarter des faits qui sont étiologiquement et cliniquement identiques. En outre, on avait voulu la différencier de l'hyperacidité due à l'acide lactique par exemple. Or il se trouve (et je vous en ai montré de nombreux exemples) que cet acide peut coexister avec l'acide chlorhydrique en excès, ce qui détruit cette opinion que l'acide chlorhydrique est un antiseptique empêchant les fermentations anormales, la fermentation lactique en particulier.

Enfin l'hyperchlorhydrie n'a pas de caractéristique clinique. En effet, s'il existait vraiment un type morbide caractérisé nettement par l'hyperchlorhydrie, il devrait être toujours identique à lui-même. Il coïnciderait dans une sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique, il s'agirait exclusivement d'une névrose sécrétoire. Or, fréquemment, sinon toujours, l'hyperchlorhydrie est associée à des troubles de la contractilité musculaire de l'estomac. Vous devriez décrire d'une part une dyspepsie hyperchlorhydrique, et d'autre part une dyspepsie motrice, c'est séparer artificiellement des troubles souvent inséparables dans la réalité. L'hyperchlorhydrie est donc un état chimique, un symptôme, si vous voulez, mais qui ne peut pas plus servir à désigner une maladie que le mot fièvre ou le mot toux par exemple.

Je propose donc une dénomination basée sur la physiologie. Je dirai que, dans certains cas, il y a suractivité de l'estomac, ou hypersthénie gastrique, ce qui me permettra de réunir sous la même rubrique tous les faits identiques dans leur essence où l'estomac est hyperexcitable, soit dans sa fonction sécrétoire, soit dans sa fonction motrice, soit — comme cela se produit presque toujours tôt ou tard — dans l'une et l'autre tout ensemble.

En réalité, dans tous ces cas, l'estomac est hyperexcitable dans sa totalité. Suivant les cas, l'hyperexcitabilité se manifeste d'abord dans l'une ou dans l'autre de ses deux fonctions principales, mais toujours les deux appareils, glande et muscle, finissent par être pris, si l'évolution de la maladie se poursuit.

L'hypersthénie peut être aiguë ou chronique. Nous ne nous occuperons aujourd'hui que des types aigus de cette affection.

L'hypersthénie aiguë peut se présenter sous trois formes auxquelles je donne les noms suivants :

- 1^o Hypersthénie paroxystique aiguë d'origine névrosique ;
- 2^o Hypersthénie aiguë intermittente d'origine centrale ;
- 3^o Hypersthénie aiguë intermittente d'origine directe, c'est-à-dire stomacale ou réflexe.

Ces dénominations sont peut-être un peu longues, mais elles ont l'avantage d'être par elles-mêmes une définition presque

complète du type morbide qu'elles désignent. Étudions donc rapidement ces trois formes, ainsi que leurs causes, ce qui nous permettra d'établir la thérapeutique qu'elles réclament.

I. *Hypersthénie gastrique paroxystique aiguë d'origine névrosique.*

—C'est la maladie de Rossbach, que cet auteur avait appelée gastroxynsis, nom transformé en gastroxie par Lépine; c'est le *vomitus hyperacidus* de Rosenthal. Elle consiste en une association paroxystique de deux phénomènes douloureux: l'un du côté de la tête, céphalalgie; l'autre, du côté de l'estomac, gastralgie, s'accompagnant de vomissements très acides. Les crises reviennent à intervalles plus ou moins éloignés sous une influence centrale névrosique.

Voici comment les choses se passent d'ordinaire. Un homme jeune est pris tout-à-coup soit d'une céphalalgie violente, soit d'une vive douleur épigastrique. Que ce soit l'une ou l'autre de ces douleurs qui débute, elles s'ajoutent bientôt l'une à l'autre, évoluent simultanément et atteignent en même temps leur maximum. A ce moment surviennent des vomissements indépendants de toute alimentation—la crise, en effet, se produit souvent à jeun—ils sont très acides et, à mesure qu'ils se répètent, leur acidité va en augmentant. En même temps, le malade éprouve une soif vive, il est pris d'une agitation nerveuse très accentuée parfois. Puis à la suite d'un dernier effort de vomissement, il se produit une détente assez brusque, les douleurs se calment en quelques heures, puis le malade s'endort d'un sommeil tranquille et à son réveil se trouve frais et dispos, débarrassé de toute douleur et de tout symptôme pénible. Il entre alors dans une période de santé parfaite en apparence jusqu'au retour d'un nouvel accès semblable.

Les causes de ces accidents sont toujours les mêmes; ce sont des travaux intellectuels exagérés ou des émotions morales persistantes. Il s'agit souvent de jeunes gens qui, préparant des examens, passent des nuits au travail. Presque toujours ce sont en outre des sujets dont le système nerveux est en état de faiblesse irritable.

Cette affection est bien plus fréquente qu'on ne le croit, car elle est généralement confondue avec la migraine, et dans les traités classiques un peu anciens, vous trouvez dans la description de la migraine des traits qui appartiennent manifestement à la maladie de Rossbach. Elle ressemble, en effet, beaucoup à la migraine, au point que certains médecins, actuellement encore, ne séparent pas ces deux affections. La gastroxie est, en effet, comme la migraine, une maladie paroxystique; la migraine, comme la maladie de Rossbach, s'accompagne de vomissements; rappelez-vous à cet égard l'aphorisme de Lasèque "mal de tête sans vomissements n'est pas migraine," et dans les deux cas les matières rendues sont acides et l'estomac est douloureux. Enfin la maladie

de Rossbach se montre souvent chez d'anciens migraineux et cela ne doit pas surprendre, car ces deux affections ne peuvent se développer que sur un fond commun d'arthritisme et de névrose.

Mais si les deux maladies ont quelques ressemblances, elles n'en sont pas moins différentes, et lorsqu'on a vu une fois une maladie de Rossbach dûment diagnostiquée, on ne s'y trompe plus. Dans la migraine, c'est la céphalée qui domine; dans la gastroxie, c'est l'état gastrique qui est au premier plan. Dans la maladie de Rossbach, on ne trouve pas les troubles de la sensibilité générale ou spéciale qui sont de règle dans la migraine. Enfin, si dans la migraine les vomissements sont acides, ils n'atteignent pas l'hyperacidité de ceux de la maladie de Rossbach où l'acide chlorhydrique peut atteindre le chiffre de 6 gr. par litre.

Une fois l'accès de gastroxie commencé, le traitement n'a aucune prise sur lui, pas plus que sur une attaque de migraine. Mais si contre la migraine tout traitement prophylactique est impuissant, contre la maladie de Rossbach il est très efficace. Il suffit, en effet, de supprimer tout travail intellectuel, et de distraire les préoccupations morales par des voyages et par le séjour à la campagne pour empêcher le retour des accès. Dans ce cas, suivant l'expression d'Hippocrate: *Naturam morborum curationes ostendunt*. Le résultat du traitement est donc un signe diagnostique important entre la migraine et la gastroxyne.

II. *Hypershénie gastrique intermittente aiguë d'origine centrale*, c'est-à-dire secondaire à une affection des centres nerveux. Le type, c'est la crise gastrique de l'ataxie. Elle peut se rencontrer aussi dans la paralysie générale, la sclérose multiloculaire; elle peut se voir aussi dans une maladie sans lésion, l'hystérie. Son importance est très grande, car lorsqu'elle est exactement diagnostiquée, elle peut révéler une affection grave des centres nerveux jusqu'alors méconnue ou insuffisamment accusée. Peut-être est-elle liée à l'altération d'un centre nerveux gastrique dont la localisation est encore inconnue.

J'avais pour camarade un homme d'une grande intelligence et d'une santé jusque-là parfaite. Un jour, il alla consulter un médecin s'occupant des maladies nerveuses, se plaignant d'inappétence au travail, accusant des craintes exagérées sur sa santé. On en fit un neurasthénique.

Par la suite, il pré-senta des signes de déséquilibre intellectuelle, allant consulter tous les médecins, tantôt pour ses yeux, tantôt pour ses dents, qu'il faisait alternativement obturer et désobturer. Puis il vint me trouver pour son estomac. C'était alors un gros mangeur, digérant bien et ayant un embonpoint excellent. Mais de temps à autre, peut-être à l'occasion de travaux intellectuels exagérés, il avait des crises douloureuses de l'estomac avec des sensations de torsion, de déchirement, de griffes accrochées à son estomac et pénétrant dans sa profondeur.

En outre, il avait une sensation de brûlure au pharynx; un état nauséux, des accès de pâleur et parfois des vomissements, lesquels n'étaient pas toujours gastriques, mais purement salivaires. Il semblait qu'il eût avalé de grandes quantités de salive, qu'il aurait rendues immédiatement. Dans d'autres circonstances, les vomissements contenaient de l'acide chlorhydrique en excès.

Voici une de mes analyses de ce suc gastrique très acide: acide chlorhydrique, 3 gr. 08 par litre; pas d'acide lactique; le liquide filtré se trouble par la chaleur, traces de peptones, traces de sucre, évolution imparfaite des féculents qui restent à l'état d'érythro-dextrine. Je diagnostiquai: suractivité sécrétoire gastrique avec hyperchlorhydrie, action très incomplète du suc gastrique sur les aliments azotés, et de la salive déglutie sur les féculents. Je le soumis au traitement par le bicarbonate de soude et son accès guérit bientôt. Mais, dix jours après, nouvelle crise présentant les mêmes caractères et guérissant par le même traitement. A une troisième crise, qui survint bientôt, je ne donnai aucun médicament et la guérison se fit aussi bien. Pendant quatre mois, les mêmes accidents se renouvelèrent, la santé s'altéra; au bout de six mois, on dut l'enfermer, il avait de la paralysie générale.

Ce cas est très intéressant. On connaissait bien les crises gastriques survenant au cours de la *paralysie générale*, mais, jusqu'ici, on n'en avait pas signalé au début de cette affection, se montrant comme signe révélateur. La conclusion, c'est qu'en présence d'une hypersthénie gastrique intermittente aiguë, on doit toujours penser à une lésion nerveuse centrale et en rechercher avec soin les symptômes.

Dans les crises gastriques de l'*ataxie*, Sahli a le premier constaté l'hyperchlorhydrie; Bouveret, après lui, a reconnu que le fait était fréquent, mais non constant; Bois est arrivé au même résultat. Voici ma statistique: sur sept ataxiques avec crises gastriques, six fois j'ai trouvé l'hyperchlorhydrie, une fois le suc gastrique était normal.

L'*hypersthénie gastrique* peut être un signe révélateur de l'*ataxie*, ai je dit. En voici un exemple typique: au n° 13 de la salle Piorry entra un homme de 37 ans, briquetier, se plaignant de troubles gastriques qui, depuis six mois, avaient amené un notable amaigrissement. Les accidents revenaient par crises au réveil, avant tout repas. Le malade éprouvant alors une vive douleur au creux épigastrique, une brûlure, une torsion, une déchirure avec retentissement entre les deux épaules. Les vomissements, très acides, étaient teintés d'une bile verdâtre altérée par les acides. La soif vive ne pouvait être apaisée, car les boissons ingérées étaient aussitôt vomies. Ces crises survenaient tous les huit ou dix jours, toujours à jeun. Pendant l'accès, l'estomac présentait une dilatation spéciale; il n'était pas mou et inerte,

mais sa paroi musculaire était surexcitable; le moindre contact y provoquait d'énergiques contractions péristaltiques. Il y avait donc bien à la fois, dans ce cas, l'hypersthénie musculaire et sécrétoire. L'analyse du suc gastrique pendant la crise donnait: acide chlorhydrique, 2 gr. 55; syntonine; pas de mucus; beaucoup de peptones; peu de sucre; digestion insuffisante des féculents. On pensa d'abord à de l'hypersthénie ordinaire, mais non interne. M. Leredde, frappé du caractère intermittent de ces crises, pensa à l'ataxie, la chercha et la trouva: inégalité pupillaire, signe d'Argyll Robertson, douleurs fulgurantes, douleurs en ceinture, perte des reflexes, syphilis quinze ans auparavant. Ces crises gastriques peuvent se montrer aussi bien à la période préataxique qu'au cours du tabes confirmé.

Nous avons eu à la salle Lorain une femme de quarante six ans, couturière, qui présentait tous les symptômes de l'ataxie avec des crises vésicales, rectales et intestinales, et qui de temps à autre faisait une crise gastrique durant deux ou trois jours. A ce moment, son suc gastrique contenait 2 gr. 28 d'acide chlorhydrique. Le fait caractéristique de ces crises, c'est qu'elles surviennent à jeun; ce n'est pas le contact des aliments qui les provoque; l'excitation est d'origine centrale. Un détail à signaler, c'est que ces crises peuvent se montrer dans l'hystérie; le fait, signalé d'abord par Reichmann, a été vérifié depuis par d'autres auteurs.—(A continuer).

Les grands accès fébriles de la défervescence de la fièvre typhoïde.—M. L. BOUVERET a observé dans plusieurs cas, au moment de la défervescence de la fièvre typhoïde, un ou plusieurs grands accès fébriles débutant par un frisson très-accusé et suivi d'une chute brusque de la température. L'accès est très-différent des grandes contractions habituelles du déclin de la maladie, il n'est annoncé par aucun prodrome et aucune complication ne peut l'expliquer. Pendant le stade de chaleur, qui dure de huit à douze heures, le thermomètre peut monter à 41°7. Ce stade est suivi d'un stade de sueurs, de telle sorte que l'on dirait d'un accès palustre intercalé dans une fièvre typhoïde. Le plus souvent, il se produit plusieurs accès à intervalles réguliers. Cette complication n'a pas de gravité, et les quatre malades chez lesquels Bouveret l'a observée ont parfaitement guéri; aucun d'eux n'était paludéen et le sulfate de quinine n'a pas eu d'action. Le grand frisson de la septicémie revêt les mêmes allures et est souvent difficile à distinguer, au moins au début, car, rapidement, l'absence de toute complication, l'intégrité de l'état général dans l'intervalle des accès conduiront au diagnostic. Pour Bouveret, ces accès se rattacheront à l'irruption brusque dans le sang d'une dose minime de principes toxiques et pyretogènes, fabriqués dans les follicules lymphatiques, les ganglions mésentériques et l'aorte, et destinés à une élimination plus lente et plus progressive.

M. H. Frenkel a aussi observé un cas du genre de ceux recueillis par M. Bouveret. Sa malade a eu dix-huit à vingt accès d'une violence telle qu'ils constituaient un danger réel pour la vie; la température s'élevait brusquement à 40, 41°, pour descendre ensuite parfois jusqu'à 36°. Tantôt les dépressions étaient consécutives à l'accès, tantôt elles le précédaient.

Ce qui est remarquable dans ce fait, c'est que, à un certain moment, après avoir eu des hémorrhagies intestinales, la malade avait présenté une tuméfaction moyenne et douloureuse du foie. Or, de petits abcès hépatiques peuvent parfaitement expliquer tous les phénomènes, et M. Frenkel cite une observation de Romberg qui vient à l'appui de cette hypothèse. Il s'agissait d'un typhique de 34 ans qui, après avoir eu des hémorrhagies intestinales, présenta, à partir du vingt quatrième jour de sa maladie, de grands frissons et un ictère intense. La mort survint le huitième jour après le premier frisson, et l'on trouva, entre autres lésions, des thrombo-ses mésentériques, une thrombose de la veine porte en voie de fonte purulente et de très nombreux petits abcès du foie.

Les accidents évoluèrent de la manière suivante: Les hémorrhagies intestinales sont l'indice de thromboses mésentériques; à un moment donné, ces thromboses suppurent et il se produit des abcès du foie entraînant les accès fébriles. L'absence d'ictère ne suffit pas pour faire éloigner cette idée, car les abcès miliaires peuvent parfaitement évoluer sans entraîner ce symptôme.

Enfin, il faut toujours, dans les cas de ce genre, songer à la possibilité du rappel d'une fièvre intermittente commune. La malade de M. Frenkel revenait d'Italie, et il est évident que, pour elle, cette hypothèse est discutable.

On devra donc, en présence de ces grands accès, penser soit à la malaria, soit à une septicémie secondaire tirant son origine de quelque foyer profond. Bien que cette dernière pathogénie soit repoussée par M. Bouveret, c'est elle qui nous semble la plus rationnelle.—*Union médicale.*

La langue grippale (*Société méd. des hôpitaux*).—M. FAISANS: La grippe peut revêtir les aspects les plus variés et simuler un grand nombre de maladies: embarras gastrique, fièvre typhoïde, choléra, typhus exanthématique, méningite, etc. Or il est un signe qui permet, au moins dans le plus grand nombre des cas, de faire le diagnostic. Ce signe est tiré de l'examen de la langue.

On trouve, dans la plupart des auteurs, que la langue grippale est blanche, saburrale, sèche, etc.; il n'en est rien; la langue de la grippe est une langue *sui generis* et ne se retrouve dans aucune autre maladie.

Elle n'est pas altérée dans sa forme; elle n'est donc ni large et épaisse, comme dans l'embarras gastrique, ni rétractée, petite et

pointue comme dans la fièvre typhoïde ; peut être est-elle quelquefois légèrement étalée. Elle est toujours humide ou, tout au plus, présente l'aspect d'une langue qu'on vient d'essuyer avec une compresse. Quand elle offre une tendance à se sécher, c'est qu'une complication phlegmasique est imminente ou déjà réalisée. Elle est lisse, unie, sans aspérités et sans sillons, et les saillies des papilles n'y sont pas apparentes. La caractéristique de cette langue, c'est sa coloration ; c'est une teinte bleutée, assez analogue à celle de la porcelaine ; cette teinte rappelle celle de certaines plaques de leucophasie buccale ou, mieux encore, celle des plaques muqueuses bucco-pharyngées ; en un mot la langue est opaline. Cette coloration est tantôt uniforme et tantôt tachetée ; dans le dernier cas, la partie médiane et la base de la langue sont uniformément opalines, mais ses parties latérales et son extrémité sont comme tigrées de très petites taches arrondies opalines.

Ces deux variétés sont également pathognomoniques. S'il y a du catarrhe des voies digestives, la langue se modifie, devient plus large, plus épaisse et se recouvre à sa base et jusqu'à la partie moyenne d'un enduit saburral. Quand survient une complication phlegmasique grave, par exemple une pneumonie, la langue peut rester opaline ; mais souvent elle se sèche.

La coloration opaline ne tient pas à la présence d'un enduit surajouté, car les frictions ne la font pas disparaître. Ce n'est guère que dans le rhumatisme aigu que l'on peut observer des caractères analogues, mais même, dans cette dernière affection, la langue est moins lisse et plus franchement blanche.

La langue opaline apparaît dans les deux ou trois premiers jours de la grippe, et dure autant qu'elle ; parfois même elle persiste plusieurs jours après une guérison apparente. Les malades restent alors sous le coup de recrudescence que l'on appelle à tort des rechutes. L'aspect spécial que M. Faisans vient de décrire résiste aux purgatifs, aux vomitifs et aux éméto-cathartiques.

M. JUHEL-RÉNOY n'a pas remarqué l'aspect opalin de la langue grippale. Il a observé, au cours de la grippe, des langues larges, étalées, ou au contraire contractées, petites ; la coloration était blanchâtre quand les phénomènes gastro-intestinaux prédominaient ; la langue était sèche, rouge, rôtie, quand il y avait une complication pulmonaire. M. Juhel-Rénoy, conserve donc quelque doute sur la valeur pathognomonique que M. Faisans attribue à l'aspect opalin qu'il a décrit.

M. FAISANS : La coloration opaline n'est pas un signe constant, mais un signe très fréquent de la grippe. Il existait neuf fois sur dix environ dans tous les cas que M. Faisans a observés depuis quatre ans. C'est au maximum d'intensité des épidémies que ce caractère est remarquable. Sa valeur diagnostique est surtout alors incontestable. Il y a deux ans, un enfant de dix ans présentait des symptômes cérébraux graves ; deux médecins avaient

porté le diagnostic de méningite, et le pronostic semblait des plus graves. M. Faisans, grâce à l'aspect caractéristique de la langue, put affirmer qu'il ne s'agissait là que d'une grippe à phénomènes cérébraux; trois jours après, en effet, l'enfant était complètement guéri.

M. LE GENDRE n'a pas remarqué l'aspect opalin de la langue grippale; mais il a été frappé plusieurs fois de la desquamation très rapide et très complète de la langue, comme s'il s'était agi de scarlatine. Certains amers, la strychnine ont une action très favorable sur cet état de la langue au cours de la grippe. — *Union méd.*

Fièvre prétuberculeuse. — Le *Journal de médecine et de chirurgie* donne le résumé d'une leçon clinique de M. LANDOUZY sur une forme de la tuberculose aiguë à laquelle il a donné le nom de typho bacillose et de fièvre prétuberculeuse. Le fait suivant, entre bien d'autres, vient confirmer encore l'existence de cette forme qui est souvent mal interprétée et dont la nature n'est reconnue que tardivement. Il fut appelé récemment auprès d'une jeune fille de 15 ans, alitée depuis quatre mois et présentant tous les attributs, couleur de cheveux, aspect de la peau, etc., que l'on rencontre si souvent chez les sujets prédisposés à la tuberculose. Elle était cependant habituellement bien portante lorsqu'elle fut prise de fièvre sans raison certaine, avec anorexie, sans autres troubles fonctionnels. Cet état incertain persista trois mois environ sans qu'on pût dire autre chose que fièvre typhoïde anormale ou fièvre de croissance. Au bout de ce temps, cependant, la malade se mit à tousser, mais les crachats examinés ne renfermaient pas de bacilles. Lorsque M. Landouzy fut appelé un peu plus tard, il existait quelques signes douteux du côté des sommets et on n'aurait pu conclure encore d'une façon certaine si l'examen des crachats fait à ce moment n'était devenu positif.

Cependant, en présence d'une fièvre persistante de cette manière, surtout chez un sujet présentant un aspect général de ce genre, il n'y a guère de vraisemblable qu'une fièvre bacillaire: bacillose dans laquelle les foyers ne sont pas suffisamment formés pour qu'il y ait des granulations et par suite des signes d'auscultation. Aussi l'affection mérite-t-elle plutôt le nom de bacillose que celui de tuberculose. On conçoit très bien d'ailleurs qu'il existe une fièvre prétuberculeuse, c'est-à-dire une infection amenée par les produits sécrétés par le bacille, ainsi que cela a lieu dans les injections de tuberculine. Cette fièvre quotidienne serait produite ainsi par la tuberculine issue des bacilles non réunis encore en foyer: c'est une *tuberculation* prélude de la tuberculisation future; le processus est, en effet, le suivant: infection bacillaire, puis réunion en foyers telle sorte qu'il se passe un certain temps entre la bacillose et la tuberculose, et c'est cette période qui, prolongée plus ou moins longtemps, peut être le plus facilement l'occasion d'erreurs de

diagnostic. Dans le cas particulier dont il est question, bien qu'on fût prévenu et qu'on suivit le malade de très près, on ne pouvait se résoudre à écarter définitivement le diagnostic de fièvre typhoïde. L'enquête montra cependant des antécédents très nets de tuberculose dans la famille; un frère avait été atteint d'une pseudo-fièvre typhoïde, sans taches, ayant duré plusieurs mois, sans convalescence franche, et suivie d'une pleurésie pendant cette convalescence; deux autres frères avaient présenté des signes non douteux de tuberculose.

Les faits de ce genre ne sont pas assez connus et il n'est pas inutile d'y insister; on parle souvent, en effet, de la tuberculose aiguë dans laquelle les foyers restent latent pendant un temps plus ou moins long, mais il y a une grande différence avec cette fièvre pré-tuberculeuse dans laquelle les foyers n'existent pas encore, et qui est prise surtout pour la fièvre typhoïde ou un embarras gastrique de forme singulière, d'autant mieux qu'elle suit souvent son évolution en plusieurs étapes successives.

Comme conclusion clinique et pratique, il faut, lorsqu'on interroge un malade qui tousse et qui annonce une fièvre typhoïde dans ses antécédents, faire une enquête minutieuse et ne faire le diagnostic et le pronostic qu'en deux temps, lorsqu'on aura vu d'une façon très complète l'évolution de la maladie.

CHIRURGIE.

Suppurations et érysipèle. — Nous savons que le tégument externe donne asile, entre les lamelles épidermiques, à quantité de microbes, streptocoques, staphylocoques, etc., qui ne se différencient en rien des microorganismes de l'érysipèle, du furoncle et des suppurations de toute nature.

Ainsi que M. Marfan l'a fait remarquer, le staphylococcus pyogène, qui existe à l'état normal à la surface de notre peau et dans nos cavités naturelles, ne devient pathogène qu'à l'occasion du trouble de l'organisme.

Si l'on s'agit d'un individu lymphatique, le staphylocoque engendre l'impétigo.

Si l'organisme est cachectisé, il donne naissance à l'ecthyma. S'agit-il d'un diabétique, le staphylocoque peut faire ces énormes anthrax et ces gangrènes étendues, fréquentes chez ces malades.

L'expérimentation explique ces faits :

Ainsi, on peut introduire sous la peau de la paroi abdominale du lapin, le microbe de la suppuration, et, très souvent, il n'en résulte aucun dommage.

Mais il en est tout autrement, et la suppuration est presque certaine si les mailles du tissu cellulaire ont été distendues par un liquide peu irritant et, à plus forte raison, si elles ont été modifiées par quelque irritant chimique. C'est ce que l'on retrouve en clinique dans les érysipèles, les phlegmons des cardiaques, des œdémateux de tout ordre, chez lesquels la suppuration est si facile à se produire.

L'expérience d'Otto Bujwid est fort démonstrative à ce point de vue. Il a déterminé quelle était la dose nécessaire de culture de staphylocoque à injecter pour provoquer un abcès. Après s'être assuré qu'une dose inférieure ne provoquait plus rien, il a additionné cette même dose de culture d'une certaine quantité de sucre et il a vu que cette faible dose provoquait alors la suppuration.

De même certaines substances chimiques dont l'emploi est fréquent en chirurgie, telles que l'acide phénique et le sublimé, si elles sont employées à fortes doses, exercent sur les tissus une vive irritation.

Le traumatisme agit aussi en affaiblissant la vitalité des cellules. On peut voir se développer l'infection sous l'influence de micro-organismes qui ne deviennent pathogènes que pour un organe traumatisé, alors qu'ils seraient indifférents sur un viscère normal.

Dans tous ces cas, le micro-organisme n'a pas varié, mais c'est le terrain spécial qui a donné au microbe sa virulence exceptionnelle. C'est ainsi qu'une bactérie qui est impuissante à devenir pathogène sur un organisme normal peut provoquer de profondes lésions chez le strumeux, et entretenir ces inflammations si tenaces qu'on observe sur les enfants chétifs.

FURONCULOSE ET TROUBLES DIGESTIFS — Il est un autre état de l'organisme dont l'influence n'est pas douteuse sur l'apparition de certaines suppurations. Le trouble des fonctions digestives, à la suite d'écarts de régime, d'une alimentation trop animale, trop alcoolique, de fatigues, est une cause très fréquemment constatée d'éruption furonculaire; sur ce terrain prédisposé, les staphylocoques précédemment inoffensifs sur l'épiderme, envahissent les follicules.

Nous avons déjà insisté sur le rôle du diabète dans la pathogénie des suppurations, des gangrènes. La présence du sucre en excès dans les tissus agit de même pour l'éclosion du furoncle et de l'anthrax.

La menstruation ne paraît pas non plus indifférente. Le staphylocoque peut rester latent dans l'intervalle des périodes menstruelles et reprendre sa virulence au moment des règles. Il existe une furonculose menstruelle comme il existe un érysipèle menstruel.

Avec leurs causes déterminantes variables, et suivant le degré d'affaiblissement de l'organisme, la gravité, la marche, la terminaison de ces furoncles sera différente. Le furoncle peut n'être

qu'une suppuration toute locale et très bénigne, ou, au contraire, s'étendre, donner lieu à ces anthrax énormes des diabétiques et des mauvais états généraux, qui peuvent entraîner la mort. Suivant l'état de l'organisme, il faut donc dire, avec Nélaton : " il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax."

L'éruption acnéique serait ainsi infectieuse et auto-inoculable de proche en proche. Les résultats du traitement vérifient cette influence, le traitement local, l'antisepsie soignée du tégument externe est insuffisante si le malade n'est pas soumis à un régime sévère ; si le café, les liqueurs, les salaisons, les poissons, gibier, etc., ne sont pas interdits. On voit, en effet, concorder souvent avec un nouvel excès, un écart de régime, une nouvelle poussée acnéique ou furonculaire.

PHLEGMON DIFFUS.—Nous avons vu, en étudiant le streptocoque, qu'on ne pouvait distinguer le microbe de l'érysipèle de l'agent de la suppuration. Il n'y a pas non plus de caractères fixes qui permettent de séparer les agents pyogènes des suppurations limitées, des phlegmons simples, des phlegmons diffus. Quelle que soit la suppuration, c'est un streptocoque ou un staphylocoque de forme vulgaire qui doit être incriminé. Si on ne tenait compte que du microbe, toutes les suppurations devraient être semblables. Quels facteurs interviennent donc pour faire d'une suppuration circonscrite une suppuration diffuse, envahissante et gangréneuse ? Est-ce la virulence du microbe qui est devenue plus active ? C'est plutôt dans l'état de l'organisme qu'on en trouvera l'explication.

L'influence des dyscrasies sur l'évolution de ces suppurations diffuses est bien connue. Les vieillards affaiblis, les ivrognes, les cardiaques, albuminuriques ont souvent des phlegmons diffus. Ils sont très fréquents également chez les diabétiques, c'est là leur terrain de prédilection, et les tissus sont doués d'une si faible résistance que le traitement le mieux approprié ne parvient pas à les limiter.

Il en est de même des sujets profondément déprimés ; une piqûre anatomique, bénigne chez un individu résistant, pourra entraîner un phlegmon diffus chez des malades alcooliques et surmenés. Les anciens avaient bien noté ces différences individuelles, et on disait que " tous les individus ne sont pas égaux devant le même cadavre."

Nous avons cherché à établir dans ce travail que la maladie infectieuse reconnaît deux facteurs, le microbe et le trouble fonctionnel de l'organisme. Les germes pathogènes que nous portons en nous, à l'état de virulence latente, ne deviennent virulents qu'à l'occasion d'un état pathologique de l'organisme, et les caractères de la maladie infectieuse dépendent plutôt de l'état de l'organisme impressionné par le virus que de la nature même de ce virus.

Il ne faut donc point oublier, cela est très important pour la prophylaxie et la thérapeutique, ainsi que l'a toujours soutenu

M. le professeur Peter, que l'organisme joue un rôle capital dans la pathogénie des maladies infectieuses, et qu'on ne doit pas seulement voir dans la maladie un microbe, mais un organisme qui réagit et qui donne à la maladie son individualité suivant sa faiblesse ou sa résistance.

La blennorrhagie chez l'homme.—Son traitement et ses conséquences.—La question est loin d'être neuve; mais, pour courir les rues, je pourrais même dire, les urinoirs, elle n'en est pas moins difficile.

Qui ne se croit capable de traiter cette maladie banale? Tout le monde, surtout les charlatans, sait exploiter la crédulité des nombreuses victimes du coup de pied de Vénus. Inutile d'insister; on peut dire, sans crainte d'erreur, que sur cent hommes, il y en a bien 98 qui ont eu au moins une fois la chaude-pisse. Comment se sont-ils guéris? Ce serait un curieux catalogue à dresser que de classer le traitement de chacun. D'abord, près de la moitié ne s'en est jamais débarrassé complètement. Quant à l'autre moitié, elle a employé l'un le sulfate de zinc, l'autre le sublimé, un troisième le nitrate d'argent, un quatrième la résorcine, un cinquième..... un journal ne suffirait pas à énumérer les substances essayées, sans parler des traitements charlatans de water closets.

La vérité est que le traitement de la blennorrhagie est une affaire de tâtonnement, mais de tâtonnement scientifique, entendons-nous. Il ne faut pas essayer successivement tous les médicaments proposés, sans méthode, sans suite; c'est le moyen d'éterniser une chaude-pisse, et en même temps d'abîmer l'urèthre et le tempérament de son malade (qu'on me pardonne ce langage trivial, mais bien expressif). Tout le monde croit avoir son moyen de guérir la blennorrhagie; heureusement, il n'y a guère que les médecins sérieux et savants, qui ne croient pas le posséder; c'est la meilleure preuve qu'il ne faut pas soigner cette maladie à la légère.

L'ère des plaisanteries et des moqueries est terminée, espérons-le. Il est temps de faire pénétrer dans l'esprit du public que la vulgaire chaude-pisse a de trop graves conséquences dans l'avenir pour n'être pas considérée comme un danger redoutable. Nous essaierons d'abord d'indiquer les méthodes scientifiques de traitement de la blennorrhagie, puis, dans une seconde partie, nous énumérerons ses funestes conséquences et les moyens qu'on peut leur opposer.

I.—Dans le traitement de la blennorrhagie, il faut tenir compte: 1^o de l'état d'acuité ou de chronicité de l'affection; 2^o du terrain, c'est-à-dire du tempérament du sujet.

Le traitement classique de la *blennorrhagie aiguë* est préconisé par de nombreux cliniciens dont nous ne saurions suspecter la

compétence. Il doit être essayé dans tous les cas de blennorrhagie aiguë, avant tout autre moyen :

1. Grand bain d'une durée de trois quarts d'heure à une heure, tous les jours, ou au moins tous les deux jours ;

2. Abstention de vin pur, bière, liqueurs fortes, café, épices, gros gibier, gros poissons de mer, crustacés, asperges ; de même pas de fatigues exagérées, ni de veilles prolongées ; pas de cause d'excitation vénérienne ;

3. Port d'un suspensoir et lavages quotidiens répétés de la verge, du gland et du prépuce ;

4. Au bout de deux à trois semaines, alors que l'écoulement est devenu moins épais, moins abondant et les mictions moins douloureuses, suppression des bains ; administration, à chacun des trois repas et le soir en se couchant, de 2 ou 3 capsules balsamiques, soit à l'extrait hydroalcoolique éthéré de cubèbe, soit à l'essence de santal, soit au copahu.

Ce traitement comporte les moyens antiphlogistiques en usage dans la vieille méthode française, telle qu'elle a été recommandée par Ricord, par les médecins de l'hôpital du Midi et par les maîtres lyonnais, Rollet, Diday, Doyon. Il s'appuie uniquement sur l'observation d'un certain nombre de faits dans lesquels la méthode suppressive d'emblée, suivie pendant de longs mois par les malades, n'a réussi qu'à leur procurer la disparition provisoire, jamais définitive, de l'écoulement.

L'observation clinique a depuis longtemps démontré que la blennorrhagie est en général d'autant plus courte et plus facile à guérir qu'elle est plus aiguë et qu'on l'aide à parcourir plus librement les premières étapes de son évolution.

Dans l'immense majorité des cas, sous l'influence de ce traitement, l'écoulement diminue rapidement et la guérison peut même survenir sans traitement local.

“ Mais, le plus souvent, il est utile de traiter directement aussi l'urèthre. Il ne faut pas perdre de vue que la *blennorrhagie est une affection chirurgicale septique et doit être traitée comme telle*, c'est-à-dire par des remèdes externes. Ainsi, le traitement devra être antiseptique. De plus, l'urétrite blennorrhagique est une urétrite totale : la médication devra porter sur la totalité du canal. Enfin, le siège du gonocoque dans la profondeur de l'épithélium le mettant hors de la portée directe des antiseptiques, force est d'agir indirectement, c'est-à-dire en favorisant, en exaspérant la diapédèse, qui est le mécanisme physiologique de la guérison.

“ Quelle que soit la méthode à laquelle on a recours, il faut toujours assurer l'asepsie du méat et du gland. On évitera de la sorte les inoculations continues. On fera donc des lavages avec des solutions antiseptiques légères (acide borique, à 4 0/0 ; bichlorure Hg. à 1/5000, etc.). On poudrera le prépuce avec de l'acide

borique mélangé au talc ou au sous nitrate de bismuth; enfin, on mettra devant le méat un peu de coton salicylé, qui servira de pansement et évitera au malade de souiller son linge de produits éminemment virulents.

“ Il existe des cas exceptionnels où l'on se trouve en présence d'individus, dont l'urèthre antérieur est seul pris, et seulement dans les couches épithéliales les plus superficielles. Ce sont, bien entendu, des sujets chez lesquels la blennorrhagie date de peu d'heures. On est alors parfaitement autorisé à tenter un traitement abortif, qui peut réussir et constituer alors un véritable triomphe. Il est évident qu'avant d'y recourir il faut avoir constaté la présence du gonocoque dans l'écoulement séro-purulent de la période du début. La reconnaissance du gonocoque dans le pus doit précéder toute tentative de traitement quelle qu'elle soit.

“ On s'est toujours préoccupé de l'abortion de la blennorrhagie. A vrai dire, nos prédécesseurs nous ont laissé des notions pratiques auxquelles nous n'avons guère ajouté. Depuis Debeney, c'est toujours le nitrate d'argent qui est l'agent efficace.”

Le traitement *abortif* par le nitrate d'argent peut être appliqué de la manière suivante, indiquée par M. Audry, de Toulouse :

La solution argentine est à 1/35. On fait faire une injection toutes les 7 heures, jusqu'à 3 injections, en recommandant au malade de garder le liquide (3 ou 4 c.c.m.), pendant cinq minutes, le gland et le méat immergés dans la solution. Tous les jours, on lave extérieurement le gland, le prépuce, le méat avec une solution antiseptique faible, mais chaude. En trois ou quatre jours, tout est terminé, écoulement et douleur.

Mais, en général, il ne faut pas trop compter sur le succès; pour se placer dans les meilleures conditions, il est nécessaire de choisir un cas où l'écoulement ne date que de 24 heures.

Si ce traitement a échoué, il faut se hâter d'instituer la méthode thérapeutique classique.

Dans le cas où l'urétrite blennorrhagique est *chronique* et date de longs mois, sans reprises d'accès aigus, la meilleure méthode à instituer est celle de Guyon, les instillations uréthrales.

Rappelons en quelques mots, d'après M. Boursier, la technique des instillations :

Instrumentation — L'appareil pour pratiquer ces instillations se compose : 1^o d'un explorateur en gomme flexible, à boule olivaire, creux dans toute sa longueur et percé au sommet de l'extrémité olivaire d'un petit orifice, admettant à peine une épingle. On se sert des nos. 18 à 22 pour les instillations dans l'urèthre antérieur, des nos. 12 à 14 pour les instillations dans l'urèthre postérieur ou dans la vessie;

2^o Une seringue du même modèle que celle de Pravaz pour les injections hypodermiques, mais d'une contenance de 2 à 4 grammes.

Manuel opératoire.—On amorce l'instillateur auquel on adapte solidement la seringue chargée de liquide et purgée d'air. Chaque demitour de piston fait écouler une goutte de la solution:

Dans l'urétrite antérieure localisée au cul de-sac du bulbe, on introduit la bougie jusqu'à ce qu'elle vienne buter contre la portion membraneuse de l'urètre, puis on la retire de 2 à 3 centimètres et on instille quatre à six gouttes de liquide. On laisse la boule en place pendant quelques minutes pour empêcher le liquide de s'échapper, et si l'on ne veut pas ensuite que ce liquide agisse sur toute l'étendue du canal, on l'aspire avec l'instillateur avant de retirer la bougie c'vaire.

Si l'on veut agir sur l'urètre postérieur, on laisse, avant l'instillation, une certaine quantité de liquide dans la vessie. Si l'instillation doit être faite sur le col et la muqueuse de la vessie, on fait uriner le malade. On introduit la bougie, on franchit le sphincter membraneux et on injecte dans l'urètre postérieur la quantité de gouttes nécessaires qui refluent jusque dans la vessie. On retire ensuite la boule: le liquide est retenu par le sphincter membraneux.

La douleur qui résulte des instillations peut être très vive, surtout lorsque celles-ci sont faites dans l'urètre postérieur, mais elle disparaît pour ne plus se manifester après quelques instillations.

Généralement on a recours à des instillations de nitrate d'argent à 1/50 (4 à 5 gouttes), répétées tous les deux jours. Après la première instillation, l'écoulement devient plus abondant: mais le plus souvent, quand il s'agit seulement d'urétrite antérieure, il y a disparition complète de l'écoulement après la quatrième ou cinquième instillation.

L'urétrite postérieure a plus de tendance à devenir chronique, et s'accompagne souvent d'inflammation du col de la vessie. On emploie les instillations de nitrate d'argent à 1/50; tous les deux jours on instille 15 à 20 gouttes de cette solution.

Après 12 ou 15 instillations, l'urétrite postérieure est guérie. Si elle persiste, il faut cesser les instillations pendant deux à trois semaines, puis recommencer une nouvelle série. La persistance et même l'aggravation de l'inflammation surviennent à la suite des instillations dans les *urétrites d'origine tuberculeuse*, dans les *urétrites tuberculeuses*; aussi les instillations argentiques sont *absolument contre-indiquées* dans ces affections.

On se sert aussi du sulfate de cuivre à 1/20, et du sublimé.

La dose maniable pour le sublimé s'étend de 1 pour 5,000 à 1 pour 1,000: chez un malade on peut aller jusqu'à 1 pour .850. La solution doit être sans alcool et le véhicule de choix est l'eau bouillie.

La méthode des instillations est une méthode toute locale qui ne nécessite aucun régime particulier, sauf le cas où le tempérament du sujet est lymphatique ou scrofulo-tuberculeux.

La question du terrain est, en effet, capitale dans le traitement de la blennorrhagie.

Les lymphatiques et scrofuleux sont plus aptes à contracter la maladie que les autres, et, de plus, ils ne peuvent en être débarrassés que fort difficilement. De plus, s'ils ont des complications, ces complications sont très souvent tuberculeuses (arthrites, orchites, cystites, prostatites).

A ces malades, il faut donner des toniques: du quinquina, de l'arsénic (arséniat de soude), de l'huile de foie de morue, de l'iode (iodures, teinture d'iode, solution iodo-iodurée).

Nous ne saurions terminer ce rapide aperçu des méthodes de traitement antiblennorrhagique sans parler de celle qui paraît avoir donné les meilleurs résultats et qui semble appelée à se généraliser à presque tous les cas. Cette méthode est celle de JANET, que M. Reverdin a adoptée en la modifiant un peu. C'est le *permanganate de potasse* qui constitue le médicament de la méthode de Janet. Employé de cette manière, le permanganate de potasse est réellement le spécifique de la blennorrhagie et, toutes les fois que cela sera possible, c'est évidemment à lui qu'on recourra.

La raison de son efficacité est fournie par ce fait que la méthode remplit parfaitement toutes les conditions exigées: antisepsie; contact prolongé avec la totalité du canal urétral; exaspération de la diapédèse. Elle est d'une application très simple qui la met à la portée de tous; elle ne nécessite à peu près pas d'instruments; elle réclame seulement un peu de tact et de patience de la part du médecin, une assiduité absolue et un peu de courage de la part du malade.

“ La méthode de Janet consiste à faire passer à travers l'urèthre et jusque dans la vessie une quantité considérable d'une solution de permanganate de potasse d'un titre variable. Il suffit, pour la mettre en pratique, d'avoir un récipient en verre gradué de la contenance de 2 litres, muni à son extrémité inférieure d'une tubulure à laquelle on adapte un tube de caoutchouc, long de 2 mètres environ, qui présente sur son parcours un robinet.

“ A l'extrémité libre du tube, on adapte des canules en verre à extrémité mousse d'un calibre assez petit pour pénétrer dans l'urèthre à 0,01 cm de profondeur. Le récipient doit pouvoir être accroché à des hauteurs différentes: en effet, c'est par la seule pression que le liquide doit pénétrer dans la vessie, en forçant le sphincter urétral. Or, si une pression moyenne de 0m80 est d'ordinaire plus que suffisante, il en faut parfois de beaucoup plus considérables.

“ On fait pisser le malade, puis, avec la solution, tiédie autant que possible, on commence par laver le prépuce, le méat, l'urèthre antérieur à méat ouvert. Enfin, on ferme le méat sur la canule et on distend l'urèthre antérieur par saccades en interrompant

de temps en temps le courant, et on attend en surveillant la descente du liquide dans le récipient. Au bout d'un temps qui varie, suivant les sujets, de quelques secondes à quatre ou cinq minutes, la colonne passe et le liquide pénètre jusque dans la vessie. C'est un excellent artifice que de conseiller au malade de faire des efforts d'urination pour favoriser le relâchement musculaire. Chez quelques malades, on ne peut pas arriver à passer pendant la première séance, quels que soient le temps et la pression employés; on y arrive toujours à la deuxième ou troisième tentative. Il faut, autant que possible, faire les lavages au malade couché.

“ On laisse entrer le liquide dans la vessie jusqu'à ce que le patient accuse le besoin d'uriner. On arrête le lavage; on fait pisser le malade en lui apprenant à fermer de temps en temps le méat, de telle sorte que le liquide, brusquement arrêté dans son expulsion, dilate l'urètre, et, en particulier, son segment, postérieur d'arrière en avant et achève de pénétrer au contact de tous les points. En général, la quantité de liquide injectée ne dépasse pas 200 grammes. On refait un second lavage semblable: on lave le méat et on le couvre d'une lame de coton.

“ Quelles solutions doit-on employer? Leur titre varie considérablement d'après la susceptibilité des sujets; la meilleure règle d'appréciation consiste à choisir, en tâtonnant, la solution apte à provoquer les phénomènes de réaction locale.

“ Chez quelques individus, des solutions à 1/5000 sont parfaitement suffisantes. En général, on peut débiter par la solution à 1/3000 et l'on augmente ou l'on diminue le titre, suivant le degré de sensibilité et l'intensité de la réaction.”

M. Reverdin emploie les solutions à 1/5000, à la température de 45 degrés.

Lorsqu'on a affaire à une blennorrhagie aiguë ou tout à fait récente, on fait deux injections en 24 heures.

En règle générale, il faut apporter une grande énergie à exiger qu'elles ne soient jamais séparées par un intervalle de plus de vingt-quatre heures. C'est un point sur lequel Janet a justement insisté: d'ordinaire six ou sept suffisent; d'autres cas ont nécessité des lavages pendant quinze, dix-huit, vingt jours consécutifs. Il faut les faire jusqu'à ce que les gonocoques aient disparu de l'écoulement matinal, et cela, pendant deux ou trois jours de suite. Il faut donc tenir le malade en observation avec soin, afin de faire aussitôt reprendre le traitement si les gonocoques reparaissent.

Du reste, l'examen de l'écoulement donne de très bons renseignements: il faut considérer comme probablement virulents tous les écoulements colorés en blanc ou en jaune. Au contraire, les exsudats séreux, même très abondants, ou rosés, sont d'un bon pronostic.

La réaction que provoque le permanganate, est la suivante:

Peu d'instants après le lavage, on note une congestion intense de l'organe qui est turgide. Les lèvres du méat présentent un œdème transparent, violacé, énorme. Quelquefois on note un peu de ténésme temporaire. Enfin, il se produit un abondant écoulement de sérosité claire qui tache le coton en brun. Parfois, cet écoulement est teinté d'un peu de sang. La miction est douloureuse. Au bout de quelques heures, tout est rentré dans l'ordre; il ne reste que l'écoulement et aussi de la douleur en urinant.

Au microscope, cet exsudat séreux contient des globules de pus, des globules rouges, des gonocoques, et surtout de nombreuses cellules épithéliales de toutes formes. Plus ces dernières sont abondantes et plus les leucocytes sont rares, plus le pronostic est satisfaisant.

LES CONTRE INDICATIONS de cette méthode sont, d'après M. Audry, *l'existence d'une cystite et l'existence de folliculites endouréthrales*. Les complications épидидymaires ne sont pas une contre-indication; on ne les voit, d'ailleurs, jamais se produire dans le cours du traitement.

Nous ferons remarquer que nous n'avons pas parlé à dessein des injections, qui nous paraissent le plus souvent nuisibles, parce que les malades ne savent pas les faire.

M. Guyon a vu des suppurations prostatiques et périprostatiques mortelles succéder à des injections mal faites. Pallard a décrit des cystites bactériennes tenaces, dues à une telle origine. C'est là une des meilleures raisons qui engagent à les faire avec des substances activement antiseptiques. On a employé le sulfate de zinc, le sulfate de fer, de cuivre, le sulfate de quinine (1 o/o), l'acide picrique (0,05 o/o), l'eau oxygénée, le sublimé (1/10000), l'iodeforme, le permanganate de potasse à 1/200, la résorcine à 1/100, l'alumol à 3/100, etc.—(A suivre).

Traitement opératoire des bourrelets hémorrhoidaires, par le Dr P. SENDLER, in *Centralblatt für Chirurgie*.—L'auteur est partisan du traitement opératoire préconisé par Lange, de New-York, et qui consiste dans l'extirpation sanglante des bourrelets hémorrhoidaires, avec suture consécutive de la muqueuse rectale saine à la peau extérieure. Voici la technique opératoire adoptée par M. P. Sandler :

On procède d'abord aux soins préparatoires que nécessite toute opération portant sur le rectum. Le patient, chloroformé, est placé dans la position dorso-lombaire. On attire les bourrelets au dehors. On incise la peau, on dissèque le tissu cellulaire lâche qui entoure les bourrelets, en se servant, suivant les circonstances, d'un instrument mousse ou d'un bistouri. Puis tout en ménageant autant que possible le sphincter anal, on incise la muqueuse saine, en suturant l'hémostase au fur et à mesure. Immédiatement après,

on soude la muqueuse rectale au tégument externe, moyennant une rangée de sutures bien serrées.

Quand les bourrelets sont très proçidents et tuméfiés, ou que les hémorroïdes ont déjà pris une extension considérable, il faut procéder avec beaucoup de mesure et suturer aussitôt après extirpation de chaque bourrelet. De la sorte, l'opération peut être terminée rapidement et sans grande perte de sang, même dans les cas graves et chez les sujets exsangues.

Une fois l'opération terminée, on introduit dans le rectum un drain enveloppé de gaze iodoformée, et on recouvre la plaie d'un pansement aseptique ou antiseptique. En soumettant le patient à un régime approprié et en lui administrant de l'opium, on peut supprimer les évacuations alvines pendant cinq ou six jours. Passé ce délai, on provoquera une selle aussi légère que possible. Au bout de huit jours environ, on peut enlever les fils à suture. Presque toujours on aura la satisfaction de constater que la réunion s'est faite par première intention. Tout au plus une étroite bande de muqueuse nécrosée s'est-elle détachée; incident sans importance, qui n'empêche pas les malades de quitter le lit et de pouvoir, au bout d'un nouveau délai de huit, reprendre des occupations pas très fatigantes. Pour les sujets opérés par M. Sandler, la durée moyenne du séjour à l'hôpital a été de quinze jours; durée maxima, quatre semaines.

Les opérés sont restés assez longtemps en observation pour que M. Sandler puisse affirmer que les fonctions du gros intestin, du sphincter, notamment, n'ont été en rien troublées dans la suite. L'opération n'a jamais entraîné de complications telles que péri-phlébites, phlegmons, thromboses, hémorrhagies secondaires, etc.

Un procédé nouveau et simple de stérilisation, par le Dr J. HOCHENEGG, in *Wiener Klin. Wochenschrift*.—Les chirurgiens se prononcent de plus en plus en faveur de l'asepsie substituée à l'antisepsie dans la pratique opératoire. On est aujourd'hui en possession de procédés de stérilisation parfaitement sûrs. Mais comment reconnaître que des pièces à pansement ont été réellement stérilisées?

Pour satisfaire à ce desideratum, M. Hochenegg se sert d'une matière colorante d'un jaune brun, qui a la propriété de passer au rouge vif quand on l'expose à une température de 100 degrés. On applique de cette matière colorante en certains endroits des pièces à stériliser. Si la stérilisation a eu lieu effectivement et dans des conditions satisfaisantes, les taches, de jaune qu'elles étaient, sont devenues rouges. Toute méprise est rendue impossible de la sorte.

Voici la formule de la matière colorante en question :

Rec. Solution d'acétate d'alumine (pharmacopée autrichienne, 7e édition).....	150 parties
Eau de fontaine	150 —
Alizarine en pâte (21 p. c.).....	5 —

M.—Agiter avant de s'en servir.

Avec ce mélange, on badigeonne sur une de leurs faces les pièces à stériliser.

Quand il s'agit de compresses, de linges d'un certain volume, de sarreaux, on inscrit dans un coin la date de la stérilisation avec la matière colorante. La couleur rouge de la date atteste que la stérilisation a eu lieu effectivement.

Le procédé en question est à la fois très simple, très pratique et peu coûteux. Aussi, M. Hochenegg espère-t-il que son emploi ne tardera pas à se généraliser.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la néphrite gravidique, par le docteur LANCEREAUX, médecin des hôpitaux.—La néphrite gravidique se rapproche naturellement des néphrites pyrétiques, tant à cause de la localisation spéciale de sa lésion aux épithéliums du rein, que de son mode de terminaison le plus habituel, qui est la guérison. C'est une affection relativement peu fréquente et toujours obscure, du moins au point de vue des circonstances étiologiques. Effectivement, si elle était le fait de la gestation, toutes les femmes grosses devraient en être atteintes, ce qui est loin d'avoir lieu, et comme il n'y en a qu'un petit nombre, il faut bien que des conditions particulières président à son développement.

Cette néphrite, qui atteint de préférence les primipares, survient ordinairement dans les derniers mois de la grossesse, surtout dans les grossesses gémellaires, et, dans quelques cas, il lui arrive de récidiver. Le jeune âge est celui où on l'observe en général, car, sur 25 observations personnelles, elle s'est rencontrée entre dix huit et trente ans. La constitution des malades, l'état de santé antérieure ne paraissent jouer aucun rôle important dans sa genèse.

La ressemblance de la néphrite gravidique avec les néphrites pyrétiques conduit à supposer que cette affection est subordonnée à une condition étiologique analogue et l'on peut se demander si elle n'est pas l'effet de l'excrétion par les reins de matières excrémentielles propres à la grossesse. C'est là, il est vrai, une hypothèse qui n'est pas démontrée et qui rend difficile l'explication des nombreux cas de grossesse sans albuminurie. D'ailleurs, il y a lieu de faire remarquer que des microbes ont été trouvés dans le sang des éclamptiques; Gerdès, dans un cas d'éclampsie puerpérale chez une primipare, a pu isoler un bacille qui se montra très virulent pour les souris et provoqua chez elles des convulsions cloniques et toniques, du coma et de l'abaissement de la température.

Le point de départ de cet agent, si on l'on croit, était l'utérus atteint d'endométrite avant la conception ; malheureusement, cette endométrite est suspecte et son existence n'est nullement prouvée. En France, Blanc et Hergott qui prétendent avoir également rencontré des microbes, soit dans le sang, soit dans l'urine des éclampsiques, tendent à attribuer à ces agents les crises d'éclampsie puerpérale. Doléris avoue que ses recherches, sur le même sujet, sont demeurées stériles, et il croit à la formation dans l'organisme d'une substance dont il ne peut préciser l'origine, mais qui est capable de produire des accidents convulsifs et de tuer. Cette manière de voir, il faut le reconnaître, a pour elle l'appui de l'anatomie pathologique, car en même temps que la lésion rénale, il existe pour ainsi dire toujours, dans l'éclampsie puerpérale, des lésions des cellules hépatiques, des ecchymoses disséminées sur les membranes séreuses, autant de désordres qui sont des indices d'une infection générale, dont la lésion rénale ne serait qu'un effet ; quant aux convulsions éclampsiques, je persiste à les faire dépendre de cette lésion, tout en reconnaissant qu'elles se voient particulièrement chez les personnes dont le système nerveux est excitable, et qu'elles sont provoquées par des irritations des nerfs sensitifs, du tractus génital principalement. En conséquence, s'il ne m'est pas possible de vous faire connaître la cause exacte de la néphrite gravidique, je puis au moins vous dire que cette néphrite est l'expression symptomatique d'une maladie générale, très vraisemblablement infectieuse, résultant d'un poison interne dont la nature resterait à déterminer. Je ne vous parle pas ici de la prétendue action exercée sur les veines rénales par l'utérus gravide, pas plus que du rôle qu'on a voulu faire jouer à cet organe, dans la genèse de la néphrite gravidique, car cette théorie mécanique, à mon sens, ne repose sur rien de fondé.

C'est rarement avant le cinquième mois de la grossesse que survient la néphrite gravidique dont le début, le plus souvent silencieux, à part un léger état fébrile non constant, est presque toujours méconnu. Le phénomène qui, d'ordinaire, attire l'attention, en pareil cas, est un œdème, facilement distinct de l'œdème mécanique de la grossesse. Effectivement, tandis que celui-ci reste limité aux jambes, les parties génitales, la face et même les membres supérieurs. Ainsi, il est indiqué de pratiquer l'examen des urines, toutes les fois qu'il existe de l'œdème, et même en l'absence de ce symptôme, lorsque chez une femme, en état de gestation, les téguments viennent à se décolorer et à s'anémier. L'anémie est, dans la circonstance, un phénomène, qui ne doit pas être négligé ; quant à l'état de la fonction urinaire, il mérite un examen des plus sérieux.

Les urines sont diminuées de quantité, sans qu'il y ait toujours de changement notable dans leur coloration ; leur poids spécifique est élevé, les réactifs ordinaires donnent lieu à un précipité abondant, floconneux, d'albumine. L'examen microscopique y relève

rarement la présence de globules sanguins, plus souvent celle de cylindres fibrineux hyalins et de cellules épithéliales graisseuses. Les malades se sentent fatiguées, courbaturées; elles se trouvent affaiblies, mangent peu, ont parfois du dégoût pour certains aliments et, souvent, elles se plaignent d'essoufflements dans la marche et accusent de l'insomnie la nuit.

Ce sont là les phénomènes observés pendant la première période de la néphrite gravidique, ceux qui appartiennent aux cas connus, car parfois l'œdème faisant défaut, les urines ne sont pas examinées et l'affection rénale passe inaperçue. Ces phénomènes sont souvent suivis d'une amélioration et d'une guérison définitive; mais, quelquefois aussi, on voit des accidents plus sérieux leur succéder. Ces derniers, dont la nature n'est pas élucidée, ne laissent pourtant aucun doute; il est manifeste, si on tient compte de leurs caractères, qu'ils se rattachent à l'urémie, de telle sorte qu'une seconde phase de l'affection qui nous occupe serait la *phase urémique*.

Les accidents, très variables, propres à cette dernière période, se localisent au tube digestif et au système nerveux. Les troubles digestifs consistent en des vomissements verdâtres, peu abondants, qui suivent de très près l'ingestion de l'aliment, en une diarrhée blanchâtre, avec inappétence qui, dans quelque cas, en impose pour une diarrhée cholériforme. Les accidents nerveux revêtent des formes diverses: ils se manifestent, tout d'abord, par une dyspnée, une céphalée constrictive intense, phénomène qui, bien qu'isolé, ne doit pas moins inspirer des inquiétudes et faire redouter une manifestation beaucoup plus sérieuse et relativement commune, je veux parler de l'attaque d'éclampsie urémique, caractérisée par des convulsions épileptiformes de tout le corps, prédominantes parfois dans un seul côté, cédant momentanément pour reparaitre au bout de quelque temps, puisqu'on a pu compter 20 et 30 attaques successivement finissant par épuiser le système nerveux et par trancher l'existence.

Ces crises convulsives, si redoutées des accoucheurs sont, en général, suivies de coma, et, lorsqu'elles surviennent au moment de l'accouchement, la femme court de réels dangers. Harassée de fatigue elle n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Deux fois, nous n'avons pu observer, dans ces conditions, une *hémiplegie flasque* de toute une moitié du corps, à part la face, avec conservation de la sensibilité et la cessation de ces phénomènes au bout de quelques jours. Un délire, qui a de grandes analogies avec le délire urémique, des vomissements bilieux, se voient encore dans les mêmes circonstances, et, par conséquent, les différentes formes de l'urémie cérébro-spinale se rencontrent dans la néphrite gravidique. S'il en est ainsi, la lésion du rein est bien la cause principale de ces accidents, contrairement à l'opinion émise récemment par certains auteurs, qui tendent à les attribuer directement à l'infection générale.

Ces divers accidents se manifestent, tantôt pendant le cours de la grossesse, tantôt au moment de l'accouchement, ou immédiatement après. Dans l'un et l'autre cas, ils mettent en danger l'existence de la mère et du fœtus, si un traitement approprié et énergique n'est dirigé contre eux. L'avortement est un accident commun, à leur suite, et la mortalité des enfants nés dans ces conditions a été évaluée, par Scanzoni, à 44 p. 100; celle de la mère est un peu moindre, car, si on s'en rapporte aux calculs de Rosenst-in, elle ne serait que de 30 p. c.

Les phénomènes de la néphrite gravidique, semblables en cela à ceux de toutes les affections rénales, évoluent en deux temps, présentent deux phases distinctes: l'une, assez peu accusée dans quelques cas pour passer inaperçue, se manifeste par l'abaissement du taux des urines, une albuminurie abondante et un œdème rarement en défaut; l'autre se traduit par les phénomènes habituels de l'urémie, avec prédominance des crises éclamptiques. L'affection, dans un certain nombre de cas, se limite à la première de ces phases; l'accouchement a lieu sans autre accident, et la fonction urinaire se rétablit peu de temps après. Le plus souvent, peut-être, elle franchit cette première étape, il survient des troubles gastro-intestinaux et cérébraux et tout particulièrement des crises éclamptiques, qui mettent simultanément en danger l'existence de la mère et celle de l'enfant. Toutefois, ces accidents, malgré leur gravité, n'emportent pas toujours la malade, dans lequel cas la guérison de la néphrite est, pour ainsi dire, certaine. Elle se produit, en général, quelques semaines après l'accouchement; la cessation de l'albuminurie en est le signe le plus sûr.

La mort est le fait habituel des attaques éclamptiques, elle survient au cours de ces attaques ou dans le coma qui leur succède. Elle est tantôt rapide ou subite, vraisemblablement due à une syncope, tantôt plus lente, amenée par l'épuisement nerveux.

Les lésions anatomiques constatées, dans ces conditions, ont les reins pour foyer principal, mais non unique, car d'autres organes sont généralement atteints. L'altération des reins, toujours symétrique, se distingue par l'augmentation de volume, la consistance molle, la teinte jaunâtre et la décoloration de la substance médullaire violacée. Sur des coupes fines de ces organes, il est facile de constater, au microscope, une tuméfaction trouble qui aboutit à la transformation graisseuse des épithéliums des *tubuli contorti* et de la capsule de Bowman. Ces éléments, tuméfiés et granuleux, renferment en outre, dans quelques cas, de petites sphères transparentes (Mayor), pouvant contribuer à la formation des cylindres hyalins qui se trouvent dans les tubes et jusque dans les urines, en même temps que des cellules épithéliales desquamées en un certain nombre de leucocytes et d'hématies. Le tissu conjonctif et les vaisseaux ne sont pas affectés, si ce n'est sur certains points, où il existe un œdème et une infiltration de globules lymphoïdes. Ainsi,

l'altération propre à la néphrite gravidique ne diffère pas sensiblement de celle des affections épithéliales des reins, du moins, si on en juge par sa localisation aux épithéliums sécrétoires, par la possibilité de la réparation de ces éléments et le retour de la fonction physiologique, autrement dit, par la guérison avec réparation *ad integrum*.

Les organes simultanément affectés sont le foie, les poumons et même le cerveau. Dans la plupart des cas d'éclampsie puerpérale, attentivement examinés au point de vue anatomique et histologique, la glande hépatique présente des foyers multiples de nécrose anémique, sur lesquels les Dr Piliot a insisté tout récemment. Dans certains cas même, il m'est arrivé de constater, avec de Pictère, l'existence des lésions de l'atrophie jaune aiguë du foie, à l'exception de la diminution du volume de l'organe. Le cœur est aussi le siège d'hémorragies superficielles, liés à des thromboses de petits vaisseaux, et à un certain degré de dégénérescence plus ou moins avancée du myocarde. Le cerveau et les méninges présentent des ecchymoses, ou même de petites hémorragies visibles à l'œil nu; les poumons sont le siège d'embolies graisseuses et parsemées de taches ecchymotiques superficielles.

Ces désordres multiples indiquent suffisamment que la néphrite gravidique n'est pas une lésion primitivement locale, mais plutôt l'effet d'une infection générale, et en cela elle se rapproche encore des néphrites pyrétiques. Toutefois, en dehors de la lésion rénale qui naît et se développe au cours de la grossesse, il est des accidents puerpéraux qui s'accompagnent parfois d'une néphrite infectieuse. Puis enfin, comme je l'ai vu à plusieurs reprises, une femme albuminurique avant la grossesse continue de l'être dans le cours de cet état et les accidents d'urémie qu'elle présente revêtent alors des caractères assez semblables à ceux de la néphrite gravidique, de sorte que le diagnostic différentiel de ces affections diverses n'est pas toujours facile.

Une albuminurie abondante et une anasarque considérable apparaissant dans la seconde moitié de la grossesse, de préférence chez des primipares, sont autant de signes d'une grande valeur pour le diagnostic de la néphrite gravidique; l'absence d'aggravation de ces phénomènes parallèlement au progrès de la grossesse et leur rapide décroissance après l'accouchement sont d'autres signes non moins importants. Enfin la diminution de la quantité du liquide urinaire, la présence, dans ce liquide, de cylindres hyalins, de cellules lymphoïdes, de globules rouges ou même de cylindres granuleux et de gouttelettes graisseuses isolées, viennent lever les doutes qui pourraient encore rester.

La néphrite gravidique se distingue facilement des néphrites antérieures à la grossesse qui sont, en général, accompagnées de polyurie et se continuent longtemps après l'accouchement, et aussi de la néphrite postérieure à l'accouchement et liée à une infection

puerpérale. A une période avancée, il sera quelquefois difficile de distinguer la néphrite gravidique d'une néphrite à *frigore*, survenue au cours de la grossesse. Vous avez pu voir, au No 14 de notre salle Sainte Martine, une jeune femme de 23 ans qui, lors de son entrée, présentait une albuminurie abondante, une anasarque considérable, rapidement combattue par la teinture de cantharides; or, cette femme fait remonter son affection à une grossesse, terminée il y a trois mois par un accouchement normal, et l'on pourrait croire qu'il s'agit là d'une néphrite gravidique; cependant, il m'est d'avis que cette affection rénale, vu ses caractères et son évolution, à une autre origine, et doit être considérée comme une néphrite dite *a frigore*, survenue à la suite ou dans le cours de la grossesse.

La néphrite gravidique est une affection sérieuse, non pas tant par les désordres qu'elle engendre du côté des reins, puisque, la plupart du temps, ces désordres disparaissent entièrement, que par les conditions particulières dans lesquelles elle survient et surtout par les graves accidents qui en sont la conséquence, tant pour la mère que pour l'enfant. Ce dernier, vivant du sang de la mère, subit comme elle l'action des toxines qu'il renferme, au point que chez un enfant mort-né, à sept mois, d'une mère albuminurique, j'ai trouvé des reins volumineux, décolorés et manifestement altérés. La mort n'est pas moins, pour le produit de la conception, le fait habituel des désordres éprouvés par la mère. Les convulsions éclamptiques sont, à cet égard, les accidents les plus redoutables, car elles provoquent fréquemment la mort du fœtus ou du nouveau né, sinon celle de la mère; vient ensuite le délire, comme les convulsions, presque toujours suivi de coma. Quant aux vomissements et à la diarrhée, ce sont des phénomènes beaucoup moins sérieux et même souvent utiles, puisqu'ils favorisent l'élimination des matières excrémentielles qui dont naissance aux désordres nerveux. Ces accidents, toutes choses égales d'ailleurs, seraient d'après Schauta plus graves pour les mères multipares et pour leurs enfants que pour les primipares, et la mortalité se montrerait plus considérable dans les accouchements terminés artificiellement que dans les accouchements naturels. Ainsi, d'une part, la terminaison de l'accouchement n'améliorerait pas la situation de l'accouchée atteinte d'éclampsie; et d'autre part, toute intervention ou opération aggraverait le pronostic. Je vous ferai observer que les auteurs ne sont pas tous d'accord sur ce dernier point, et qu'un assez grand nombre conseillent de terminer l'accouchement dès que le col est dilaté ou dilatable; quelques-uns même n'hésitent pas à pratiquer des incisions du col.

L'indication thérapeutique résulte de la connaissance du siège du désordre anatomique et de l'évolution de l'affection. Or, nous savons que l'épi hélium sécréteur du rein est altéré, et que cette altération, d'une façon générale, cède au bout de quelques semaines

après l'accouchement. Dans ces conditions, le devoir du praticien est, avant tout, de chercher à éviter la mort, puisque la guérison spontanée se trouve en quelque sorte assurée, et, pour cela, il doit s'appliquer à combattre sérieusement tous les accidents urémiques qui peuvent se présenter, et principalement les convulsions éclamptiques.

Dans ces conditions, le rôle du médecin qui soigne une femme atteinte de néphrite gravidique, parvenue au cinquième ou au sixième mois de la grossesse, est de soumettre la femme au régime exclusif du lait cru, de façon à la faire uriner et à éviter, dans la mesure du possible, une intoxication par l'alimentation; puis il surveillera attentivement la fonction urinaire, et si, malgré le régime, la quantité des urines reste faible, il cherchera, par des moyens appropriés, à provoquer la diurèse; sinon, il n'hésitera pas à prescrire un ou plusieurs purgatifs, de façon à éviter les accidents de l'urémie, et, lorsque ces accidents se produiront, il devra leur opposer une médication immédiate et énergique. Les troubles gastro-intestinaux seront modérés, plutôt que directement combattus, dans la crainte de voir des accidents nerveux survenir à leur suite. En pareil cas, l'emploi des narcotiques doit être pros- crit; par contre, je me suis fort bien trouvé de l'admini-stration d'un vomitif chez les femmes albuminuriques qui ont des vomissements abondants et quelquefois aussi, de l'emploi des diurétiques, lorsqu'il existe de l'insomnie, de la courbature, de la céphalée, phénomènes précurseurs du délire et des convulsions éclamptiques. L'indication est enfin aux purgatifs énergiques et aux diurétiques dès que la sécrétion urinaire vient à diminuer; si les accidents sont redoutables, il importe de joindre à cette médication une ou plusieurs saignées et l'emploi du chloral à haute dose.

Chez une jeune femme primipare, prise tout à coup de crampes éclamptiques, au sixième mois de la grossesse, je prescrivis immédiatement des lavements de chloral et, dès le lendemain, un lavement purgatif, puis le régime exclusif du lait cru. Au moment de l'accouchement, qui eut lieu vingt jours avant terme, un purgatif fut ordonné, non pas seulement pour débarrasser l'intestin des fèces qu'il renfermait mais pour éliminer les matières excrémentielles contenues dans le sang et éviter les accidents éclamptiques, au cours de cette opération. Celle-ci fut normale. A la suite, le chloral fut continué pendant quelques jours et le régime lacté exclusif jusqu'à cessation complète de l'albuminurie. La guérison était complète et définitive quatre semaines plus tard.

Les purgatifs et le chloral répondent à deux indications différentes: le premier débarrasse le sang des matières excrémentielles; qui élèvent le pouvoir excito-moteur de la moelle ou du mésocéphale; le second, en diminuant l'excitation réflexe, prévient ou modère la crise éclamptique généralement provoquée par l'accouchement au cours de la grossesse. On injecte dans le rectum

à sa partie supérieure, au moyen d'une sonde et d'une seringue ordinaire, un lavement de 4 à 5 grammes, et l'on répète cette opération à une dose moindre, de façon à maintenir la femme dans une résolution complète. Le chlorforme, à ce moment surtout, peut être d'une grande utilité, à cause de la facilité de son administration et de la rapidité de son action. Quant à la saignée, elle a un avantage réel lorsqu'il existe du coma et des signes de congestion pulmonaire, de telle sorte que chacun des moyens en question trouve ici son indication, et ne doit jamais constituer une médication exclusive. Quand à la modification apportée à la lésion histologique, il existe peu de moyens de la combattre, en dehors du régime lacté; mais d'ailleurs, il n'y a pas lieu de s'en préoccuper, puisque la guérison est pour ainsi dire assurée, si on parvient à vaincre les accidents d'insuffisance urinaire. S'il en était autrement, il faudrait recourir à l'emploi de la teinture de cantharides, à la dose de quelques gouttes; je vous ai déjà parlé plus longuement de cette médication quand nous nous sommes occupés de la néphrite épithéliale primitive.

Fièvre gonorrhéique chez les accouchées n'ayant pas subi le toucher vaginal, par le docteur LEOPOLD.—Depuis longtemps l'auteur a attiré l'attention des accoucheurs sur ce fait que les femmes accouchées qui n'ont pas subi le toucher vaginal ne présentent presque jamais de fièvre post partum. Cependant des observations rigoureuses poursuivies pendant sept ans lui permirent de constater que même les femmes qui ont échappé au toucher vaginal présentant la fièvre post-puerpérale dans la proportion de 1 à 2 p. c. des cas. Or, dans la plupart de ces cas on a pu éliminer toute autre cause d'infection, sauf la gonorrhée. Lorsque la gonorrhée a été constatée, elle a pu être confirmée par l'examen microscopique de la sécrétion du col. La fièvre gonorrhéique a persisté dans le dernier cas, soigneusement décrit, tant que le col et l'utérus n'ont pas été désinfectés au sublimé. Il est à remarquer que la gonorrhée n'est pas toujours manifeste avant les couches et que son premier signe peut être la fièvre post-puerpérale. Celle-ci apparaît souvent seulement au bout de trois jours après l'accouchement.

—Honnêtement exercée, la médecine ne satisfait que le médecin. Et encore.....

—La médecine est une science des plus attrayantes, un art plus que difficile, mais ce n'est pas un métier; — équivoquez.

—Dans la vie, comme au carrefour des écrasés, il faut se hâter vers le refuge. C'est le conseil que le médecin a le plus fréquemment à donner. Que ne peut-il le suivre lui-même.

DERMATOLOGIE.

Le vitiligo.—On décrit sous le nom de vitiligo une affection de la peau caractérisée par la destruction du pigment des territoires cutanés qui se décolorent et par l'accumulation du pigment dans les territoires voisins qui prennent alors une coloration brunâtre. Ces deux caractères de pigmentation et exagération de la pigment existant simultanément sont absolument caractéristique du vitiligo. Les plaques achromiques ont des bords nets, tranchés et ressortent nettement par suite de l'exagération pigmentaire qui constitue en quelque sorte le fond sur lequel se trouvent ces taches blanches. Celles-ci ont des formes variables, ovalaires, circulaires ou plus ou moins irrégulières par suite de leur fusion entre elles. On voit ainsi des taches plus grandes à bords polycycliques. Les dimensions des taches simples varient de la largeur d'une pièce de 50 centimes à celles d'une pièce de 2 francs. Mais par suite de la confluence des taches, il peut y avoir des étendues considérables de pigmentées. La coloration des plaques achromiques est blanche, d'un blanc d'ivoire. Les parties hyperpigmentées ne représentent pas, à proprement parler, de véritables taches. La pigmentation est diffuse, très intense autour des taches blanches qui ont par suite du contraste un bord bien arrêté, mais diffuse dans le reste de leur étendue et se perdant insensiblement dans la peau saine. La couleur des zones hyperchromiques rappelle celle du café au lait et varie du brun clair au brun foncé. La peau, qui est le siège du vitiligo, ne présente pas d'autre altération apparente, elle est lisse mais non déformée ni atrophiée. La sécrétion de la sueur reste normale sur toute l'étendue des parties atteintes. La sensibilité est presque toujours normale, cependant le Dr Thibierge a constaté dans un certain nombre de cas une diminution de la sensibilité au niveau des plaques. Mais cette anesthésie, dit-il, est très inégalement et très irrégulièrement répartie et n'a aucun rapport constant soit avec les plaques achromiques, soit avec les zones hyperchromiques.

Lorsqu'une région recouverte de poils est atteinte de vitiligo, les éléments pileux sont généralement le siège d'altérations variables. Les poils peuvent tomber en totalité ou en partie au niveau des plaques décolorées, ce qui donne à la lésion un aspect offrant beaucoup d'analogie avec la pelade et rend le diagnostic fort difficile. Dans d'autres circonstances les poils ou les cheveux ne tombent pas mais se décolorent et deviennent blancs au niveau des parties décolorées.

Un des caractères curieux de vitiligo et qui peut jeter un jour sur la nature de cette affection est la disposition symétrique fréquentes des zones décolorées; cependant cette symétrie n'est pas absolument parfaite mais suffisante pour attirer l'attention.

Le siège du vitiligo est assez particulier à noter. Trois régions sont plus spécialement atteintes par cette affection: ce sont le cou et les parties voisines de la face, les téguments des organes génitaux et la région dorsale des mains. Si le vitiligo est très étendu, le début se fait d'abord par les régions indiquées pour se généraliser ensuite. Sur les mains, le vitiligo très étendu décolore la face palmaire, tandis que la face dorsale se pigmente outre mesure sauf en les points achromiques. Mais ce sont surtout les organes génitaux qui sont envahis les premiers; la dy-chromie se répand de là à tout le reste du corps. La décoloration des plaques est d'autant plus frappante que la peau de ces régions est normalement très fortement pigmentée et que les plaques hyperchromiques sont alors très apparentes. L'anomalie pigmentaire que nous venons de décrire avec les lésions accessoires qui l'accompagnent, constitue le seul symptôme de la maladie qui survient sans être annoncée d'aucune douleur, d'aucun malaise. Aussi cette affection n'est-elle découverte que par hasard par le patient, lorsqu'elle débute par les organes génitaux, et les malades ne s'en préoccuperaient pas si son siège sur les parties découvertes n'était pas une cause de désagrément.

Pour n'être pas accompagné de symptômes, le vitiligo n'en est pas moins une affection qui a une étiologie assez nette. On sait aujourd'hui que sa présence se rattache à l'existence de troubles nerveux. L'anatomie pathologique et la clinique ont montré la relation du vitiligo avec les affections nerveuses. Au point de vue anatomique, on a décrit une névrite parenchymateuse des filets nerveux qui se répandent dans les parties atteintes par la dy-chromie. Au point de vue clinique on sait que l'affection s'observe dans un grand nombre de maladies du système nerveux central ou périphérique. Le vitiligo peut ainsi être associé aux névrites périphériques, aux lésions traumatiques des nerfs, aux névralgies; il peut l'être aux affections médullaires et notamment au tabes. On le rencontre encore dans les affections mentales, dans les maladies du système nerveux qui se traduisent par des troubles trophiques, dans les névroses, dans le goître exophtalmique. Lorsque même à l'examen on ne constate pas de maladie nerveuse caractérisée, on peut être à peu près certain qu'on se trouve en présence de sujets nerveux. Cette relation du vitiligo avec les maladies nerveuses est assez constante pour que Leloir ait pu le caractériser comme une dermato-neurose révélatrice. Cet auteur a pu obtenir ainsi le vitiligo au début du tabes, dans la période préataxique de cette maladie, alors que l'absence du réflexe rotulien attire à peu près seul l'attention. Le vitiligo peut même exister depuis déjà

longtemps, lorsque les malades ne s'en préoccupant pas davantage ne se plaignent d'aucun trouble. Cependant si on les interroge avec quelque minutie, on apprend qu'il existe quelques douleurs fulgurantes, des troubles de la miction, on peut constater comme plus haut la diminution ou l'abolition des réflexes tendineux ou même certaines modifications papillaires. M. Thibierge a pensé que dans ce cas le vitiligo n'est pas sous la dépendance du tabes, mais d'un état névropathique qui est antérieur au tabes et qui peut en favoriser le développement.

Le diagnostic du vitiligo n'offre pas de difficulté bien grande en général. Cependant on peut être embarrassé sur la nature des lésions existantes dans certains cas. C'est ainsi que lorsque la dyschromie siège sur le cuir chevelu et l'accompagne d'alopecie, le diagnostic peut être très difficile. Le premier point dont il faut tenir compte et qu'il faut rechercher est l'existence simultanée d'autres plaques du vitiligo. Mais l'absence de cette affection dans d'autres points du corps ne prouve pas qu'on n'ait pas affaire au vitiligo. Si l'on se trouve en présence de ces plaques accompagnées d'alopecie, on recherchera d'abord s'il existe d'autres plaques analogues ayant un siège symétrique. On se rappellera que l'alopecie du vitiligo est très tenace, très persistante, qu'il faut un traitement énergique pour ramener la repousse des poils. En outre, la plaque présente toujours quelques poils disséminés, qui offrent une coloration blanche. Enfin on pourra encore rencontrer certaines plaques non décalvées et présentant des touffes blanches. Cette circonstance assurera l'exactitude du diagnostic. On pourrait confondre le vitiligo avec les taches pigmentaires de la lèpre nerveuse, mais dans cette affection on n'observe pas l'achromie par tache propre au vitiligo dont le dessin pigmentaire est toujours très caractéristique. Les autres troubles, ceux de la sensibilité et l'existence de tubercules lépreux achèveront de mettre sur la voie.

La syphilide pigmentaire pourrait rappeler le vitiligo par la coloration pigmentaire mais non pas sa distribution. La pigmentation due à la syphilis siège surtout au cou et se présente sous la forme d'un réseau circonscrivant des espaces de coloration normale.

Les éphélides, le chloasma, le masque des femmes enceintes et même le pityriasis versicolor se présentent avec des formes et une évidence de circonstances qui empêchent toute confusion.

Le vitiligo est une affection à la fois rebelle et de longue durée. Il peut néanmoins disparaître et s'amender spontanément ou sous l'influence du traitement.

Le traitement local n'est indiqué que s'il existe une alopecie plus ou moins prononcée, auquel cas on pourra obtenir quelque résultat au point de vue de la repousse des cheveux. Le traitement local se confond dans ce cas avec celui de la pelade et consiste à

faire usage de frictions et d'applications stimulantes. On emploie alors la teinture de cantharides et une solution à 2 ou 4 p. c. d'acide acétique cristallisé dans l'éther.

En dehors de cette circonstance, c'est le traitement général seul qui peut donner quelque résultat. Il doit s'adresser à l'état nerveux sous l'influence duquel s'est développé le vitiligo. Si les malades ne présentent aucune affection nerveuse bien caractérisée on emploiera les médicaments en usage dans le traitement des maladies nerveuses, notamment les bromures, la valériane, l'hydrothérapie et même l'électrisation. On ne négligera pas d'avoir recours à tout ce qui peut relever la nutrition, et notamment aux toniques. — Dr SAVIGNY, in *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

Le traitement de la gale à l'hôpital St-Louis.— Dans une de ses leçons, M. FOURNIER formulait naguère le traitement en usage à l'hôpital St-Louis contre la gale, traitement qui a fait ses preuves depuis de longues années, et qui est désignée vulgairement sous le nom de la frotte.

Ce traitement comporte trois opérations successives, que M. Fournier a décrit en ces termes :

“ En premier lieu, le malade se met complètement à nu et se frotte du cou aux pieds pendant une demi-heure avec du savon noir. Pendant une deuxième demi heure il se met dans un bain et continue ses frictions ; puis, une fois qu'il est sorti du bain, on lui étend sur le corps une couche de pommade sulfuro alcaline dite pommade d'Helmerich. Le patient se rhabille, reste ainsi englué pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le lendemain qu'il prend un bain. Naturellement on passe les vêtements à l'étuve à 110°, afin de les débarrasser des parasites qui pourraient s'y trouver.

“ La théorie du traitement est facile à exposer : les frictions et le bain ouvrent les terriers dans lesquels se tiennent les sarcoptes, la pommade les tue.

“ La frotte donne des résultats excellents. Sur 12,294 malades traités en 1890, c'est à peine si 3 ou 4 p. 100 n'ont pas été guéris dès la première fois qu'ils l'ont subie.”

Malheureusement, comme cette méthode est dure et rude, les éminents médecins de St Louis, Bazin, Hardy, Laillier, Vidal, Besnier, se sont successivement ingénies à la rendre plus rapide, moins douloureuse, tout en la conservant toujours économique, prompt et sûre.

M. Fournier formule ainsi la lotion, dite Bourguignon.

Glycérine.....	200 grammes.
Gomme adragante.....	5 —
Fleur de soufre.....	100 —
Sous-carbonate de potasse.....	35 —

Essence de menthe.....	} à 1 gr. 50
— de lavande	
— de canelle.	
— de girofle	

Dans les hôpitaux de Vienne, on donne la préférence au traitement lent qui exige l'hospitalisation du malade pendant trois à cinq jours pour les hommes et cinq à sept jours pour les femmes.

La pommade employée est la suivante :

Naphtol	15 grammes.
Savon noir.	20 —
Craie	10 —
Axonge.....	100 —

Tout bien considéré, nous conseillons à nos collègues et confrères de s'en tenir à la méthode française!—*Revue internationale de thérapeutique.*

FORMULAIRE.

Constipation chronique.—*Delafield.*

P.—Sulfate de strychnine.....	$\frac{1}{10}$ grain.
Poudre d'ipécac	$\frac{1}{4}$ “
Extrait de belladone	$\frac{1}{4}$ “
Extrait de coloquinte comp.....	$\frac{1}{4}$ “

M.—Pour une pilule. *Dose* : Une pilule à prendre d'abord quatre fois par jour, diminuant successivement à trois, puis à deux par jour, suivant l'effet produit.—*College and Clinical Record.*

Diarrhée chronique.

P.—Salicine	120 grains.
Sirop simple.....	q. s.

M.—Faire 20 pilules. *Dose* : Une pilule toutes les quatre heures.—*Nouveaux remèdes.*

Diarrhée tuberculeuse.—*Maragliano.*

P.—Phosphate de chaux.	150 grains.
Tannin.	15 à 30 grains.

M.—D viser en 6 cachets à prendre dans les 24 heures.—*Nouveaux remèdes.*

Acné menstruel.

P.—Soufre	60 grains.
Glycérine	1 once fl.
Eau de rose.....	q. s. pour faire 8 onces fl.

M.—Usage local, deux ou trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, DÉCEMBRE 1893.

BULLETIN.

Polypharmacie.

Un de nos amis de Silverton, Colorado, M. le docteur E. Rewley, nous communique les deux formules extraordinaires suivantes, toutes deux rédigées pour le même client, J. A. D. par le même médecin: J. Norton Pascoe.

Le tout est absolument *textuel*.

- R—Sodii salicyl ꝓiii.
 Ammon. mur. ꝓii.
 Pilocarpin. mur. gr. iss.
 Tr. aconit radiceis ꝓss.
 Liq. amm. acet. ꝓi.
 Syr. trifol. co. ꝓi.
 Tr. campb. co. ꝓi.
 Syr. ꝓii.
- M—Sig. ꝓi.
- R—Sodii salicyl. ꝓiii.
 Amm. mur. ꝓii.
 Pilocarpin mur. gr. iss.
 Tr. aconiti radiceis ꝓss.
 Amm. carb. gr. x.
 Aq. amm. min. L.
 Ol. limonis mx. iii.
 Ol. lavand.
 Ol. piment ââ m. quatuor partes.
 Spts vini rectific ꝓiii.
 Aq. dest ꝓiv.
 Ext. trifol. gr. lxiv.
 Ext. stillingie.

Ext. berberis aquifol.
 Ext. cascara amarg. gr. xxxvi.
 Ext. xanthoxyl. americ. gr. viii.
 Ext. arctii lappa. gr. xxxii.
 Pot. iodid gr. xvi.
 Pulv opii.
 Acid benzoic.
 Camph.
 Ol. anis ʒi gr. ii.
 Glycerin min. xx.
 Spt. vini rectific ad ʒi.
 Syr ʒii.

M—Liq : ʒi iv ʒl.

Il n'est pas douteux qu'après avoir pris cette étrange potion, le malade a dû être radicalement guéri de tous ses maux passés, présents et futurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

VIALET—Les centres cérébraux de la vision et l'appareil nerveux visuel intra-cérébral, par le Dr VIALET, ancien interne des hôpitaux de Paris. Ouvrage orné de 90 figures, dont 20 dans le texte et 70 en phototypie hors texte, avec une préface de M. le Dr DEJERINE.

Dans cet ouvrage, l'auteur s'est proposé de donner une vue d'ensemble complète de l'appareil nerveux de la vision. On y trouve non-seulement l'exposition claire et détaillée des travaux contemporains sur la question, mais encore le résultat de recherches personnelles poursuivies pendant plus d'un an dans le laboratoire de M. le Dr Déjerine, à Bicêtre.

L'extrait suivant, emprunté à la préface, résume exactement la matière de l'œuvre :

“ Cet ouvrage, qui représente une somme de labeur considérable, se distingue des monographies étrangères analogues en ce que, en dehors des recherches originales de l'auteur sur l'anatomie normale du lobe occipital et les dégénérescences secondaires des conducteurs visuels intra-cérébraux, il contient une étude d'ensemble de l'appareil nerveux de la vision, de la rétine à l'écorce cérébrale. A ces divers titres il s'adresse également aux ophtalmologistes et aux neuropathologistes, et sera consulté avec fruit par tous ceux qui s'intéressent aux progrès de l'anatomie du cerveau.”—(grand vol. in 8, 15 fr.—Félix Alcan éditeur.)

CHIPAULT—Études de chirurgie médullaire, Historique—Médecine opératoire—Traitement, par A. CHIPAULT.

L'auteur qui s'est, un des premiers en France, occupé de chirurgie médullaire, a basé cette étude d'ensemble sur une statistique détaillée de près de 500 cas et sur 60 interventions inédites. En outre, de nombreuses recherches anatomiques lui ont permis de décrire avec exactitude les diverses techniques opératoires. Ce travail vient à son heure, alors que la chirurgie médullaire est sortie des hésitations du début, à la veille du Congrès de Chirurgie pour lequel elle est mise à l'ordre du jour.

Des notes très documentées précisent l'état actuel des questions subsidiaires qui peuvent intéresser le chirurgien : Nature et évolution des scléroses médullaires, mode de réparation des plaies médullaires, pathogénie et curabilité des accidents médullaires du mal de Pott, traitements non rachidiens des affections de la moelle, etc. Ces notes rendent ce livre utile pour tous ceux qui veulent être au courant des questions d'un intérêt pratique.

Une première esquisse de ce travail a obtenu l'an dernier, à l'Académie de Médecine, le prix Laborie, décerné au travail ayant fait faire dans l'année le plus de progrès à la chirurgie. (1 vol. in-8° avec 66 figures et 2 planches hors texte en chromo-lithographie, 15 fr.—Félix Alcan éditeur.)

LEFERT—La pratique des maladies des enfants dans les hôpitaux de Paris, Aide-mémoire et formulaire, par le professeur Paul LEFERT, 1 vol. in 16 de 285 pages cartonné.....3 fr.

Ce volume fait partie du *Manuel du médecin praticien*.—J. B. Baillière et Fils, 19 rue Hautefeuille, à Paris.

The Physician's Visiting-List for 1894. 43^e année de publication, P. BLAKISTON, SON & Co., 1012 Walnut street, Philadelphie. Ce livret si bien connu et apprécié de la profession contient, en outre d'une masse de renseignements utiles et d'urgence, une nomenclature complète de tous les médicaments avec doses en poids anglais et métriques basée sur la pharmacopée des E.-U., qui vient d'être publiée. Le prix du *Visiting list* varie de \$1 à \$3, suivant qu'il est fait pour inscrire 25, 50, 75 ou 100 patients par jour ou par semaine. Couvert en cuir et doré sur tranche. Petit volume et poids léger. Multum in parvo.

Septième congrès de chirurgie, Paris, 1893.—Président : M. le professeur Lannelongue ; secrétaire général : M. S. Pozzi. Procès verbaux, mémoires et discussions, publiés sous la direction de M. le Dr Ricqué, secrétaire général adjoint ; octavo-royal, page 869, avec 38 figures dans le texte, 1853.

En vente chez Félix Alcan, éditeur, 108 Boulevard St-Germain, Paris.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec.

Programme de l'Examen préliminaire pour 1894.

Matières obligatoires.—LATIN.—*Commentaires* de César, les cinq premiers livres.—*Enéide* de Virgile, liv. I et II.—*Odes* d'Horace, liv. III. Le candidat devra aussi avoir une connaissance sérieuse de la grammaire latine.

FRANÇAIS.—On exigera des candidats dont le français est la langue maternelle, une connaissance critique du "*Bourgeois Gentilhomme*," et des trois premiers livres des fables de Lafontaine. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Quant aux candidats parlant l'anglais, ils devront traduire en anglais quelques passages de "*Télémaque*" et répondre à des questions de grammaire française. On exigera aussi la traduction française de quelques phrases anglaises.

ANGLAIS.—Les candidats parlant l'anglais devront posséder une connaissance critique de la pièce suivante de Shakespeare: "*Henri VIII*," y compris des questions de grammaire, d'étymologie et d'analyse.

Les candidats parlant le français traduiront quelques passages des huit premiers livres de la vie de Colomb (*Life of Columbus*), par Washington Irving. Ils devront aussi répondre à des questions de grammaire anglaise, et traduire en anglais quelques phrases de "*Télémaque*."

BELLES-LETTRES.—Principes de Belles-lettres et de Rhétorique; histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, du 17^e, du 18^e et du 19^e siècles en France et en Angleterre.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage, racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GEOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide et le sixième, ou la partie de la géométrie plane correspondant à ces livres dans Eysséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

Matières facultatives. (*Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes*).—GREC—Anabase de Xénophon, liv. I, II et III.—Iliade, livre I et IV, avec quelques questions de grammaire grecque.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Peck.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur toute la philosophie.

N. B.—Les candidats doivent donner un certificat de bonne conduite. Tout aspirant surpris à copier, à s'aider de notes ou de livres, ou à communiquer des renseignements quelconques à un autre candidat, sera immédiatement renvoyé de l'examen. De plus, à la fin de l'examen, chaque candidat devra faire devant un magistrat une déclaration solennelle affirmant qu'il n'a eu recours à aucun moyen frauduleux de nature à l'aider à subir son examen. Il devra en même temps établir son identité.

Ordre des matières, points assignés à chacune d'elles et proportion à conserver par les candidats.

PREMIER JOUR

Latin.....	de 9 à 11.....	200 points.....	100 à conserver.
Histoire.....	" 11 " 12.....	100 "	25 " "
Géographie.....	" 12 " 1.....	100 "	25 " "
Français.....	" 2½ " 4.....	150 "	112.5 " "
Anglais.....	" 4 " 5½.....	150 "	112.5 " "
Belles-Lettres.....	" 5½ " 6½.....	100 "	25 " "

SECOND JOUR

Géométrie.....	de 8½ à 10.....	100 points.....	25 à conserver.
Arithmétique.....	" 10 " 11½.....	100 "	50 " "
Algèbre.....	" 11½ " 1.....	100 "	25 " "
Matière facultative	" 2½ " 4.....	200 "	100 " "

Les candidats dont la langue maternelle est le français pourront être admis s'ils ne conservent que le quart des points affectés à l'anglais. Il en sera de même relativement au français pour les élèves dont la langue maternelle est l'anglais.

Les matières de l'examen sont distribuées en deux groupes, l'un des lettres (premier jour), et l'autre des sciences (deuxième jour). Les candidats devront conserver au moins la moitié des

points affectés à chaque groupe, sinon, ils seront obligés de reprendre le groupe sur lequel ils auront échoué. Le candidat qui, dans l'un quelconque des deux groupes, n'aura pas conservé dans une matière le minimum de points exigé, devra recommencer tout le groupe.

H. A. HOWE, LL. D.,	}	<i>Examineurs.</i>
J.C. K. LAFLAMME, S. T. D.,		
H. WALTERS, B. A.,		
PROF. C.-A. FFISTER.		

(Officiel)

A. G. BELLEAU.

Nécrologie.—ÉTRANGER—A Montpellier, M. le docteur MARIÉ-DAVY, médecin et météorologue, et qui par ses nombreux travaux, obtint trois doctorats : ès sciences physiques, ès sciences mathématiques et doctorat en médecine.

CANADA.—A St. Hyacinthe, jeudi, le 23 novembre, M. le docteur J. H. L. St. GERMAIN, représentant du district de St. Hyacinthe dans le Bureau Provincial de médecine.

VARIÉTÉS

Hygiène transatlantique : Repas américains.

La façon de manger vaut mieux que ce qu'on mange.

J'avais fait serment de ne point aborder le côté culinaire de la vie américaine. A la seule pensée de conter ses déboires gastriques ou de vanter les talents des Vatel français établis en Amérique, l'ombre du Maître, Brillat Savarin, se dressait devant moi : je savais que notre député-gourmet avait habité les Etats-Unis et séjourné plus de trois ans à New-York ! Mais je dois aux quelques chefs d'école française que j'ai eu l'occasion d'apprécier là bas l'éclatant témoignage de la reconnaissance d'un estomac parisien, qu'ils ont sauvé du naufrage à des reprises diverses. Je m'exécute, priant les lecteurs de pardonner à l'écrivain inexpérimenté une tentative aussi téméraire.

Un repas américain ! Quelle chose compliquée ! Que de variétés, que d'espèces, que de genres ! Vous pensez bien que, malgré la grande *Egalité Yankee*, les Américains se nourrissent de différentes façons. Ils ont pourtant un caractère commun : aucun d'eux ne sait manger. Avoir tout sous la main, à profusion, la matière première et le dollar,—le nerf de la cuisine, comme celui de la

guerre,—et n'en savoir rien tirer ! N'est-ce point là un crime ? Malheureusement, c'est l'artiste qui manque et cette plante-là n'est pas près de fleurir sur ce sol insensible aux jouissances raffinées.

Pour jeter sur cette délicate question une clarté plus grande, prenons un exemple. Nous sommes dans un hôtel de premier ordre, un de ces immenses caravansérails qui ont assez l'air de casernes. Il faut faire trois repas par jour : le *breakfast*, de 7 à 9 h. du matin ; le *lunch*, à 1 h. ; le *dinner*, de 6 à 7 h. La table d'hôte ne vous admet pas à d'autres heures et, si vous vous présentez, soit trop tôt, soit trop tard, vous trouvez invariablement porte close. Le maître-queux est un grand personnage ; il ne se dérange pas quand la *dining room* est fermée et ses nègres aux champs : il vous laisse en panne, l'estomac aux abois. J'en ai fait l'expérience.

Le *breakfast* et le *dinner* sont les deux repas de résistance, ceux au cours desquels l'Américain mange sérieusement. Le premier est notre déjeuner reporté de 11 h. ou midi à 7 h. du matin ; le *lunch* n'est qu'un goûter un peu mieux fourni.

Ah ! pour un estomac français, à ses débuts en Amérique, le *breakfast* n'est pas toujours facile à digérer. Au lever, ingurgiter des œufs, un bon *beefsteak* aux pommes, avec ou sans *oat-meal* ou du pain chaud, ce n'est pas précisément un travail aisé, avec le seul aide d'une eau toujours glacé. Beaucoup y restent réfractaires.

Les Américains se sont aperçus de bonne heure de ces difficultés ; mais ils les ont rapidement tournées, cette fois, —je le reconnais,—d'une façon très heureuse. Ils mangent des fruits, (fraises à la crème, framboises, mûres sauvages, poires, oranges, etc.), au début du repas, avant leur potage matinal, leur pâtée à l'avoine (*oat-meal*). Les fruits sont, croyez-moi, des apéritifs de premier choix ; vous pouvez en faire l'épreuve le jour où, forcé de partir de bonne heure en voyage et de vous restaurer avant de gagner la gare, vous vous escrimerez en vain contre un morceau de gigot trop cuit ou un morceau de bœuf trop dur. Une pomme, prise à propos, rendra plus facile l'accès d'un pharynx angoissé.

Au *lunch*, viandes froides de toutes sortes et ragôts avec sauces plus ou moins pharmaceutiques (il y a un certain mouton sauce menthe, que je vous recommande tout particulièrement !) ; puis l'inévitable *apple pie* (gâteaux de pommes) et la fastidieuse *french ice-cream* (glace à la française), qui trop souvent n'a l'air que d'un morceau de plâtre.

Le *dinner* est d'ordinaire plus réconfortant ; mais toujours au dessert les mêmes *apple pie* et *ice cream*. C'est à devenir de glace, ou tout au moins glacial, si un compagnon de voyage, au tempérament gai, n'est pas là pour faire diversion.

A chaque repas, on n'oublie que le vin, que le pain, que des couteaux qui coupent. Il faut souvent être très fort diplomate pour

obtenir un peu de pain français ou viennois ; on n'en trouve guère que dans les grands hôtels. Par contre, il y a du vin partout, français ou californien ; mais son prix est trop élevé et l'on s'en passe. Quant aux couteaux, il leur est défendu de se laisser aiguiser.

Même dans le meilleur monde, quand on mange à l'américaine, on ne vous donne qu'une assiette pour tout votre dîner. En revanche, on en inonde les alentours d'une quantité innombrable de petits plats remplis d'une foule de légumes variés. Tout cela est servi en même temps, y compris le dessert ; et le nègre ne se gêne pas pour placer, à côté du potage, le fromage et l'ice cream que vous n'ingurgitez que dans une heure.

Avec de tels procédés on va vite : le repas le mieux fourni est dévoré en dix minutes, si l'on y met quelque bonne volonté. C'est un point capital ; d'ailleurs l'Américain est fier d'être l'homme qui mange le plus vite du monde ! Il en résulte que tout est froid, que rien n'est à point, que la glace est fondue quand son tour est venu de franchir le Rubicon.

J'allais oublier le petit caré de beurre traditionnel, placé dans une minuscule soucoupe de porcelaine, à côté du verre d'eau glacée. À peine l'avez-vous dégusté que le nègre, sans mot dire, vous en glisse délicatement un second. Ceux qui en sont friands peuvent en abuser : tous les restaurants le donnent à discrétion. Il est vrai qu'il est toujours conservé à la glace et que dans les plus grandes chaleurs il est encore présentable là-bas.

Je m'arrête, de la salle à manger ne voulant pas aujourd'hui descendre à la cuisine ; mais si ce sujet intéresse mes lecteurs habituels, je reste à leur disposition pour continuer la série de ces souvenirs culinaires et gastronomiques.

MARCEL BEAUDOIN.

Mariage.

LAPOINTE—CHAPERON—A la Malbaie, le 12 Septembre dernier, Joseph A. LAPOINTE, Ecr., M.D., conduisait à l'autel Mademoiselle Lauretta Chaperon ; l'heureux couple est parti le même jour pour un voyage au Saguenay.

—Un homme d'esprit n'en a pas encore assez pour ne pas juger son médecin.

—Les médecins mathématiques n'ont qu'une foi médiocre à la médecine, parce qu'il entre toujours un peu de spéculation dans les sciences biologiques. Les esprits imaginatifs, qu'ils soient éclairés ou non, ont une tendance à y trop croire, lui prêtant, quelquefois à leur insu, un je ne sais quoi d'extra-naturel.

TABLE DES MATIERES.

- Abscès urinaire, pathologie et traitement, 88, 373.
 Abdomen, ses plaies et la temporisation, 574.
 Accouchement gémellaire, conduite à tenir, 42, 320, 582 : prématuré, la glycérine dans l', 319 ; ses complications et ses suites dans les cardiopathies, 258 ; rôle de la vessie pendant l', 341 ; prématuré artificiel, 431.
 Acné menstruel, traitement, 658.
 Albuminurie par excès d'acide urique ou par oxalurie, 198.
 Allaitement artificiel, 487.
 Alopecie séborrhéique, traitement, 266.
 Ambre, essence d', 511.
 Aménorrhée, traitement, 548.
 Anémie, traitement, 436 ; de la première enfance, pathogénie, diagnostic et traitement, 482.
 Anesthésiques en chirurgie, les, 405.
 Angine, sa gravité dans la scarlatine et son traitement, 141 ; de poitrine, danger et contre-indication de la morphine, 353 ; catarrhale aiguë et sub-aiguë, traitement, 209.
 Angines blanches, diagnostic et traitement, 34.
 Anthrax, traitement, 143.
 Antipyrine, accidents dus à l', 497.
 Antisepsie, interne, l', 105 ; dans la prophylaxie de la fièvre urétrale, 205 ; des plaies, 252, 309, 367.
 Antiseptiques, 300.
 Antispasme, 301.
 Appendicite, traitement médical de l', 193.
 Arthrite rhumatoïde, 498 ; traitement de l', 107.
 Asafoetida dans l'avortement habituel, 43.
 Ascite, ses rapports avec la gynécologie, 433.
 Asthme, traitement, 104, 159, 200, 216, 325, 410, 595.
 Auto-infection puerpérale post-puerpérale, 97.
 BENOIT, Dr Emmanuel P. — Les épidémies de fièvres éruptives chez les métis de St-Albert, 290. — Deux cas d'érysipèle, 561.
 Bibliographie — 50, 166, 278, 333, 390, 442, 606, 601.
 Blennorrhagie lacunaire et glandulaire, 65 ; traitement, 104 ; chez l'homme, traitement, 638.
 Bourse pharyngée, 123.
 BRENNAN, M. T. — Blennorrhagie lacunaire et glandulaire, 65.
 Brightisme, du, 359, 416.
 Bromoforme dans le traitement de la coqueluche, 191.
 Bromuration à hautes doses dans l'épilepsie, 354.
 Broncho-pneumonie, idées actuelles sur la, 134.
 Brûlures, traitement, 94.
 Bureau Provincial de médecine ; assemblées semi-annuelles, etc., 327, 384, 552, 596, 663.
 Calculs biliaires, 5.
 Calomel, son administration dans les diarrhées infectieuses, 79.
 Cancer utérin, traitement, 495.
 Catarrhe, gastro-intestinal, traitement, 216 ; du pharynx nasal, traitement, 498.
 Chancre mou, traitement, 314.
 Charlatania, 388.
 Charlatanisme dans la province de Québec ; illégalités de certains diplômés universitaires, 14.
 Chlorate de soude dans le cancer de l'estomac, 524.

- Chloroforme, moyens de remédier à la mort apparente par le, 462.
- Choléra, traitement, 245.
- Cholérine, la, 534.
- Chorée, de Sydenham, la mort dans la, 365 ; traitement de la, 382, 591.
- Cocainisme chronique, le, 622.
- Cœur, valeur séméiologique de l'intensité et du rythme des battements du, 565.
- Col, moyen mécanique pour hâter la dilatation du, 527.
- Colchique, son administration dans la goutte aiguë, 133.
- Colique hépatique, traitement, 324.
- Constipation, traitement, 381, 595, 658.
- Convulsions, note sur un symptôme méconnu des, 533 ; chez les enfants, traitement de l'attaque, 606.
- Coqueluche, guérison par le bromoforme, 191 ; traitement, 595.
- Course, comme vermifuge, la graine de, 332.
- Cure d'or et traitement de Keeley, 161, 217, 235, 275.
- Curettage utérin dans les suites de couches, 316.
- Dartres, traitement, 548.
- Décès, 56, 280, 391.
- Déchirures vagino-périnéales ; causes et mécanisme des, 119.
- Déontologie médicale, 366.
- Dermatologie, quelques nouveaux remèdes en, 101.
- Dermatite herpétiforme, 269.
- Dermoïde de la cornée, 13.
- Désinfection, telle qu'elle se pratique à Paris, 454 ; de l'intestin, 106.
- Diabète, traitement par le jambul, 459.
- Diabétides génitales chez l'homme, 100.
- Diabétiques, amputations chez les, 149 ; soif chez les, 271.
- Diarrhée, traitement, 216, 495 ; chronique, traitement ; 658 ; infantile, traitement, 589.
- Diathèse urique, traitement, 308.
- Digestion chez les enfants, processus normal de la, 594.
- Digitale, son emploi chez l'enfant, 132.
- Dilatation cardiaque, 83.
- Diphthérie, traitement, 48, 414, 436, 592.
- Dipsomanie, traitement, 383, 430.
- Diurétine, action de la, 509.
- Douleurs musculaires, traitement, 305.
- Drap mouillé, l'enveloppement prolongé dans le, 295.
- DUHAMEL, Dr A. M. — Bourse pharyngée, 123.—Contribution au traitement de l'épistaxis, 174.
- Dyspepsie, hyperchlorhydrique et son traitement, la, 195, 247 ; de la chlorose et son traitement, 246 ; motrice et son traitement, 364.
- Dyspnée, traitement de la, 605.
- Dysurie blennorrhagique, traitement, 495.
- Eau chaude, traitements à l', 576.
- Eclampsie puerpérale, traitement, 473.
- Eczéma, du scrotum, traitement, 325 ; séborrhéique, traitement, 548.
- Emphysème et tuberculose pulmonaire, 192.
- Endocardite infectieuse maligne, 465.
- Entorses, traitement, 421.
- Epilatoire, 519.
- Epistaxis, traitement, 174, 523.
- Ergot, quel rôle reste-t-il à l', 57.
- Erysipèle, traitement, 104, 463 ; deux cas d', 561 ; suppurations et, 635.
- Erythème scarlatiniforme pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, 268.
- Exalgine, bons effets de l', 511 ; dans la chorée, 591.
- Expertise médico-légale, 337.
- Faradisation des parois abdominales dans l'ascite, 510.
- Fibrômes, utérins, traitement, 176.
- Fièvre, puerpérale, prophylaxie et traitement, 280, 348, 449 ; typhoïde, traitée par le bain froid, 248 ; traitement par l'acide borique, 357, 568 ; des grands

- accès fébriles de la défervescence de la, 631; pré-tuberculeuse, 634; gonorrhéique chez les accouchées, 953; hystérique, 471.
- Fièvres intermittentes, traitement, 244; éruptives, leurs épidémies chez les métis de St-Albert, 290;
- Fissure anale, traitement, 325, 519.
- Flambage des plaies, 94.
- Forceps, ses dangers, 44.
- FOUCHER, Dr A. A.—Dermoïde de la cornée, 13.
- Gaïacol, administration du, 510.
- Gale, diagnostic et traitement, 543; son traitement à l'hôpital St-Louis, 657.
- Glycérine, dans la lithiase rénale. 131; action ocytocique de la, 496.
- Glycosurie, conduite à tenir dans les cas douteux de, 141.
- Goître exophtalmique, traitement, 87.
- Goutte, 498.
- Gynécologie pratique à Reims, 214, 262.
- Hématémèses hystériques, les, 513.
- Hémorragie, rétroplacentaire survenue pendant la grossesse, 225; post-partum, traitement, 43; utérine, chez les femmes âgées, 260; gastro-intestinale, chez le nouveau-né, 380.
- Hémorroïdes, traitement, 201, 548, 644.
- Hermaphrodisme apparent; ectopie testiculaire; castration double, 505.
- Herpès circiné, traitement, 436; Zoster, traitement, 272.
- Hoquet, traitement, 219, 413.
- Hydrastinine, ses indications, 245.
- Hydrothérapie par la méthode de Kneipp, 70.
- Hypersthénie gastrique, 626.
- Ichthyol, dans l'érysipèle, 411.
- Incontinence d'urine chez les enfants, traitement, 588.
- Incubation et contagiosité des maladies infectieuses, 470.
- Infection et éclampsie, 432.
- Injections, médicamenteuses hypodermiques, 128, 183, 237; intra-utérines dans l'infection puerpérale, 169.
- Insomnie, traitement, 305; des alcooliques, traitement, 325.
- Intertrigo, traitement, 495.
- Jambul, dans le diabète, 450.
- JOHNSTON, Dr W.—Les verdicts de la cour du coroner du district de Montréal, pour le premier semestre de 1893, au point de vue médical, 393.
- LABERGE, Dr J. E.—La désinfection telle qu'elle se pratique à Paris, 464.—Des pyonéphroses pendant la grossesse, 617.
- Lab-ferment dans le suc gastrique des nourrissons, le, 593.
- LAFORÉST, Dr G. L.—Opérations sur le traitement des fibromes utérins, 176.
- Lait, chez les cardiaques, 77; stérilisé, dans l'alimentation infantile, 378.
- LAJOIE, Dr Médéric T.—Hémorragie rétroplacentaire survenue pendant la grossesse, 225.
- LAMARCHE, Dr A.—Quel rôle reste-t-il à l'ergot, 57.
- Langue grippale, la, 632.
- Liminent mercuriel, 133.
- Lithotistie, 113; chez les abèses, 95; les limites de la, 377.
- Lysol, propriétés médicales et hygiéniques, 188.
- Mal de Bright, traitement, 325.
- Maladies contagieuses, 273.
- MANSEAU, Dr H. H.—Trois cas de calculs biliaires; autopsie et opération; succès, 5.
- Mariage, 666.
- Massage, technique du, 242.
- Méningite, traitement, 355.
- Ménopause, traitement, 435, 477.
- MERCIER, Dr O. F.—De la lithotritie, 113.
- Métrite du col, traitement, 99.
- Morphine, danger et contre-indication dans l'asphyxie de l'angine de poitrine, 353; quelle quantité un médecin a-t-il droit d'en prescrire comme dose unique, 624.

- Mort subite chez les accouchées, 583.
- Moutarde, son essence substituée aux sinapismes en feuilles, 187.
- Myalgie, traitement, 519.
- Naissances, 56, 168, 301.
- Nécrologie, 52, 110, 167, 277, 280, 337, 391, 444, 500, 550, 611, 661.
- Néphrite gravidique, 616.
- Neurasthénie, traitement, 216, 436, 569.
- Neurasthénies locales, 197.
- Névralgie, traitement, 272, 595 ; fonctionnelle, traitement, 324.
- Nitro-glycérine contre les vomissements, la, 512.
- Obèses, mort subite chez les, 247.
- Obésité dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation, 528.
- Œdème pulmonaire critique dans la pneumonie, 43.
- Oreillons, complications des, 321 ; période de leur contagiosité, 523.
- OUMET, Dr A.—Causes et mécanisme des déchirures vaginopérinéales, 119.—Des injections intra-utérines dans l'infection puerpérale, 169.—Des varices de la vulve et des hémorragies consécutives à leur rupture, 229.—Rôle de la vessie pendant l'accouchement et la délivrance ; rétention d'urine, 341.
- Ovaires normaux, palpation des, 585.
- Ovaralgie, traitement, 272.
- PALARDY, Dr J. M.—Le charlatanisme dans la province de Québec ; illégalités de certains diplômés universitaires en rapport avec la licence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, 14.
- Paralysies hystériques, 86.
- Pelvi-péritonite aiguë ; traitement, 45.
- Pemphigus hystérique, 269.
- Péritonite au point de vue chirurgical, 150.
- Pharyngite rhumatismale, traitement, 385.
- Phénylcocaïne, nouvel analgésique local, 358.
- PHILIPPE, Dr Paul.—Considérations sur le traitement de la pleurésie purulente ; cas traité par la résection costale et le curettage, 281.—Notes sur un cas d'hermaphrodisme apparent ; ectopie testiculaire ; castration double, 505.
- Phimosi, troubles nerveux du, 532.
- Phtisie, traitement climatérique de la, 361 ; laryngée, traitement, 521.
- Placenta, insertion vicieuse complète, 318.
- Pleurésie, traitement, 355.
- Plomb, son élimination dans le saturnisme chronique, 406.
- Pneumonie, traitement, 355, 437.
- Polypharmacie, 659.
- Poudres nasales contre les rhumes, 47.
- Prurigo de Hébra, 269.
- Prurit, vulvaire, traitement, 324.
- Psoriasis, traitement, 545.
- Pus tuberculeux, réaction chimique du, 440.
- Pyonéphroses pendant la grossesse, des, 617.
- Salol, 25, 461.
- Salophine dans le rhumatisme articulaire aigu, le, 625.
- Siège, pronostic et traitement des présentations du, 474.
- Sirop calmant sans opium, 549.
- SMITH, Dr A. Laphorn.—Prophylaxie et traitement de la fièvre puerpérale, 286, 348, 449.
- Suppurations, pelviennes, 152, 209 ; et érysipèle, 635.
- Syphilides, palmaires, traitement, 159 ; infantiles, traitement, 325.
- Syphilis, diagnostic du chancre, 489 ; acquise de l'enfance, 538.
- Tainia, traitement, 104.
- Taille et lithotritie, 570.
- Tamponnement utérin, innocuité du, 202.
- Thérapeutique en 1784, la, 440.
- Tonique, 159.
- Toux de gorge ; traitement, 83.
- Traitement thermal dans les affections gynécologiques, 530.
- Tranchées post-puerpérales, traitement, 159.

- Trichophytie, action de la chaleur dans la, 516.
- Tuberculose pulmonaire, traitement, 150, 382.
- Typhus exanthématique, diagnostic et traitement, 514.
- Ulcères, douloureux, traitement, 104.
- UNION MÉDICALE DU CANADA et GAZETTE MÉDICALE DE MONT-RÉAL, 160.
- Urémie dyspnéique, traitement, 302.
- Urétrite, traitement, 505; blennorrhagique chez la femme, 428.
- Varices de la vulve et hémorragies consécutives, 220.
- Variétés : Le jubilé de Pasteur, 53; Louis Pasteur, 54; des aversions, 111; les injections de liquide organique de Brown-Séquard, 302; le suicide dans la grippe, 445; les folies du caractère, 446; un accouchement garanti, 501; médicaments fournis au temps jadis par l'espèce humaine, 502; Velpeau, serrurier, 504; souvenirs d'innat, 612; les deux microbes, 612; Hygiène transatlantique; Repas américains, 604.
- Vaseline dans le traitement de certaines affections de l'oreille moyenne, 409.
- Verrues, traitement, 548.
- Vibrations mécaniques dans les maladies nerveuses et mentales, 187.
- Vieillards, opérations chez les, 96.
- VILLENEUVE, Dr G.—De l'expertise médico-légale, 327. — Les verdicts de la cour du coroner du district de Montréal, pour le premier semestre de 1893, au point de vue médical, 393. — Action à distance exercée par l'acide chrysophanique dans le psoriasis, 494.
- Vin diurétique, 549; diurétique et purgatif, 572.
- Vitiligo, le, 654.
- Vomissements rebelles, traitement, 104.
- Zona intercostal comme prodrome de la tuberculose pulmonaire, 267.

COLLABORATEURS

AU XXIIe VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA

- BENOIT, Dr E. P.—St-Albert, T. N. O.
- BRENNAN, Dr M. T.—Montréal.
- DESROSIERS, Dr H. E.—Montréal.
- DUHAMEL, Dr H. M.—Montréal.
- FOUCHER, Dr A. A.—Montréal.
- JOHNSTON, Dr Wyatt.—Montréal.
- LABERGE, Dr J. E.—Paris, France.
- LAFOREST, Dr G. L.—Montréal.
- LAJOIE, Dr M. T.—Nashua, N. H.
- LAMARCHE, Dr J. B. A.—Montréal.
- MANSEAU, Dr H. H.—Montréal.
- MERCIER, Dr O. F.—Montréal.
- OUMET, Dr A.—Paris, France.
- PALARDY, Dr J. M.—St-Hugues.
- PHILIPPE, Dr P.—Montréal.
- SMITH, Dr A. L.—Montréal.
- VILLENEUVE, Dr G.—Montréal.