

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.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Coloured covers /
Couverture de couleur | <input type="checkbox"/> | Coloured pages / Pages de couleur |
| <input type="checkbox"/> | Covers damaged /
Couverture endommagée | <input type="checkbox"/> | Pages damaged / Pages endommagées |
| <input type="checkbox"/> | Covers restored and/or laminated /
Couverture restaurée et/ou pelliculée | <input type="checkbox"/> | Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées |
| <input type="checkbox"/> | Cover title missing /
Le titre de couverture manque | <input checked="" type="checkbox"/> | Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured maps /
Cartes géographiques en couleur | <input type="checkbox"/> | Pages detached / Pages détachées |
| <input type="checkbox"/> | Coloured ink (i.e. other than blue or black) /
Encre de couleur (i.e. autre que bleue ou noire) | <input checked="" type="checkbox"/> | Showthrough / Transparence |
| <input type="checkbox"/> | Coloured plates and/or illustrations /
Planches et/ou illustrations en couleur | <input checked="" type="checkbox"/> | Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Bound with other material /
Relié avec d'autres documents | <input type="checkbox"/> | Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire |
| <input type="checkbox"/> | Only edition available /
Seule édition disponible | <input type="checkbox"/> | 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. |
| <input type="checkbox"/> | 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. | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Additional comments /
Commentaires supplémentaires: | | Continuous pagination. |

TRAVAUX ORIGINAUX

Du traitement de la fièvre typhoïde ou dothiéntérie ; quelques observations cliniques en rapport avec le traitement ; (1)

par M. J. PALARDY, M.D.,

St. Hugues, Qué.

Mes chers collègues,

M. le Dr. Gauthier, d'Upton, vient de nous donner lecture d'un excellent travail sur l'étiologie et la symptomatologie de la fièvre typhoïde, maladie bien connue, qui sévit dans tous les pays du monde, et dont vous avez eu une épidémie à St. Hyacinthe, en votre ville, dans l'année 1884-1885. M. le Dr. Gauthier ayant appris que j'avais quelques notes sur le traitement de la maladie, m'a cédé sa place avec courtoisie, pour cette partie, en m'engageant à partager le travail avec lui et à vous faire part des quelques observations que j'ai recueillies depuis quelques jours. Voilà pourquoi j'ai l'honneur de venir *lecturer* devant vous sur cette importante question, et de vous prier d'accepter avec bienveillance les remarques qui vont suivre, tout incomplètes qu'elles soient.

Je veux prouver, par cette étude, l'utilité de nos conférences et de nos réunions, et compléter, à la demande de notre savant confrère, la belle lecture que vous venez d'entendre. Je saisis l'occasion pour vous dire que la *Société Médicale de St-Hyacinthe* est une de celles qui depuis sa fondation a montré le plus de vitalité de toutes les sociétés médicales de la province de Québec. Permettez-moi, comme votre président, de vous offrir mes félicitations et mes remerciements pour votre assiduité aux réunions, et votre dévouement à la science. J'espère que votre exemple nous vaudra de nouveaux adhérents parmi nos confrères de ce district, que j'invite bien cordialement à se joindre à nous.

* **

Le traitement de la fièvre typhoïde est complexe. On peut le diviser, sous deux termes génériques, en traitement aseptique et

(1) Travail lu devant l'Association Médicale de St-Hyacinthe, à sa séance du 13 novembre, 1890.

antiseptique. Le traitement aseptique consiste à prévenir l'infection, le traitement antiseptique à la combattre quand elle s'est déclarée. D'ailleurs les deux traitements peuvent être donnés conjointement.

En 1868, je traitais dans deux maisons voisines 15 cas de fièvre typhoïde ; dans l'une 4 cas, et dans l'autre 11 cas. Dans la première, la maladie existait depuis plusieurs semaines. Ces patients demeuraient dans une paroisse voisine de St Hugues, à trois lieues de ma résidence. Je fus mandé pour visiter les malades survivants dans la maison ayant les quatre patients. A mon arrivée, un malade venait de mourir, un autre se mourait, étant dans le collapsus, un troisième, une fille de vingt ans, subissait une péritonite à la suite de perforation intestinale. Le local où tous ces malades résidaient était de petite dimension, une maison bâtie en bois, basse, à un seul étage divisé en deux pièces, mesurant vingt-quatre pieds carrés. En ouvrant la porte extérieure, l'on se trouvait près du lit du premier malade. Trois de ces patients étaient couchés dans trois lits différents, à quelques pieds l'un de l'autre.

En arrière d'eux, au fond de la maison, dans un coin, couchée sur un quatrième lit depuis au-delà d'un an, se trouvait la mère de cette famille, qui attendait la mort, malade d'un cancer utérin dans un état avancé de décomposition. Elle contribuait à augmenter cette atmosphère pestilentielle par une émanation putride provenant de la suppuration cancéreuse qui produit une odeur *sui generis*, si infecte comme vous savez. Peut-être cette pauvre mère avait-elle été l'occasion de l'empoisonnement de ses enfants. Aussi, quel beau jeu devait avoir le microbe de la fièvre typhoïde dans cette putréfaction, surtout en contact avec son congénère le bactérium du cancer ! Le spectacle, tout pénible qu'il fût, était presque insupportable, tant l'air était vicié, et tant la désolation était dans cette maison. Les hauts-le-cœur et la pitié vous suffoquaient.

Dans le grenier de la maison, dans une petite chambre chauffée par le tuyau du poêle du bas, résidait un jeune homme de 18 ans subissant une attaque de cette fièvre maligne qui consumait ses frères au-dessous de lui. La fièvre de ce jeune homme n'avait pas le caractère typhoïde grave de ceux accumulés en bas. Certainement cela était dû à l'isolement et à la plus grande facilité d'aération. Nous étions en novembre, temps froid et humide. Nul doute que le traitement aseptique ou hygiénique était peu possible dans cette maison, qui, en outre, était chauffée par un gros poêle de fonte de trois pieds, situé au milieu du local. Il n'y avait qu'un vieux bonhomme pour soigner tous ces malades, et pour tenir la propreté dans la demeure. Il est facile de comprendre ce qui restait à désirer concernant le traitement hygiénique ou aseptique. Les miasmes putrides étaient engendrés continuellement

par l'un ou par l'autre de ces malades. C'était une vraie *autophagie*. Le seul malade isolé au grenier de la maison, sous les combles, resta le seul survivant de cette désolante destruction humaine. Je fus plus heureux dans la maison voisine où je traitai onze cas, qui furent onze succès.

Voici à quoi j'ai attribué cet agréable résultat. Ce voi-in, qui était parent du premier, allait chez celui-ci pour secourir ces pauvres malheureux qui demeuraient à un arpent de sa demeure. Il fut victime de son dévouement. Sans être atteint lui-même, il transporta la contagion dans sa propre famille, composée de onze enfants. Tous prirent l'infection les uns après les autres. Il me fut facile de suivre chez tous la maladie dès le début, m'étant donné la faculté de les voir tous les jours.

Avec le traitement aseptique et antiseptique, les onze fébricitants, à ma grande satisfaction, furent sauvés. L'âge de ces onze malades variait de 12 à 21 ans.

J'attribue ce succès à la plus grande facilité de faire le traitement hygiénique et antiseptique. Cette famille demeurait dans une grande maison à deux étages. La nuit, je faisais coucher tous les malades dans le haut du logis, qui passait la plus grande partie de la journée, avec les fenêtres ouvertes, les couvertures et les lits étaient ventilés et purifiés par les vapeurs de chlore, et vers le soir on fermait, quelques heures avant de monter, pour réchauffer les appartements qui les recevaient pour la nuit. Durant la nuit, le bas de la maison restait ouvert et subissait la même opération de désinfection, et le matin, les malades descendaient pour passer la journée en bas.

Chez tous ces malades, la fièvre conserva un bon caractère, sauf un, qui, pour complication, eut une broncho-pneumonie. Étant donné ce qui s'était passé de désastreux dans la première maison, j'ai attribué la différence du succès dans la maison voisine à la disposition du logement, qui permettait la ventilation journalière et constante. Dans ce temps là, on ne connaissait pas comme aujourd'hui la cause morbide de la maladie ; on l'attribuait bien à un empoisonnement du sang par des miasmes spécifiques. Les travaux des professeurs Pasteur et Koch sont venus, depuis, découvrir le fameux bacille de la fièvre, qui est un être organique, se développant avec une rapidité étonnante dans le milieu qui lui convient.

De tous les poisons septiques connus, c'est le bacille de la fièvre typhoïde qui est le plus prolifique et qui se multiplie avec la plus grande activité et promptitude. Au microscope, il apparaît sous forme de bâtonnet et sous un aspect filiforme ; on le cultive aujourd'hui avec d'autres espèces, et certaines maisons, en France, le vendent pour faire des études bactériologiques. Les véhicules qui prêtent le mieux à la génération ou à la propagation de ce microbe sont l'eau et le lait, parceque ces agents sont les plus en usage, comme aliments, par tout le monde, parmi les êtres organisés.

Le gouvernement d'Ottawa a fait, cette année, analyser le lait dans 165 villes du Canada; 97 échantillons étaient purs et 68 étaient altérés. (Statistiques, *Etendard*, octobre 1890). Et si on analysait les eaux que nous buvons, qu'y trouverions-nous? St-Hyacinthe fournirait sa part au point de vue de la science bactériologique. En 1884 et en 1885, lors de l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi dans votre ville, je n'ai aucun doute, après examen des lieux et des analyses faites alors, que la cause est venue de l'eau contaminée de votre aqueduc. Je crois avoir prouvé dans le temps cet état de choses, par quelques articles sur le "Courrier de St Hyacinthe." Où en est-on maintenant pour votre ville en fait d'alimentation par l'eau? Aucune analyse de l'eau fournie par votre aqueduc n'a été faite depuis 1885, du moins aucune mention n'en a été vue. Cependant je sais que la position de l'alimentation de votre aqueduc a été changée pour le mieux. Depuis ce temps on remarque que votre ville est exempte de l'infection typhoïde d'une manière épidémique. La contagion a bien lieu aussi par l'entremise de la respiration au moyen de l'air vicié, ou par le contact d'objets contaminés, ou par transmission d'un individu à un autre.

Ces digressions que j'ai faites, ou que je ferai dans le cours de cette communication, aideront à montrer indirectement les diverses indications du traitement, c'est-à-dire que si vous soupçonnez que l'eau que vous donnez à vos malades est impure, faites-la bouillir avant de l'administrer, de même que pour le lait. L'asepsie et l'antisepsie peuvent se pratiquer dans certains cas même sur les murs de la maison, en les lotionnant avec une solution de chaux ou de bichlorure de mercure.

Je divise donc le traitement de la fièvre typhoïde en prophylactique et en thérapeutique. Le traitement prophylactique peut comprendre l'asepsie avec l'hygiène, qui est l'isolement des malades, la propreté partout, et constante, la pureté de l'eau et du lait et de l'air atmosphérique par les moyens aseptiques connus, les lavages fréquents du local et des objets à l'usage des malades, et même des patients quand il le faut. Quant aux remèdes que nous fournit la thérapeutique pour combattre cet engin de destruction, ils sont nombreux; un grand nombre sont indiqués dans les traités, on n'a que l'embarras du choix. Ce que nous devons d'abord constater pour cette maladie comme pour bien d'autres, c'est que nous n'avons pas de spécifiques pour lutter contre elle. Le traitement est complexe, et renferme peu de modifications depuis trente ans. On connaît l'étiologie mieux qu'autrefois, mais le traitement est resté le même, sauf quelques variations, peu importantes il est vrai, qui ne changent pas le fond des indica-

tions connues depuis longtemps. La médication consiste donc à soutenir les organes dans leur force de résistance, par les remèdes appropriés et par une alimentation convenable, et en aidant aux émonctoires dans leur action d'élimination du poison septique.

Cet empoisonnement du sang et des humeurs toujours en contact avec les divers tissus, amène souvent des complications pathologiques qui sont extrêmement sérieuses, surtout aux organes du bas ventre, qui deviennent spécialement affectés dans cette fièvre, et qui sont considérés comme portant les altérations pathognostiques spécifiques de l'état morbide. D'après les auteurs et l'observation, cette altération qui se manifeste d'une manière constante sur certains organes de la cavité abdominale, est le signe caractéristique de la maladie. Voilà pourquoi Bretonneau lui a donné le nom de *dothiëntenterie*, de deux mots grecs: *dothien*, bouton, et *enteron*, intestin, qui expriment la dégénérescence ou le gonflement pathologique des glandes mésentériques. Cette manifestation constitue l'analogie de la typhoïde avec les fièvres exanthématiques, ayant chacune un caractère extérieur particulier à chaque espèce.

Dans les fièvres exanthématiques, l'éruption est toujours visible à la peau. Dans la typhoïde, la lésion organique principale subsiste toujours, apparaissant à la muqueuse intestinale. Nous avons bien les taches rosées lenticulaires à la peau, surtout dans la fosse iliaque droite, mais elles ne sont pas toujours constantes; plus souvent passagères, on manque l'occasion de les voir. Pour ma part, je les ai remarquées peu de fois.

A la campagne, à peu d'exceptions près, je commence le traitement de toute fièvre typhoïde au début, par débarrasser les premières voies, au moyen d'un éméto-cathartique. Par cet effet j'ai vu avorter une fièvre en quelques jours. Dans la très grande majorité des cas, l'effet m'a paru toujours satisfaisant, en enlevant brusquement des organes les matières délétères les plus aptes à l'absorption ou à la contagion. En 1872, pendant une épidémie de fièvre typhoïde, à St. Hugues, il m'est arrivé de voir, parmi sept à huit cas, dans une même famille subissant la contagion, la médication désobstruante au début, dans la période d'incubation surtout, changer une fièvre typhoïde en fièvre simple continue, et la convalescence arriver au deuxième septenaire.

Pendant ce temps-là, les autres malades de la même famille poursuivaient les périodes de la fièvre, par cinq ou six semaines de réclusion et de lutte contre le poison, avec toutes ses phases et ses nombreuses complications. Il serait absurde de croire que, dans ces cas isolés, nous avons eu affaire à une fièvre éphémère. La contagion visible et la marche de la maladie d'ailleurs, dans ces cas, prouvaient le contraire. Malgré la bénignité de ces cas exceptionnels, les exacerbations et les rémissions se continuant légèrement encore pendant un septenaire, devaient chasser

l'idée d'une autre espèce de fièvre, surtout lorsque l'on voyait à côté de ce malade, dans la même maison et en même temps, sept à huit autres cas subir les attaques d'une typhoïde bien caractérisée. La conclusion devait être facile à tirer, sans crainte de s'y tromper, en attribuant à la médication désobstruante l'effet heureux obtenu, puisque cet effet était constaté, de suite, après l'opération de la médication. Pour moi, si c'est une coïncidence, elle me fait l'impression d'un précepte; je l'ai vue assez souvent répétée et si favorablement, pour y croire. Quoique appartenant à un vieux système, les effets bienfaisants de la médication désobstruante sont encore suffisants pour lui mériter la faveur de la conservation.

L'émétique préféré est l'ipécac, qui débilité le malade moins que le tartre stibié, n'étant pas irritant comme lui et produisant peu de sédation sur le cœur. Les bains, les boissons émollientes et rafraîchissantes sont données à volonté et au goût. Dans les deux premiers septénaires surtout, je donne tous les soirs, et plus souvent si les symptômes l'exigent, un sudorifique et un fébrifuge. Depuis quelques années je prescris avantagement l'antipyrine, la phénacétine et l'acétanilide ou l'antifébrine, avec camphre, et quelque fois le calomel lorsqu'il y a embarras de l'estomac avec forme bilieuse. La phénacétine est d'une grande valeur dans la typhoïde. Comparée avec les autres antipyrétiques, elle prend sans aucun doute la première place. Les principales qualités qui lui donnent sa supériorité sont les suivantes : 1, son insipidité; 2, l'absence d'irritation gastrique après un usage assez long; 3, l'absence d'effet déprimant sur le cœur ou la circulation; 4, sa promptitude d'action; 5, son pouvoir et sa longue continuance dans l'action; 6, l'absence d'effets cumulatifs; 7, son innocuité; aucun cas d'empoisonnement par la phénacétine n'est rapporté dans la presse médicale. (*Times and Register*, New-York, 20 septembre 1890).

Autrefois, en 1852, lorsque je commençais mes études médicales chez les docteurs Thomas Boutillier et Magloire Turcot, d'heureuse mémoire, tous deux médecins distingués de St Hyacinthe, on traitait les fièvres à peu près comme aujourd'hui, suivant les mêmes principes, sans savoir tout de même la cause spécifique de la maladie. On la soupçonnait sans la connaître. Le sudorifique ou le fébrifuge favori de ces messieurs était la poudre antimoniale unie à celle de camphre, ou à la poudre de *Dover*, et souvent le calomel en union avec les premières. Je me rappelle qu'un de nos professeurs à Montréal, le célèbre chirurgien P. A. C. Munro, dans son service à l'Hôtel-Dieu, prescrivait invariablement dans la typhoïde son fameux julep salin comme dés-obstruant ou éliminateur du canal alimentaire. Comme fébrifuge et sudorifique, il ajoutait l'éternelle teinture d'opium camphrée, ou élixir parégorique (1 gros). C'était un vrai plaisir pour les élèves qui le suivaient de l'entendre for-

muler quotidiennement ainsi, *ne varietur*. Plusieurs, sûrs de de l'habitude, le répétaient avant lui. Cependant, je dois dire à sa louange que les malades, sous les soins dévoués des sœurs hospitalières de St Joseph, se tiraient d'affaire comme aujourd'hui.

Sans vouloir porter atteinte à l'excellente mémoire de ce professeur distingué, on ne peut nier la supériorité de la thérapeutique moderne, qui est plus variée et plus puissante. Il n'y a pas de doute que la phénacétine, l'antipyrine, l'antifébrine, en fait de fébrifuges, valent beaucoup mieux que ce que nous avons autrefois. Pour revenir à la phénacétine, je dirai qu'un de ses merveilleux effets est de produire un abaissement rapide et constant de la température. La fièvre typhoïde est ordinairement à son maximum quand la chaleur vitale atteint 39° ou 40° centigrades, égale à 105° de Fahrenheit, ou bien celle de 40° de Réaumur, égale à 107° de Fahrenheit.

D'une manière générale, le chiffre de 41° ne se rencontre pas souvent. La température de $41^{\circ}5$ et de 42° centigrades égale 106° ou 7° de Fahrenheit, et indique fatalement la mort. On remarque que l'élévation de la température coïncide toujours avec la fréquence du pouls. Le rapport est constant : quand, chez un adulte, le pouls s'élève à 120 et audessus, le pronostic est aussi grave que quand la température atteint 41° et davantage. Pour augurer un pronostic favorable dans cette maladie, il faudra constater dans la température, du onzième au quatorzième jour un abaissement de 1° à 2° en moins le matin que le soir.

Pour régulariser ou modifier la température en l'abaissant, la phénacétine agit avec une précision constante et efficace. On a fait depuis plusieurs années l'essai du remède dans les hôpitaux de Philadelphie, et des résultats admirables ont été obtenus par le Dr F. B. Gummey dans l'hôpital de Pensylvanie, où son usage est constant depuis deux ans. Les doses de cinq grains furent d'abord données, mais les effets antipyrétiques furent considérés comme trop forts, faisant tomber la température de six à sept degrés, ou de 105° à la normale. Trois grains furent substitués, et furent trouvés aussi efficaces, quoique moins puissants, l'abaissement de la température se faisant de deux à trois degrés. Un des effets merveilleux de la phénacétine, c'est que la température, étant tombée, reste ordinairement dans cet abaissement pendant dix à douze heures.

La phénacétine agit promptement là où la quinine et l'antipyrine manquent entièrement, et où les lotions réfrigérantes avec l'éponge doivent être abandonnées à cause des symptômes alarmants de cyanose qui se produisent. Le délire est aussi grandement soulagé en considération de son action antinévralgique remarquable, les patients devenant ordinairement tranquilles et rationnels, aussitôt après avoir pris le médicament.

Le Dr. Gummey, de Philadelphie, dit encore, dans le *Times and Register*, folio 267, 20 septembre 1860, New-York: " Dans un cas de fièvre typhoïde non sévère, trois grains de phénacétine réduisirent la température de 105° à 103° et la tinrent à ce point pendant 12 heures, et le jour suivant six grains de la drogue réduisirent la température de 104° 1/5 à 98° 1/5 en dedans de quelques heures. Dans ce cas, le phénacétine, à dose de 3 grains, a été employée dans tout le cours de la maladie et le succès en dernier ressort fut complet. L'usage continué de la phénacétine ne paraît exercer aucun effet cumulatif, et la même dose fut trouvée aussi efficace après quelques semaines de service qu'à la première dose administrée. "

Le docteur Gilman, en charge de la salle des femmes à l'hôpital de Pensylvanie, a aussi employé la phénacétine continuellement dans le traitement de la fièvre typhoïde, et avec des résultats égaux à ceux obtenus par le docteur Gummey, excepté que deux grains et demi furent généralement employés au lieu de trois grains.

L'antipyrine m'est plus familière que la phénacétine, en ayant fait usage plus longtemps. L'antipyrine est un fébrifuge puissant, agit comme sudorifique, anodin et antinévralgique. Cette année, dans les quelques cas de fièvre que j'ai eu à traiter, le sudorifique et le fébrifuge que j'ai le plus employé a été l'antipyrine unie au camphre, et l'effet sur la température, sans valoir celui de la phénacétine, fut considérablement bienfaisant et efficace. J'ai aussi employé l'antifébrine ou acétanilide, mais pas assez pour en constater d'une manière certaine l'effet thérapeutique, comme je l'ai fait pour les deux préparations dont je viens de parler. D'après ce que j'ai pu voir, je crois l'acétanilide inférieure à la phénacétine et à l'antipyrine comme fébrifuge. Son innocuité n'est pas aussi établie que celle des deux dernières préparations citées plus haut. On a constaté des cas d'empoisonnement par l'acétanilide.

* * *

Quand devons-nous administrer la quinine et les stimulants diffusibles dans les fièvres continues, qui sont toutes des maladies à effet déprimant par leur action sur les divers systèmes organiques? Pour moi, j'administre rarement les stimulants et la quinine dans le premier et le second septenaire de la maladie. Il faut des sujets déjà débilités d'avance pour m'y décider. Lorsque la peau est chaude et la température élevée, je m'en tiens aux sudorifiques, aux boissons froides, acidulées ou alcalines, et je surveille les complications; pour nourriture, je donne le lait la plus grande partie du temps.

En 1881, dans un cas de fièvre typhoïde, du 3ème au 4ème septenaire, qui se trouvait du 21ème au 28ème jour, une crise de la

fièvre eut lieu chez un jeune homme de 20 ans qui était sous mes soins, et bien cher, puisque c'était mon propre fils, cette crise se manifesta par une transpiration abondante pendant trois nuits consécutives, au point de transpercer son linge de corps, son matelas de lit, et son oreiller. La conséquence était de mettre le malade dans un grand malaise accompagné d'une excessive prostration. Cette transpiration était précédée chaque fois par une sensation de froid intense par tout le corps, suivi d'un tremblement général.

Avec les frictions sèches et le changement de linge, je prescrivis la quinine et le brandy avec thé de bœuf, conjointement avec le lait qui avait été donné pendant tout le cours de la maladie. Trois grains de quinine avec quelques drachmes de brandy furent donnés toutes les heures ou deux heures. L'effet fut magnifique sur le cœur, le pouls redevint normal, plus plein et plus fort; j'en fus tout surpris. La respiration, de gênée qu'elle était, reprit son état physiologique, la peau arrêta sa sudation; à cette transpiration abondante s'était jointe une diarrhée bilieuse avec colique et douleur au ventre. Je combattis efficacement ces évacuations excessives avec le bismuth et le *Dover* répétés au besoin; ce fut une crise favorable; de ce moment mon cher patient entra en convalescence complète. Dans plusieurs autres cas j'eus avec ce traitement le même succès.

Le principal effet de la quinine dans les fièvres continues est celui d'un antiseptique et d'un sédatif du cœur. Elle a un effet spécifique dans la fièvre intermittente comme vous savez, en vertu d'une action intime qu'on ne peut expliquer. C'est peut-être à l'occasion de ce pouvoir spécifique sur le microbe de la fièvre tremblante, qu'elle exerce dans le même sens une action dans les autres fièvres de nature continue, et dues elles aussi à un agent septique.

* * *

Outre les agents thérapeutiques, il ne faut pas oublier que ces maladies ont toutes une tendance à prostrer les forces de l'organisme, et qu'il faut les soutenir par une alimentation convenable et fortifiante.

Dans le cours d'une pyrémie, il faut prendre garde de soumettre son malade à une diète trop rigoureuse. La constitution normale du sang est la condition de l'accomplissement de tous les actes de la nutrition interstitielle, et une bonne nutrition constitue la condition de l'accomplissement des fonctions départies à chaque organe. Or, le sang se renouvelle à l'aide de l'alimentation, et dès que les éléments de la reconstruction du sang viennent à faire défaut, il devient nécessaire que tous les actes nutritifs s'exercent exclusivement sur la nature vivante et organique. L'animal vivra donc aux dépens de sa propre substance, d'où déperdition et amai-

grissement si considérable dans les fièvres continues que l'on ne voit, à la fin de ses périodes, que la peau et les os chez nos patients, et un peu de vie dans des squelettes. Chez quelques-uns, on dirait que la vie ne tient qu'à un fil, tout paraît désespéré. Dans les fièvres à forme asthénique et continue, il faut donc nourrir ses malades autant que possible, lorsque les fonctions des organes de la digestion ne sont pas trop en désordre. On doit tenir compte de l'état de leurs forces, de façon à les mettre en position de résister au feu qui les dévore, suivant leur degré de faiblesse, suivant la longueur présumée de la maladie.

On est donc obligé de leur donner à manger plus ou moins souvent, mais toujours sous forme liquide, et en petite quantité à la fois. J'ai vu mourir en quelques jours un enfant de 12 ans, en convalescence complète, à la suite d'une fièvre typhoïde, pour avoir mangé un repas de viande un peu copieux, qu'il avait dérobé malgré la surveillance de ses parents.

L'âge, les tempéraments, les habitudes des sujets, doivent être aussi pris en considération.

Telles sont les grandes lignes du traitement de cette terrible maladie. Les modifications pathologiques de toute espèce qui peuvent affecter les divers organes, obligent de modifier ou d'ajouter à la médication connue et exigible en pareils cas. Il ne peut en être question dans cette communication, si je veux la restreindre aux limites voulues et ne pas abuser de votre attention. Il faut donc une surveillance continuelle et agir de suite après avoir connu le mal.

Les complications si fréquentes qui surviennent au cerveau, aux poumons, aux intestins, et dans combien d'autres organes qu'il serait trop long d'énumérer, demandent, de la part du médecin, une grande sagacité et une action prompte et efficace dans l'application de ses remèdes ou autres moyens curatifs. Avec ces complications, la *chandelle* se trouve allumée par les deux bouts; il faut bien y prendre garde, et les contrôler au plus tôt, si on ne veut pas que la lumière s'éteigne avec la vie.

L'art obstétrical à Paris;

par O. F. MERCIER, M. D. (Laval.)

Dans les maternités de Paris, à côté du toucher vaginal et de l'auscultation, est venu se placer un moyen de diagnostic plus facile, aussi certain, et qui peut rendre de plus grands services avant le début du travail. Je veux parler du palper abdominal. D'un manuel assez simple, sans inconvénient, et à plus forte rai-

son sans danger, ni pour la femme, ni pour l'enfant, le palper abdominal ne demande qu'un peu d'habitude, et facilite la connaissance de la position exacte du fœtus, de leur nombre, et du volume de ses extrémités cormique ou céphalique. C'est un moyen non seulement en usage dans les hôpitaux, mais aussi universellement employé en clientèle privée.

La vulgarisation de la version céphalique découle naturellement de la fréquence d'emploi de ce mode d'exploration. A quoi servirait, en effet, de faire le diagnostic d'une mauvaise présentation, au septième ou au huitième mois, s'il fallait se contenter de la constater, et d'attendre le travail pour intervenir. Mais, de même que dans tous les cas on pratique la palpation, ainsi dans toutes les mauvaises présentations on a recours à la version céphalique.

On en est beaucoup revenu sur tous les accidents et tous les inconvénients qu'on attribuait à cette pratique ; aujourd'hui on ne lui reconnaît guère de danger, pourvu, bien entendu, qu'elle soit faite par des mains expérimentées, et le nombre de ses contre-indications est très restreint. Autrefois on songeait à la possibilité de décollements placentaires, de circulaires du cordon, et même de ruptures de l'utérus, mais les nombreux travaux parus sur ce sujet depuis quelques années, entre autres ceux de M. Pinard, ont fait compte de toutes ces craintes.

Outre les dangers qu'on lui attribuait, M. Tarnier et M. Schroeder lui reprochaient son inefficacité. En effet, le fœtus reprenait presque constamment sa position vicieuse, qu'on a reconnue être due à un défaut d'accommodation, soit de la part de la mère, soit de la part du fœtus ou de ses annexes.

La ceinture eutocique de M. Pinard obvie maintenant à tous ces inconvénients. Non seulement elle maintient invariablement la position donnée au fœtus, mais même, dans la plupart des cas, elle est d'un grand soulagement pour la mère.

Si ces deux procédés rendent de grands services dans l'art obstétrical, il en est un autre qui va peut-être encore plus loin, qui, ayant débuté en chirurgie, après y avoir gagné l'admiration du monde médical par ses résultats étonnants, passe en obstétrique, et là, des cas les plus sérieux et qui jadis étaient la terreur du médecin, et bien souvent, la mort de la femme et du fœtus, fait des cas qui surprennent par leur bénignité et leur terminaison heureuse : c'est l'antisepsie.

A Paris, et surtout dans les services de la Maternité (M. Tarnier) et de Baudelocque (M. Pinard), on fait de l'antisepsie obstétricale dans toute sa rigueur, et aussi on en obtient des résultats réellement merveilleux.

Tout examen *per vaginam* est précédé d'une toilette minutieuse des mains, qu'on trempe ensuite dans une solution de sublimé au 1/2000, et on pousse la précaution jusqu'à ne pas les essuyer, de

pour de les rendre septiques au contact des linges. On prend ces mêmes précautions, non seulement pour les femmes en travail, mais aussi pour toute autre femme admise dans ces services, qu'elle soit enceinte ou non.

La désinfection des mains est même de rigueur pour pratiquer le palper abdominal chez les femmes en travail.

Comme corps gras, on n'emploie jamais autre chose que la vaseline blanche phéniquée.

Tous les instruments métalliques dont on a besoin sont passés à l'étuve, flambés à la lampe à alcool, et ensuite plongés dans de l'eau phéniquée. S'ils sont en verre, on les plonge dans une solution d'acide nitrique. Les lacs, porte-lacs, sondes en gutta-percha, etc., sont trempés dans le sublimé, solution au 1/1000.

Quand la femme est en travail, on procède à la toilette du vagin et de la vulve, qu'on rend ensuite aseptiques par le sublimé. Il y a même certains cas d'interventions chirurgicales, comme basiotripsie, craniotomie, etc., où durant toute l'opération, on fait de l'irrigation continue.

Il est d'usage, après l'accouchement, de ne mettre aucune ligature sur le cordon, on applique simplement une pince à force-presse sur l'extrémité fœtale, laissant l'autre extrémité libre, vu qu'il n'y a généralement aucune hémorrhagie par ce bout du cordon. Si l'indication s'en fait voir, on y applique une ligature. De la sorte, le médecin gagne un temps précieux dont il peut avoir un besoin pressant au moment d'accidents: hémorrhagie, syncope, asphyxie de l'enfant, etc.

On ne fait jamais de tractions sur le cordon, loin de là; après s'être assuré qu'il n'y a pas d'hémorrhagie, on fait étendre les jambes à la femme, et on la recouvre, attendant que le placenta soit expulsé spontanément. Ce n'est que quand il est complètement descendu dans le vagin, qu'on l'enlève. S'il fallait intervenir, pour cause d'hémorrhagie ou autre, il faudrait introduire la main dans l'utérus, avec toute les précautions antiseptiques connues, et opérer la délivrance artificielle.

Immédiatement après on fait, et cela chez toutes les patientes, une injection intra-utérine d'une solution tiède de sulfate de cuivre, deux grammes par litre. S'il y a hémorrhagie, avec rétention du placenta, on ne cherche pas à délivrer la femme de suite, mais avant, on essaye les injections chaudes: 48° à 50° cent. d'une solution de sulfate de cuivre, mais, cette fois, à cinq grammes par litre. C'est là, d'ailleurs, le principal traitement auquel on a recours dans toute hémorrhagie précédant ou suivant la délivrance.

L'accouchement, la délivrance et l'injection étant terminés, on pratique alors une injection vaginale au permanganate de potasse, 0.50 centigrammes par litre, et après avoir fait la toilette antiseptique de la vulve, on y applique de la gaze iodoformée ou saloée,

de la ouate boriquée, et un bandage en T. On donne ensuite, tous les jours, une injection vaginale antiseptique.

Toutes ces précautions rendent très rares toute élévation de température ; quand le fait se produit, on a immédiatement recours aux injections intra-utérines et aux antithermiques. Une injection soir et matin suffit ordinairement. Il est des cas plus sérieux, où les membranes déchirées et restées dans l'utérus continuent, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, à se putréfier et à augmenter la température.

Les injections au bichlorure ayant aussi échoué, il ne reste plus que deux alternatives, le curage ou l'écouvillonnage.

J'ai vu plusieurs fois employer ce dernier procédé, et toujours avec grand succès ; extirpation des membranes en voie de putréfaction, et abaissement presque immédiat de la température.

Dans les avortements avec rétention placentaire, on attend l'expulsion spontanée ; on surveille la température, dont la première ascension est combattue par des injections intra-utérines, renouvelées deux ou trois fois par jour et qui sont presque toujours suffisantes.

Il y a actuellement dans le service de M. Tarnier, une femme qui a avorté vers le milieu d'octobre, et qui garde encore son placenta. Elle a eu quelques poussées de température, qui ont rapidement cédé à l'antisepsie, et qui, depuis dix jours que les injections sont cessées, n'ont pas dépassé 36 p.c.

Dans le mois de juin il y a eu dans le même service, un cas où le placenta n'a été expulsé que cinquante-six jours après l'avortement.

M. Tarnier conseille de s'en tenir aux injections intra-utérines, tant que les accidents hémorrhagiques ou septiques ne nécessitent pas le décollement artificiel. Il suffit ordinairement alors d'avoir recours au curage, ou à l'écouvillonnage, qu'on fait suivre d'une application de glycérine créotée.

Il y a environ quinze jours une femme se présente au service de M. Tarnier. On constate un fœtus mort depuis quatre jours, rupture des membranes, procidence du cordon et putréfaction assez avancée, les parties génitales étaient œdématisées et l'utérus énormément distendu par les gaz.

Avant son entrée à la Maternité, on avait fait quelques applications de forceps, mais sans succès, la tête étant retenue au détroit supérieur. On décide alors la basiotripsie ; on extrait un fœtus dégageant une odeur infecte, on a une large déchirure du périnée, au moment de la sortie des épaules, et malgré tous ces désavantages, la femme est aujourd'hui en pleine convalescence, grâce aux précautions antiseptiques qu'on avait doublées, vu la gravité du cas.

En même temps, on accouchait dans la même salle, et de deux enfants, une femme qui ne présenta ultérieurement aucun symptôme de fièvre.

Ces faits prouvent assez les immenses avantages qu'on peut obtenir de l'antisepsie bien faite, et ce dans les cas les plus compliqués et les plus graves.

La fièvre puerpérale est aussi traitée par l'antisepsie, les injections intra-utérines, les curages, l'écouvillonnage, etc. Toutefois j'ai trouvé qu'à Baudelocque on en poussait la pratique peut-être un peu loin. Là on emploie l'irrigation continue d'une solution au 1/4000 de naphtol. Cette méthode, difficile à employer dans une maternité, serait impraticable en clientèle privée.

Pour les injections intra-utérines, le naphtol, le permanganate de potasse et le sulfate de cuivre, en solution tiède, ont supplanté le sublimé, qui est plus apte à produire l'intoxication, et auquel on n'a recours qu'en dernier ressort. On n'emploie pas l'acide phénique pour les mêmes raisons, surtout chez les albuminuriques.

Dans tous les cas où on est obligé d'employer le sublimé, ce n'est pas sans s'entourer de grandes précautions et sans surveiller attentivement l'état général de la femme et sans faire fréquemment l'analyse des urines.

M. Tarnier conseille de faire suivre l'injection au sublimé d'une injection d'acide borique, de manière à laver la cavité utérine, et à prévenir toute absorption.

Le permanganate de potasse n'offre aucun danger, mais d'un autre côté, a l'inconvénient de tacher les linges, les draps, et même les mains.

A Baudelocque, on se sert du naphtol au 1/4000, qui est très peu soluble, mais dont l'absorption peut produire toutefois une éruption papuleuse assez fugace. On se sert aussi beaucoup du bi-iodure de mercure aux mêmes proportions.

Les agents de pansement sont l'iodoforme et le salol. Celui-ci n'a pas le désavantage d'une odeur désagréable, mais semble moins efficace.

Pour le cathétérisme et les injections vaginales, on se sert invariablement de sondes en verre. La sonde utérine en verre de M. Tarnier, plus facile à appliquer, plus facile à désinfecter, présente de nombreux avantages qui ont rendu son usage universel, toutefois, entre des mains inhabiles elle peut produire des accidents en se brisant dans la cavité utérine. Les sondes métalliques de MM. Budin et Doléris sont moins en vogue, vu la difficulté qu'on a de les nettoyer.

Pour introduire la sonde utérine, on ne se sert jamais de spéculum. Après avoir introduit le doigt jusque dans le col de l'utérus, ce qui parfois ne se fait pas sans quelques difficultés, on s'en sert comme d'un conducteur le long duquel on glisse la sonde jusque dans la cavité utérine. Pour s'assurer qu'en est bien dans l'utérus, il faut palper l'abdomen, et sentir le bout de la sonde à travers les parois abdominales. M. Tarnier prétend que

la moitié des injections utérines faites par les médecins en général ne sont que cervicales, et il déconseille tout à fait l'emploi du spéculum, qui ne corrige en rien les déviations et la mobilité de l'utérus.

On ne doit jamais se servir de seringues à ampoule ou autres, pour faire ces injections, car on ne peut de la sorte calculer la force que l'on donne au courant, ce qui peut entraîner de graves accidents. Il faut se servir d'un réservoir qu'on élève à volonté mais cependant pas plus haut qu'à 0.50 centimètres au-dessus de la vulve. Ce réservoir doit être assez grand pour contenir, de un litre à un litre et demi, ce qui est la quantité de liquide qu'on doit laisser écouler à chaque injection.

Enfin l'antisepsie est aussi un moyen préventif des lymphangites du sein. L'accouchement terminé, on tient des compresses au sublimé sur les seins des nouvelles accouchées, et l'on a ainsi réduit presque à rien le taux des abcès mammaires.

Paris, 6 novembre 1890.

La délivrance :

par R. CHEVRIER, M. D., (Laval.)

L'enfant expulsé, le rôle du médecin ne s'arrête pas là. Reste l'accouchement annexiel qu'on doit surveiller. On laisse ordinairement aux seules forces de la nature l'expulsion du placenta. Mais on doit faire la délivrance artificielle lorsqu'il y a indications, et alors ne pas hésiter. Les hémorragies inquiétantes, la délivrance incomplète, l'inertie prolongée de l'utérus imposent l'intervention. Pour la pratiquer il est bon de mettre la femme en position obstétricale, on doit pénétrer lentement dans l'utérus et aller décoller le placenta petit à petit, avec la pulpe des doigts, pour ne pas faire de déchirures et ne pas s'exposer à laisser des lambeaux dans la cavité utérine. Et ce n'est que lorsque l'on sent le placenta entièrement libre qu'on procède à l'extraction. On diminue ainsi de beaucoup la possibilité d'accidents ultérieurs de septicémie.

Dans les cas d'inertie non compliquée d'hémorragie, M. Tarnier conseille d'attendre deux, trois et même quatre heures avant d'intervenir. Alors l'on doit s'assurer par de légères tractions que le placenta n'est pas simplement retenu dans l'ouverture du col. Des tractions intempestives ou trop fortes pourraient causer facilement des hémorragies graves ou une inversion utérine. En pénétrant dans l'utérus, ne pas brusquer la main, la flaccidité des parois musculaires et parfois la dégénérescence graisseuse des

fibres facilitant la perforation. Toujours faire suivre la délivrance, surtout la délivrance artificielle, d'une injection à 50° cent. d'une solution au sulfate de cuivre. Cette irrigation chaude balaye et enlève les caillots de sang, désinfecte la cavité utérine et stimule la contractilité musculaire de l'organe. Agent précieux, antiseptique, hémostatique, et ne produisant jamais d'accident.

Ne jamais manquer d'examiner la délivrance, expulsée naturellement ou non, constater si elle est complète, si les membranes sont entières, et si le placenta est déchiré. La caduque est luisante et couvre le placenta normal comme d'un vernis. On peut tirer d'importantes conclusions de l'examen attentif de la délivrance, et arriver au diagnostic très probable de l'existence de placentas supplémentaires ou adventifs.

Ces placentas adventifs sont formés de cotylédons égarés et distants de un à plusieurs travers de doigt du gros placenta. On doit les soupçonner quand des vaisseaux isolés, naissant au rebord du placenta principal, se prolongent dans les membranes et s'interrompent tout-à-coup comme brisés. Ces vaisseaux servaient à nourrir le placenta supplémentaire.

Donc, ordinairement, pas de placenta supplémentaire quand il n'y a pas de vaisseaux. Ces placentas sont plus fréquents qu'on ne le pense et peuvent produire des accidents septiques s'ils passent inaperçus. Ces dangers sont plus à craindre quand le pédicule du placenta supplémentaire est très court, et que sa rupture ne laisse pas de trace sur les membranes.

Les placentas de femmes syphilitiques présentent ordinairement des ilots de dégénérescence fibro-graisseuse ; mais toutefois, cette particularité peut se rencontrer chez des placentas qui n'ont subi l'influence d'aucune diathèse. Aussi ce caractère n'offre rien d'absolu et ne ferait que renforcer d'autres signes de spécificité chez la parturiente. Ces noyaux fibro-graisseux porteront plus encore à la conclusion d'une infection vénérienne quand ils seront remarqués dans des accouchements prématurés ou dans des avortements. Le nombre, infini parfois, de dépôts calcaires qui couvrent les faces du placenta ne doit pas inquiéter. Ces concrétions, de la grosseur d'un grain de riz, plus ou moins, n'ont rien de pathologique et leur excès indique plutôt un enfant d'une forte ossature.

Un mot de la délivrance dans les avortements et je termine.

L'expulsion des annexes est alors plus entourée d'accidents et de difficultés. Le placenta qui n'est pas arrivé à maturité est ordinairement retenu dans l'utérus. Plusieurs obstétriciens, après une attente de quelques jours, font le curetage de l'utérus. Ils abaissent le col à la vulve, le dilatent et font une toilette minutieuse des parois de l'organe. M. le professeur Tarnier préfère l'expectation indéfinie, qu'il dégage de tout danger au moyen d'injections intra-utérines, puis vaginales, jusqu'au jour où les annexes tombent d'elles-mêmes hors de la cavité. Cette pratique ration-

nelle, et qui n'a pas donné de déboires à celui qui l'a préconisée, offre l'inconvénient d'un décubitus prolongé, jusqu'à cinquante jours et plus. Les circonstances seules décideront à quelle alternative le médecin devra se rendre.

Je remets à plus tard l'histoire des autres accidents de la délivrance, tels que l'hémorrhagie grave, l'éclampsie, etc.

Paris, 14 novembre 1890.

Hygiène de la nouvelle accouchée; (1)

par N. A. HÉBERT, M.D.,

St. Valentin, Qué.

IV. Système utérin.—L'utérus est certainement de tous les organes celui qui joue le rôle le plus important dans la période puerpérale, celui du bon ou mauvais fonctionnement duquel dépendent chez la parturiente un bien-être relatif ou les maladies les plus graves. Si un physiologiste a pu dire de la femme en général: "*Propter solum uterum mulier est id quod est,*" à plus forte raison doit-on appliquer cet axiôme à la nouvelle accouchée. En effet, si l'involution de l'utérus se fait promptement et d'une manière normale, si les contractions de cet organe sont assez fortes pour prévenir les hémorrhagies et débarrasser la cavité utérine des détritibus qui peuvent s'y trouver, alors on voit la malade accuser un sentiment de bien-être qui ravit les assistants. Si, au contraire, l'utérus remplit mal ses fonctions pendant la période puerpérale, toute la constitution en souffrira, la convalescence sera longue et des complications sérieuses pourront même s'en suivre. L'accoucheur devra donc surveiller attentivement cet organe, et s'il manque de force et d'énergie, le stimuler pour qu'il accomplisse normalement ses fonctions. Et le meilleur tonique de l'utérus est encore sans contredit l'ergot de seigle. Mais devons-nous donner l'ergot dans tous les cas d'accouchement? Quelques auteurs français et les auteurs américains sont de cet avis. Pinard nous conseille même de toujours donner l'ergot à la dernière phase de l'accouchement, à peu près $\frac{1}{4}$ d'heure avant l'expulsion de la tête. D'autres, comme Pajot, disent: Ne donnez jamais l'ergot tant que l'utérus contient le fœtus, le placenta ou des caillots. Tarnier va plus loin et appelle l'ergot une "*drogue infanticide*" qui a tué un grand nombre de femmes et d'enfants. Ne l'employez pas, dit-il, si l'utérus n'est pas parfaitement vide, et encore soyez prudent.

(1) Suite et fin. Voir la livraison de novembre.

En présence de ces assertions contradictoires, devons-nous enlever de nos auteurs les feuilletts où nous trouvons l'objet recommandé. Je crois que non. Mais l'ergot, comme toutes les autres drogues, ne doit être employé que lorsque son usage est formellement indiqué. Ainsi par exemple, vous venez d'accoucher une femme qui a déjà eu des hémorrhagies et qui est encore menacée d'inertie utérine secondaire. Vous ne devez pas hésiter; donnez de l'ergot, 1 dr. de l'ext fluide; répétez dans 10 ou 15 minutes si l'utérus ne se contracte pas fermement; si l'hémorrhagie persiste et est considérable, vous aurez recours en même temps à d'autres moyens très-avantageux, comme les irrigations intra utérines d'une solution de sublimé corrosif au 2000e, à 110° Fahrenheit. En attendant que l'on prépare la seringue ou l'irrigateur, vous pouvez contrôler l'hémorrhagie par la compression manuelle. Introduisez une main dans le vagin et pincez les lèvres du col en refoulant l'utérus en haut tandis que de l'autre main vous exercez une forte compression sur le fond de l'utérus à travers les parois abdominales. Pour prévenir le retour de l'hémorrhagie, avant de retirer la main, introduisez-la dans l'utérus pour le débarrasser de tous les caillots qui peuvent y séjourner, et exciter les contractions de cet organe; puis donnez le sein promptement à l'enfant pour l'y tenir constamment: administrez 1 drachme d'extrait fluide d'ergot toutes les 2 ou 3 heures. En suivant ces précautions, il est douteux qu'il puisse arriver un cas fatal d'hémorrhagie *post partum*.

Contre les douleurs quelquefois violentes qui apparaissent après l'accouchement et qui ôtent à la femme tout repos et toute tranquillité, on emploiera des compresses chaudes à l'alcool camphré et même des cataplasmes laudanisés. Si, malgré cela, ces *tranchés* persistent, on administrera une dose de morphine dont la quantité variera suivant l'intensité des douleurs. Dans ces derniers temps, on a employé, contre les douleurs *post-partum*, l'antipyrine avec un certain succès.

Le médecin devra surveiller attentivement les lochies, se rendre compte par lui même des variations dans la qualité et dans la nature de l'odeur de cet écoulement. Il ne faut pas oublier que des différences notables peuvent exister sans qu'il y ait la moindre affection soit de l'utérus, soit du vagin. L'écoulement peut cesser quelques heures après l'accouchement, surtout dans le cas où l'enfant est mort-né; l'écoulement peut durer le temps habituel, mais être très peu abondant, et c'est ce qui arrive d'ordinaire quand il y a eu hémorrhagie, soit au moment de l'accouchement, soit après. Sans être plus long que d'habitude, l'écoulement peut être très abondant. Dans ces cas, il est nécessaire de prescrire à la malade un régime plus fortifiant, repos absolu, etc. Dans quelques cas, les lochies, après avoir diminué, reparaissent très abondantes. C'est ce qui arrive en général quand la malade se lève trop tôt ou qu'elle marche trop. Le repos suffit pour faire disparaître

cet accident. Voici en général la conduite que je prescriis à mes patientes dans les cas ordinaires et réguliers : jusqu'au 4^e jour elles gardent le lit constamment et s'y asseoient pour prendre leur nourriture et satisfaire à leurs besoins naturels. Le changement de position en s'asseyant permet au vagin de se débarrasser des caillots qui peuvent y séjourner, et procure du bien-être à la malade fatiguée d'une position horizontale longtemps prolongée. Du 4^e au 9^e ou 10^e jour, alors que la fièvre de lait est passée, la malade peut s'asseoir dans un fauteuil à côté de son lit, 2 ou 3 heures par jour, ayant bien soin de se couvrir de flanelle, évitant les courants d'air et les refroidissements, et se donnant bien garde de marcher. Passé ce temps, jusqu'au 30 ou 40^e jour, la malade peut circuler dans ses appartements et se livrer à quelques occupations légères seulement.

Quelquefois les lochies sont arrêtées par suite de la présence d'un caillot à l'orifice utérin. Il faut que ce caillot soit expulsé spontanément ou que l'accoucheur l'extrait de la main pour que l'écoulement puisse se reproduire.

La couleur anormale des lochies n'est pas sans inspirer quelquefois de sérieuses inquiétudes. Au lieu de passer du rouge au rose, puis au jaune, elles peuvent prendre une teinte brune et devenir en même temps très âcres et très fétides. Cette fétidité des lochies survenant du 2^e au 5^e jour est souvent le premier symptôme morbide qui éveille l'attention du médecin dans les cas d'infection putride ou septicémie. De soi-même, le canal de la parturition est aseptique. Pour que la putréfaction s'y établisse, il faut qu'il s'y introduise du dehors, par un moyen ou par un autre, des micro-organismes, des ptomaines, qui déterminent le procédé de décomposition; les moyens d'introduction de ces germes sont la rétention et la décomposition du placenta en tout ou en partie, des fausses membranes ou des caillots, la main de l'accoucheur, une atmosphère surchauffée dans la chambre de la malade, et la malpropreté dans le lit de la nouvelle accouchée. Comme mesures prophylactiques, le médecin veillera en premier lieu à ce que tout soit bien expulsé de la matrice: placenta, fausses membranes et caillots. Puis il verra à ce que la chambre de la malade soit maintenue à une température modérée, car je suis d'avis que beaucoup de complications qui surviennent dans la période puerpérale sont dues à la température élevée qui règne quelquefois dans les chambres d'accouchement. Si vous voulez que votre malade ait une convalescence prompte et heureuse, tenez sa chambre fraîche. Le linge de la patiente, ses draps de lit, ses piqués, lavés et repassés de frais, seront changés une et même deux fois par jour. Les lombes, les parties génitales, les cuisses de la malade seront lavées tous les matins avec une solution tiède de sublimé corrosif, au 2000^e. Si le médecin est obligé de faire quelqu'examen, ses mains seront d'abord lavées, les

ongles étant ras et nettoyés, puis passées dans une solution au 2000^e. S'il se sert d'instruments : sonde, cathéter ou seringue, ils devront être lubrifiés avec de l'huile d'olive ou de la vaseline carbolisées. En un mot, tout ce qui approche la nouvelle accouchée doit être parfaitement propre et aseptique.

Si, malgré toutes ces précautions, il survient des symptômes d'infection putride, il ne faut pas hésiter à pratiquer des irrigations vaginales et même intra-utérines chaudes, soit de bichlorure de mercure au 4000^e, soit d'acide carbolique au 50^e. Pour pratiquer ces irrigations, à défaut de sonde à double courant, je me sers d'une seringue à lavement ordinaire, à laquelle j'adapte un tube à drainage d'un pied de long à peu près.

A deux pouces de l'extrémité du tube qui doit être introduite dans l'utérus, j'enroule un fil de soie qui m'indiquera à quelle profondeur je puis introduire ce tube. La seringue et le tube à drainage sont remplis de la solution de sublimé corrosif, et le tube est introduit dans l'utérus jusqu'à ce que le fil arrive à l'orifice externe du col de la matrice. La solution est poussée dans l'utérus, jusqu'à ce qu'elle revienne claire. Une pinte suffit généralement pour effectuer ce lavage, quoique quelquefois un gallon soit requis pour obtenir cet effet. Une fois l'irrigation finie, le bout de la seringue est retiré du tube qui reste en place pour favoriser la sortie de tout le liquide injecté, pour drainer l'utérus. Pour les injections utérines, je préfère le tube à drainage pour plusieurs raisons : Il est peu coûteux, le médecin en a toujours sous la main : quand il a servi à une injection, ou au moins à un cas, on peut le détruire, le faire brûler, et ne pas s'exposer à transporter d'une malade à l'autre les germes d'infection. De plus, le caoutchouc, étant mou et souple, n'expose pas l'accoucheur à produire des déchirures, et par là causer une hémorrhagie et ouvrir une nouvelle porte à l'infection putride. Le même appareil que vous voyez ici dans toute sa simplicité peut encore être d'une grande utilité au médecin quand il veut employer les irrigations chaudes vaginales ou intra-utérines dans le cas d'hémorrhagie.

V. Vessie, urèthre.—Il faut faire uriner la malade dans les 6 ou 8 heures qui suivent l'accouchement, ou même plus tôt. Si elle éprouve quelques difficultés à uriner, on applique sur la vulve une serviette trempée dans de l'eau chaude ; si ce moyen ne suffit pas, il faut avoir recours au cathétérisme. En général, la vessie reprend sa contractilité après 7 ou 8 jours. La cause de cet inconvénient est un léger degré d'inflammation produit par une forte pression, lors du passage de la tête de l'enfant, ou par une contraction spasmodique du col de la vessie.

VI. Seins.—Le traitement des seins, quoique n'étant pas un sujet qui a directement en vue la pré-ervation de la vie humaine, demande cependant la sérieuse attention de tout médecin réfléchi

et judicieux ; en effet ce sujet ne comporte-t-il pas en lui-même la santé et le confort de cette partie de la race humaine la plus délicate et dans l'état présent de notre société la plus sensible à la douleur. Combien souvent l'anxiété du médecin est-elle excitée par cette question, en apparence si simple, le traitement des seins ; car de là dépend souvent non seulement la convalescence heureuse de sa malade, mais encore la propre réputation du médecin. Ce n'est pas toujours tant l'habileté dans de brillantes opérations obstétricales qui nous gagne la confiance de nos malades, que le succès avec lequel nous parvenons à conduire nos cas d'accouchements jusqu'à une convalescence complète sans aucune entrave.

Dans les cas ordinaires d'accouchement, les seins restent mous pendant 24 heures, puis ils commencent à grossir et à devenir douloureux. De la 40^e à la 60^e heure, ils sont manifestement plus volumineux, plus lourds et plus sensibles. La malade éprouve des frissons, une chaleur générale, de la douleur et de la sensibilité dans les seins ; le pouls est accéléré ; c'est la *fièvre de lait* qui commence : après 24 ou 36 heures au plus de durée, ce malaise cède de lui-même. Le meilleur des remèdes, en ce cas, est de faire têter l'enfant le plus tôt possible. Plus vite la sécrétion lactée sera établie et plus vite la fièvre diminuera. Si cependant la fièvre de lait se prolonge au-delà du temps ordinaire, sans sueurs surtout, et après avoir débuté par un frisson violent et assez prolongé, si le gonflement de la glande mammaire se propage jusqu'aux glandes de l'aisselle, de manière à faire craindre une phlegmasie sérieuse, le médecin ne devra pas hésiter à appliquer sur les seins des compresses trempées dans l'eau froide. Le Dr. Kurz, médecin allemand, affirme qu'avec ce traitement, il n'a jamais vu un abcès du sein. Le Dr. Bartholow, de Philadelphie, recommande le *phytolacca decandra*. Il dit qu'il a souvent réussi à faire avorter un abcès menaçant du sein avec l'onguent de *phytolacca*, ou en couvrant le sein de ouate trempée dans l'extrait fluide de cette drogue. En même temps on administre à l'intérieur un purgatif salin et la quinine à dose fébrifuge. S'il y a *galactorrhée* ou excès de sécrétion du lait, diète sèche, exempte de liquides. S'il y a *insuffisance* dans la sécrétion lactée, diète généreuse, liquide, beaucoup de sommeil, toniques amers, cidre, bière, etc. Pour prévenir et guérir les *excoriations*, enduire le mamelon de teint. de benjoin co. xx gtt^s à l'oz. après chaque tétée. Protéger le sein au moyen d'un sein artificiel. Contre les *ulcérations* et les *fissures*, application d'une solution de nitrate d'argent, x grs. à l'oz. d'eau, sur la partie affectée seulement, que vous saupoudrez ensuite de poudre de bismuth ou que vous recouvrez de collodion. Sein artificiel. Les mesures précédentes, si elles sont bien observées, épargneront beaucoup de malaise et d'ennui à la femme appelée à nourrir son enfant. Il suffit d'avoir vu une fois seulement une femme prise de fissures au sein ou menacée d'un abcès de cet organe pour se sentir pris de compassion pour elle et travailler à atténuer ses souffrances.

Avec ces considérations se termine mon travail. L'étude que je viens de mettre sous vos yeux et de proposer à votre attention est loin d'être complète. Cependant j'aurai été amplement récompensé des quelques recherches que j'ai pu faire, si j'ai tracé là quelques jalons qui pourront servir de points de repère dans le traitement de cette portion si intéressante de nos malades que nous appelons les *nouvelles accouchées*, de cette partie si chère de l'humanité souffrante à laquelle appartiennent ou ont appartenu nos mères !

St-Valentin, 13 octobre, 1890.

Il ne suffit pas de prendre un air austère et de s'habiller comme Caton, pour en avoir les vertus.—DR GRELLETY.

Le troisième commandement du code de la chevalerie, d'après M. Léon Gautier, était ainsi conçu : " Tu auras le respect de toutes les faiblesses et t'en constitueras le défenseur. "

Ce mot d'ordre n'est point devenu lettre morte, lorsque la chevalerie disparut. Il a été recueilli par bien des médecins, et pour plus d'un il est la loi. Sans le savoir peut être, ils l'ont adopté pour devise dans leur œuvre de commisération et de salut.— Non seulement ils respectent la faiblesse, mais ils la guérissent, la font disparaître et ne craignent pas de pénétrer au plus profond des désespérances humaines, pour y découvrir quelque misère plus lamentable que les autres, afin de la secourir.—DR GRELLETY.

Des conséquences du duel dans les universités allemandes.

—Les écoliers sont décidément bien fin de siècle ; à Paris et à Vienne ils se suicident pour un examen manqué ; à Berlin, ils se battent en duel pour une misère. Le Ministre de l'instruction publique de Prusse vient d'adresser une circulaire à toutes les autorités scolaires où il annonce qu'une enquête officielle a confirmé le fait d'un duel d'écoliers rendu public par la presse. Il s'agissait d'un *undersekundaner* (élève de seconde) et d'un *obertertianer* (élève de troisième) qui ont échangé trois balles à douze pas, du reste sans résultat. Comme punition, les deux duellistes et leurs seconds, également des écoliers, ont été chassés de l'établissement auquel ils appartenaient. Les autorités scolaires sont invitées à en user de même dans des cas analogues. La *Gazette populaire de Cologne* approuve ces mesures, mais déclare qu'elles n'auront d'effet que quand on les complétera en interdisant dans les Universités les *mensurations* ou duels à la rapière entre étudiants.

REVUE DES JOURNAUX

MEDECINE.

Les pleurésies. (1) — Clinique de M. le Dr. LANCEREAUX, à la Pitié. — Cette marche cyclique de la pleurésie essentielle, vous la trouverez aussi chez la malade qui est couchée au No. 9 de la salle Lovain. C'est une jeune fille de 16 ans, H... Julie, couturière, qui est entrée il y a six jours dans notre service. Réglée à 14 ans, sa menstruation a, depuis, toujours été régulière, et aucune maladie antérieure n'a été relevée dans ses antécédents. Chez elle, la pleurésie remonte déjà à quelques semaines, et le début exact de la maladie est plus difficile à déterminer. D'après ce qu'elle rapporte, les premières manifestations remonteraient à un mois environ; à cette époque, ses règles se sont brusquement supprimées; elle a eu de l'œdème autour des malléoles, de l'essoufflement et de la fièvre. Elle n'a pas quitté la chambre depuis cette époque: l'appétit a considérablement diminué, la bouche est mauvaise, les urines rares et rouges. Elle se tient couchée sur le dos, le décubitus latéral droit ou gauche lui étant très pénible et provoquant des quintes de toux sans expectoration. La plèvre gauche est remplie de liquide; la matité est complète en arrière; en avant, tout à fait sous la clavicle, il est possible d'obtenir par la percussion le bruit skodique. La percussion de l'espace semi lunaire de Traube montre que le tympanisme normal est remplacé par une matité complète. Le cœur est fortement dévié vers la droite, et la pointe bat au niveau du creux épigastrique.

Le 18 février, c'est-à-dire le lendemain de son entrée, on pratique la thoracontèse, et l'on retire un litre et demi de liquide jaune clair qui se prend en masse par la chaleur. La ponction est suivie de quintes de toux rapidement calmées, et la respiration devient beaucoup plus libre. Dans ce cas, comme dans le précédent, je me suis abstenu systématiquement de toute intervention thérapeutique; comme le début de la pleurésie me paraît remonter à un mois environ, je suis persuadé que dans une semaine ou deux la guérison arrivera naturellement. Il est évident que si j'appliquais un ou plusieurs vésicatoires, je n'empêcherais pas la terminaison heureuse de se produire: et si l'évolution naturelle de la

(1) Fin. Voir livraison de novembre.

pleurésie ne m'était pas connue, je pourrais me vanter d'avoir provoqué la résorption du liquide par mon intervention. C'est ainsi que l'on juge trop souvent l'effet des médications. Ce qui prouve d'ailleurs l'inefficacité des divers traitements contre la pleurésie essentielle, c'est leur multiplicité. Suivant des idées dominantes, on a préconisé tantôt les révulsifs, tantôt la saignée, tantôt l'emploi du tartre stibié; et chacune de ces méthodes a eu ses succès; ou plutôt aucune d'elles n'a empêché la terminaison naturellement favorable de la maladie.

La *pleurésie essentielle*, ou fièvre pleurétique dont l'évolution clinique est si bien réglée, a aussi des caractères anatomiques qui la différencient nettement des autres inflammations pleurales. La première modification morbide est celle des cellules de revêtement de la plèvre, qui augmentent de volume, deviennent granuleuses et se détachent par places. Les vaisseaux sanguins se dilatent et apparaissent sous forme de fines arborisations. Les lymphatiques s'élargissent et se remplissent de bouchons fibrineux qui les obstruent. La plèvre est friable, dépolie; elle se recouvre d'une fausse membrane molle, grisâtre qui adhère faiblement aux parties sous-jacentes; puis l'épanchement se produit, parfois brusquement et d'un seul coup, plus souvent par poussées successives.

Le liquide est d'ordinaire abondant; sa quantité devient telle dans quelques cas qu'il élargit la cage thoracique et qu'il nivelle les espaces intercostaux. Il a une réaction alcaline et se coagule en masse par la chaleur; il est clair, jaune ambré, et reste tel pendant tout le temps de la maladie sans jamais devenir spontanément purulent!

Dans les cas rares où il existe de la suppuration, celle-ci doit être attribuée à une infection imputable au médecin; elle s'observe généralement à la suite d'une thoracentèse mal faite. L'étude de la densité du liquide est très importante: Méhu, qui a fait des recherches intéressantes sur les liquides pathologiques, a montré que plus la quantité des matières solides est considérable dans les épanchements de la plèvre, plus le pronostic est favorable. Tout liquide d'une densité supérieure ordinaire, et qui se prend en masse par la chaleur, appartient à une pleurésie franche aiguë.

Examiné au microscope, ce liquide montre des leucocytes, quelques hématies, et des grumeaux de fibrine; quand il est ancien, il n'est pas rare d'y trouver des cristaux de cholestérine. La partie qui s'est coaguée spontanément est constituée par un réticulum fibrineux dans les mailles duquel on trouve des leucocytes et des hématies peu abondantes.

Tels sont les caractères cliniques et anatomo-pathologiques qui distinguent la pleurésie primitive, essentielle, et qui en font, dans le groupe des inflammations pleurales, une affection spéciale qu'il y a lieu de désigner d'un nom particulier.

La dénomination qui nous paraît devoir être préférée est celle de *fièvre pleurétique*, puisqu'elle montre qu'il s'agit là d'une véritable maladie générale à localisation sur la plèvre, de même qu'on appelle *fièvre pneumonique* la localisation de l'infection pneumococcique sur le poumon. Cette pleurésie, du reste, est vraisemblablement aussi une maladie infectieuse, si on en juge par les symptômes de son début : frissons, fièvre, céphalalgie, etc., avec localisation sur la plèvre. Elle est, en tout cas, une maladie autonome, car elle a une marche régulière et cyclique qui comprend une période d'augmentation, une période stationnaire ou d'état, une période de résolution ou de résorption, accompagnée de phénomènes critiques. Enfin et surtout, elle a une existence tout à fait indépendante; elle n'est conditionnée par aucune maladie locale, pleurale ou pulmonaire, qui la précéderait ou qui persisterait après elle. Quand son évolution est terminée, le malade est guéri et guéri définitivement, de même qu'un pneumonique ou un typhique qui ont mené leur maladie à bonne fin.—*Bulletin médical.*

La tympanite.—Clinique de M. le Dr RENDU, à l'hôpital Necker.
—La tympanite constitue souvent un symptôme prédominant dans un bon nombre d'affections abdominales et peut être la source de grandes difficultés diagnostiques; chez un homme entré dans le service, par exemple, sujet vigoureux et paraissant d'une bonne santé habituelle, la tympanite a pris des proportions considérables et c'est le phénomène dont il se plaint le plus, quoiqu'il existe quelques autres troubles digestifs. Chez lui cependant, en procédant par exclusion, on arrive à la presque certitude d'une cirrhose: ce qui attire l'attention dans cette direction, c'est que cet homme est suspect d'alcoolisme et, de plus, présente cet aspect assez caractéristique qu'ont souvent les cirrhotiques au début. Ces malades sont souvent des sujets vigoureux avec les joues colorées, un peu variqueuses, avec un teint jaunâtre sur lequel cette coloration tranche nettement; le foie, assez petit, est un peu douloureux, ce qui fait penser à un léger degré de périhépatite; les urines colorées et chargées de sédiments uratiques sont peu abondantes; mais chez lui ces divers phénomènes ne sont que secondaires et sont venus s'ajouter, en en corroborant la signification, au phénomène principal, la tympanite, qui semble ici avoir le plus d'importance. Or la tympanite, jointe aux troubles gastriques, peut exister pendant fort longtemps dans la cirrhose avant des accidents plus sérieux.

Chez une autre malade, âgée de 61 ans, cachectique, la tympanite est aussi le phénomène prédominant; mais chez elle, en raison de son âge, de la constipation habituelle suivie de crises de diarrhées, de l'état cachectique, bien qu'on n'observe aucun phénomène local, on doit penser à un de ces épithéliomas annulaires qui restent latents fort longtemps et siègent presque toujours dans l'S iliaque.

Ce sont là deux exemples fort différents de tympanite et dans lesquels on ne peut avoir que des présomptions sur le diagnostic. Mais les cas dans lesquels la tympanite peut se montrer sont multiples et souvent d'une très grande obscurité.

La tympanite peut avoir trois origines différentes : l'effusion de gaz qui la constitue peut se produire dans le péritoine : elle peut surtout siéger dans l'intestin ou dans l'estomac. La pénétration du gaz dans le péritoine est facile à reconnaître ; les symptômes : météorisme rapide et énorme, sidération du système nerveux, etc., sont d'une gravité extrême. Cependant, il est des cas où cet épanchement de gaz ne se manifeste pas par des troubles fonctionnels de cette importance. M. Rendu en a observé un cas curieux. Une jeune fille venue à l'hôpital à pied présentait une distension abdominale considérable survenue lentement et non brusquement après un repas normal. Comme il s'agissait d'une femme nerveuse, sujette à des crises convulsives, on pouvait penser à une tympanite hystérique. Cependant l'état du pouls, qui était très déprimé et incomptable, dénotait un état beaucoup plus grave, et de fait, la malade succomba dans la nuit. A l'autopsie, on trouva une large perforation de l'estomac par ulcère rond. Ainsi il s'était produit un épanchement considérable de gaz et de matières alimentaires dans le péritoine, sans qu'il y eût douleur abdominale violente, sans même que la marche ait été empêchée pendant les premières heures qui l'ont suivi. Les faits de ce genre sont, il est vrai, très rares, mais présentent de l'importance au point de vue du diagnostic et au point de vue médico-légal en général. Les caractères ordinaires de cette tympanite péritonéale sont la douleur violente, le brusque développement, la distension énorme du ventre qui pointe en avant, et la sonorité plus grande que dans la tympanite intestinale.

La tympanite intestinale se fait par un mécanisme complexe : le rôle prédominant est joué par l'abondance des gaz, mais il s'y joint toujours un état nerveux concomitant qui amène un défaut de résistance du muscle intestinal : c'est ce qui donne lieu à cette apparence curieuse de la tympanite hystérique qui se fait brusquement, et cela sans qu'il y ait augmentation de la quantité des gaz intestinaux.

Lorsque l'on voit survenir une tympanite chronique spontanée, on doit tout d'abord penser à une obstruction intestinale lente. La plupart du temps, il s'agit d'une tumeur ou d'une ulcération épithéliale qui forme bride. Il peut s'agir aussi de brides cicatricielles mal placées et l'étranglement augmente alors d'autant plus que la distension est plus grande. Si l'obstacle siège au-dessous du gros intestin, celui-ci peut donner à l'abdomen, par sa distension, une déformation curieuse, et on peut sentir ainsi tout autour du ventre une saillie considérable dont les reliefs sont faciles à reconnaître. Chez un jeune garçon de 17 ans, observé

par M. Rendu, et qui, sous une influence restée inconnue n'allait à la selle que tous les mois, cette déformation était extraordinairement marquée.

La constipation chronique, en dehors même de toute lésion, peut amener une tympanite considérable ; or cette tympanite n'est jamais si grande qu'après l'emploi des purgatifs drastiques : il y a donc là une indication formelle à ne pas employer cette médication dans ces cas.

La péritonite chronique donne lieu aussi souvent au même phénomène, mais presque toujours dans ce cas il y a aussi un peu d'ascite ; il faut donc se défier d'une tympanite qui s'accompagne d'ascite. Mais quelques péritonites tuberculeuses ont pour premiers symptômes un météorisme énorme. M. Rendu a observé ainsi une jeune fille considérée à un moment comme atteinte d'occlusion intestinale et qu'on fut sur le point d'opérer ; c'était le début d'une tuberculose aiguë généralisée.

Les cas de diagnostic les plus difficiles sont précisément ceux de tuberculose miliaire aiguë diffuse, surtout lorsque les malades sont des sujets nerveux. Récemment, chez un enfant paraissant atteint de congestion pulmonaire, M. Rendu a observé une tympanite intense avec quelques troubles intestinaux, se produisant après chaque repas ; or, c'était encore le début d'une péritonite tuberculeuse qui a ensuite continué à évoluer normalement. Il faut donc être réservé sur le pronostic de certaines tympanites.

C'est peut-être encore au sujet des tympanites nerveuses proprement dites qu'on commet le plus d'erreurs de diagnostic. Celles-ci peuvent être localisées, ou généralisées, et présenter les aspects les plus variés, d'autant mieux qu'elles sont souvent accompagnées d'autres phénomènes hystériques.

La tympanite partielle peut être localisée à certaines parties, à une anse intestinale même ; survenant brusquement, le plus souvent après le repas, elle est accompagnée de borborygmes excessifs, et le malade rend des quantités de gaz énormes ; ces accidents se produisent non seulement chez les femmes, mais aussi chez des garçons nerveux, qu'il suffit souvent de traiter par l'exercice pour les guérir.

Dans la tympanite hystérique générale, ce qui est remarquable surtout, c'est la distension énorme de l'abdomen qui survient avec une grande rapidité, en quelques minutes, souvent à la suite d'une émotion, d'un trouble psychique ou de la suppression des règles. On peut d'ailleurs observer différents types de cette tympanite nerveuse. Dans certains cas, la tension du ventre est très douloureuse, la dyspnée est extrême par l'immobilisation du diaphragme, le moindre attouchement est douloureux.

C'est là un type rare.

Dans d'autres cas, la maladie est tout à fait indolente et il y a une contradiction singulière entre l'absence des symptômes fon-

tionnels et l'énormité du volume de l'abdomen ; et non seulement alors, il n'y a pas de douleur, mais il y a aussi une insensibilité caractéristique ; souvent aussi on observe en même temps un peu de parésie vésicale.

L'état de la paroi abdominale est en général très remarquable. elle est presque toujours d'une dureté excessive, contracturée, ce qui donne alors au ventre une forme spéciale donnant absolument la sensation d'une tumeur. La respiration aussi est assez caractéristique et se fait par les côtes supérieures.

Comme l'affection dure le plus habituellement fort longtemps, il s'ensuit souvent une déformation notable de la colonne vertébrale, et alors les malades prennent une attitude tout à fait analogue à celle de la femme enceinte arrivée aux derniers mois de la grossesse, attitude qui est la source de fréquents erreurs.

Au point de vue du diagnostic, plusieurs cas peuvent se présenter : il peut se faire qu'une hystérique présente, en même temps que le ballonnement du ventre, une parésie des membres inférieurs et des troubles vésicaux ; on est alors en présence du tableau de la myélite transversée, d'autant plus qu'il existe souvent une zone d'hyperesthésie en ceinture au dessus du ventre. Le diagnostic se fait alors presque toujours par la comparaison des troubles moteurs et sensitifs. En cas de tympanite nerveuse, ces derniers précèdent, en effet, toujours de longtemps les troubles moteurs. Mais cette éuccession n'est pas toujours facile à établir. Chez une malade du service, atteinte de tympanite, il existait une paraplégie présentant exactement l'aspect de la myélite transversée, avec eschare et atrophie musculaire ; elle était considérée comme devant succomber prochainement, lorsqu'elle se remit brusquement à marcher ; elle fut même atteinte alors d'une amaurose, mais qui ne fut que passagère.

Un signe important à rechercher encore dans les paraplégies hystériques, est l'exagération du réflexe rotulien qui, au contraire, est affaibli dans la myélite.

Un autre type clinique de la tympanite est celui dans lequel la distension se produit avec la suppression des règles, les vomissements et les accidents de péritonisme. L'absence de la fièvre, l'aspect du facies, et la disparition rapide des symptômes permettent d'écarter le diagnostic de péritonite.

L'existence de la fausse grossesse est souvent plus difficile à apprécier et ce n'est guère que vers le quatrième mois qu'on s'aperçoit de l'erreur. Cependant, le développement de l'abdomen est beaucoup plus précoce que dans la grossesse vraie, et l'ensemble des autres caractères fait défaut. Il faut savoir aussi que cette fausse grossesse se rencontre souvent dans les cas d'hystéries latentes qui ne se manifestent qu'à cette occasion.

Quand aux cas de tympanite partielle, laissant croire à l'existence d'une tumeur, il n'est souvent possible de les préciser qu'en endormant les malades par le chloroforme.

Le chloroforme peut encore être utilisé dans les cas assez fréquents, où on peut croire à une péritonite tuberculeuse. Dans ces cas, le ventre est dur et inégal, il existe souvent une toux sèche d'origine réflexe et l'hésitation peut persister pendant des mois. Pourtant, quoiqu'il en soit, les malades parlent alors souvent de leur fièvre, on peut constater par le thermomètre qu'il n'y a pas d'élévation de température. Cependant on peut voir l'erreur inverse, et des malades considérées comme atteintes de tympanite nerveuse ont en réalité une péritonite: ici il faut rechercher avec le plus grand soin l'existence d'un peu d'ascite.

Enfin, il y a des tympanites simulées: certains malades savent avaler de l'air; mais ici c'est l'estomac seulement qui est distendu et un vomitif suffit souvent pour faire tout disparaître. — *Scalpel.*

De la polyurie syphilitique, par LECORCHÉ ET TALAMON. — Le diabète insipide, le diabète hydrurique, la polyurie simple ou essentielle, sont caractérisés par deux phénomènes principaux: augmentation normale de la quantité d'eau excrétée par les reins et soit exagérée; on ne rencontre, dans l'urine, ni sucre, ni albumine, ni urée en excès, ni acide oxalique en quantité anormale.

De l'étiologie du vrai diabète hydrurique, les deux causes qui se dégagent le plus nettement sont: l'influence héréditaire et les lésions cérébrales. De ces lésions cérébrales de la base, certaines ressortissent-elles à la syphilis? Cela paraît assez probable, mais les auteurs n'en font pas mention. MM. Lecorché et Talamon publient une observation où l'origine syphilitique de la polyurie n'est pas discutable: cette observation a été rédigée par le malade lui-même, homme instruit et intelligent; elle offre comme un aperçu général de toutes les indications qui peuvent être dirigées contre le diabète insipide; elle peut se résumer ainsi: syphilis en 1879; traitement énergique pendant trois ans, accidents secondaires presque nuls. En 1882 premiers troubles nerveux qui indiquent une tendance à la localisation de la syphilis vers la moelle allongée, difficulté dans l'articulation de certains mots, morsures involontaires de la langue, néralgie cervico-faciale gauche avec quelques mouvements involontaires dans les doigts. Deux ans après, apparition brusque d'une polyurie de 5 à 6 litres, accompagnée de vomissements, d'inappétence, d'excitabilité nerveuse générale. L'amaigrissement et l'affaiblissement font des progrès si rapides que, cinq mois après le début de la polyurie le malade est obligé de prendre le lit: iodure de potassium à haute dose; aucune médication depuis n'a donné de résultat, sauf quand on reprenait les mercuriaux et les iodures.

Après avoir cité une autre observation déjà produite, MM. Talamon et Lecorché concluent:

10. Que la syphilis a une influence certaine sur la production du diabète insipide;

20. Que la polyurie syphilitique résulte probablement d'une localisation scléro-gommeuse au voisinage du plancher du 4^e ventricule, peut-être aussi des lésions syphilitiques des artérioles de cette région;

30. Qu'elle est précédée ou accompagnée de troubles nerveux dus à l'irritation des troncs qui émergent de la région bulbo-protubérantielle;

40. Que ces troubles nerveux peuvent persister ou disparaître, le diabète insipide restant alors le seul symptôme de la lésion bulbaire syphilitique — *Annales des maladies des organes génito-urinaires.*

CHIRURGIE.

Des abcès froids. (1) Clinique de feu Daniel MOLLIERE.—En même temps, tandis que la lésion osseuse évolue, l'organisme se défend contre le processus purulent. C'est ce qui aboutit à la formation de la membrane qui enveloppe et limite l'abcès. Cette membrane a reçu le nom de *membrane pyogénique*. On l'a représentée comme un organe sécrétant le pus; puis d'autres théories sur la genèse de ce liquide étant nées, on a nié l'existence de la membrane pyogénique. Puis de nouveau, il a fallu lui décrire une physiologie spéciale quand ont paru les travaux sur la diapédèse des globules blancs. Peu nous importe ces théories, ce que nous savons en clinique, c'est que les abcès froids ou pour mieux dire les abcès ossifluents sont contenus dans une membrane très épaisse; que dans cette membrane circulent des vaisseaux artériels et veineux, très nombreux, mais surtout des vaisseaux capillaires monstrueux, c'est-à-dire fragiles, c'est-à-dire susceptibles de devenir ainsi des organes absorbants redoutables.

Cette membrane recèle aussi très souvent des granulations tuberculeuses et des produits de même nature: bacilles ou autres susceptibles d'infecter l'organisme. Quand la source du pus est guérie, quand le pus s'est résorbé, cette membrane change de caractère, elle se transforme en tissu de cicatrice rétractile sur lequel les éléments tuberculeux ne sauraient se développer, et quand le contenu de l'abcès froid par un mécanisme quelconque a disparu, la membrane pyogénique n'est plus qu'un cordon fibreux analogue à une bride cicatricielle.

Les transformations du pus sont aussi très importantes à connaître: crémeux pendant la période d'état alors que la lésion

(1) Fin. Voir livraison de novembre.

osseuse existe encore, il est vivant en quelque sorte, il possède des propriétés ulcérautes, de là les décollements, de là la migration à travers les interstices musculaires. Mais plus tard il subit des transformations, il change d'aspect, se divise en plusieurs couches. Il est grumeleux, floconneux. Il se forme dans sa masse des coagulations qui ressemblent à des grains de riz cuits. On a eu tort de les appeler grains riziformes, car ce sont, en somme, des produits qui peuvent receler des éléments tuberculeux et être inoculables. Au contraire, les grains riziformes, ainsi nommés par les auteurs classiques, et que les anciens appelaient hydatides du poignet, n'ont rien de commun avec la tuberculose, puisqu'on les retrouve le plus souvent chez les goutteux ou rhumatisants chroniques.

Survient-il un accès de fièvre sous l'influence de la malaria, par exemple, chez un sujet atteint d'abcès froid, on voit disparaître la sérosité de cet abcès. Il se résorbe. Il ne reste plus dans la poche qu'un amas plus ou moins épais de substance caséuse. La séparation du sérum et de la substance est parfois si complète qu'à la ponction l'on craint avoir affaire à un kyste séreux.

Après la résorption de la sérosité observe-t-on celle de la matière caséuse? Je n'oserais le nier absolument, mais je ne le crois pas. C'est une substance *inabsorbable* qui se trouve renfermée dans une membrane devenue inabsorbante. Elle joue le rôle de corps étranger et finit par se faire jour au dehors. C'est ce que j'ai pu observer l'an dernier chez un italien qui portait à la cuisse une tumeur molle, douloureuse, qu'on prit tout d'abord pour une hernie musculaire, car il s'en était aperçu à l'occasion d'un effort, ce qui nous prouve qu'il ne se portait pas trop mal alors. En incisant la tumeur, nous donnâmes issue à une quantité énorme de substance caséuse non liquide. La cavité fut soigneusement désinfectée, et ce patient guérit très rapidement. Il s'agissait d'un abcès ossifluent depuis longtemps guéri.

Quand la sérosité des abcès froids ne se résorbe pas, il y a ulcération progressive de la peau et ouverture spontanée. Les grumeaux dont nous avons parlé vont jouer ici un rôle important. Malheureusement quand l'ouverture spontanée se produit, la transformation de la membrane pyogénique en tissu fibreux non absorbant n'a pas encore eu lieu. La vascularité est toujours extrême. Les capillaires monstrueux dont nous avons parlé sont là, mais comprimés par la tension de l'abcès qui est extrême. On s'en rend compte quand on ouvre ces abcès; le pus jaillit avec une force extrême et va presque aussi loin que le sang d'une grosse artère ouverte.

La brusque décompression de la membrane pyogénique à l'ouverture de l'abcès amène deux accidents: 1o l'hémorragie à vacuo; 2o la résorption rapide de ce qui reste dans l'abcès. C'est un phénomène analogue à celui que l'on observe quand on ponctionne une

pleurésie aiguë sans évacuer tout le liquide. Ce qu'on laisse est résorbé rapidement parce qu'il y a décompression des vaisseaux pleuraux.

C'est à ces accidents d'hémorrhagie à *vacuo* et de résorption que s'opposent les grumeaux. Ils obtèrent l'orifice d'ouverture temporairement, sont éliminés, puis remplacés par d'autres. De cette façon l'évacuation du pus est temporaire, intermittente, la décompression n'est pas brusque, tous les accidents sont spontanément évités.

Voilà pourquoi, dans la rue, vous voyez à tous les pas des bossus avec gibbosités pointues, angulaires, se promenant pleins de vie et de santé et n'ayant jamais consulté personne. Si vous les regardiez de près vous trouveriez sur eux la trace d'abcès froids guéris spontanément à la campagne, au grand air.

N'oublions pas cette histoire naturelle des abcès froids avant d'aborder la question de thérapeutique. Elle renferme en elle-même aussi celle du pronostic qui a été beaucoup trop noircei.

Comment doit-on intervenir en cas d'abcès froid?

L'intervention doit être radicale ou nulle. Dans quelques cas rares elle doit être palliative. *Radicale*, nous en sommes absolument partisan. Quand vous êtes en présence d'une lésion osseuse nettement limitée, d'un abcès de date relativement récente, votre malade a à parcourir de longues étapes morbides avant la guérison spontanée. Il est porteur d'une poche très absorbante remplie de produits très infectieux. Si vous pouvez extirper cette poche complètement, ruginer l'os malade et obtenir une réaction immédiate, n'hésitez pas. Si elle était réalisable toujours, l'extirpation serait la méthode d'élection. Mais ce n'est que très rarement qu'on peut agir ainsi.

Mieux vaut attendre. On a proposé les ponctions successives. Boyer les faisait par la méthode sous-cutanée, pour éviter le contact de l'air, boue émissaire d'alors. C'est une méthode palliative qui mérite d'être réhabilitée aujourd'hui, mais avec l'antisepsie.

Valotte employait le séton caustique. Un énorme cordon de chlorure de zinc était introduit par deux ponctions dans la cavité morbide. Pour employer ce procédé, il fallait être certain que l'abcès n'était pas en rapport avec de gros vaisseaux, car le caustique aurait pu en amener l'ulcération. Douleurs vives, sécurité relative, lenteur extrême; c'est ainsi que l'on peut résumer cette méthode qui mérite un respectueux souvenir, car elle a sauvé bien des vies pendant la lugubre période septique du milieu de ce siècle.

Aujourd'hui on préconise les injections d'éther iodoformé. Je vous avoue franchement que je n'ai voulu avoir aucune expérience personnelle sur cette méthode, car je la crois mauvaise. Là où elle guérit, la nature en aurait fait autant. Et si votre malade, ce qui est fréquent, prend la fièvre, la température élevée de son

organisme dilate les vapeurs éthérées, de là d'effroyables douleurs et parfois la rupture des parois de l'abcès avec diffusion dans les parties voisines. De là, l'infection.

Quand et comment devons-nous donc intervenir quand l'extirpation n'est pas possible ?

Nous ne devons intervenir que dans les cas où l'abcès froid, de par ses rapports avec les cavités ou organes voisins, menacé de déterminer de graves accidents (ouverture dans la plèvre, le péritoine, etc.). En pareil cas l'ouverture doit être précédée par des ponctions répétées afin de diminuer la tension et d'éviter l'hémorragie à *vacuo*; plus tard, l'abcès étant évacué par une incision plus ou moins large, on en pratiquera la désinfection. Le drainage est toujours indiqué.

Mais en réalité, de toutes les méthodes la meilleure c'est l'expectation. La pesanteur favorise la migration du pus vers des régions où sa présence est moins nuisible. Quand l'ouverture spontanée se produit, les grumeaux, en rendant intermittent l'écoulement du pus, empêchent les accidents d'hémorragie et d'infection.

Enfin l'expérience est là pour nous montrer l'extrême fréquence des guérisons spontanées. C'est ainsi que j'ai vu guérir sans accidents et spontanément un abcès froid que je crois le plus volumineux de tous ceux qui ont été observés. Le malade qui l'avait sur le dos ne le pouvait pas porter. Son poids était tel qu'il marchait avec des béquilles. Il avait pour origine une insignifiante lésion osseuse et pas un instant de fièvre n'est venu entraver sa rapide guérison après ouverture spontanée.

Il va sans dire que l'on doit pratiquer à l'aide d'ouate antiseptique l'ouverture de ces grands abcès.—*Lyon médical.*

L'érasion.—Par M. le professeur A. DUBRUEIL. Je viens de recevoir du Dr. De Forest WILLARD, professeur de clinique et de chirurgie orthopédique à l'Université de Pennsylvanie, un mémoire sur l'*Erasion* dont la traduction pouvait peut-être paraître un peu longue, mais dont le commencement et la fin ont certainement de l'intérêt, soit comme définition, soit comme indications.

Les voici :

Erasion, en chirurgie articulaire, signifie l'ouverture et l'exploration d'une articulation, et l'ablation de tous les tissus malades, soit durs, soit mous. La synoviale, les cartilages, les ligaments et tous les foyers osseux de tuberculose qui se trouvent dans le voisinage immédiat de la jointure sont compris dans l'extirpation.

L'érasion me paraît exprimer complètement l'acte d'enlever les tissus malades par le râclage et le nettoyage, et le râclage et l'extirpation sont certainement les éléments essentiels dans le plan proposé pour l'érasion.

L'ablation des tissus malades avec la gouge et l'instrument

tranchant (abscision, arthroxésis) a dès longtemps été employée dans la chirurgie articulaire ; mais la signification de ces procédés dans l'opération précise appelée érasion, est due à Wright, de Manchester, en 1881, époque depuis laquelle elle a crû en faveur lentement, mais constamment en Allemagne et plus récemment en Amérique. En France, elle n'a obtenu qu'un médiocre accueil.

Conclusions.—I. L'érasion est une opération conservatrice indiquée pour l'ablation des dépôts tuberculeux des parties molles et des parties dures dans les régions articulaires avec le moindre sacrifice possible des parties saines. En intervenant ainsi dans les cas qui ne sont pas arrivés à suppuration, si tous les foyers peuvent être râclés et enlevés, on aura le plus souvent de bons résultats. Dans la dégénérescence pulpeuse, surtout au genou, le résultat sera en général excellent.

II. L'érasion n'est pas destinée à supplanter l'excision, mais seulement à la remplacer dans certains cas de tuberculose osseuse et de dégénérescence articulaire peu avancées, ou dans les cas où la destruction de l'os est limitée. Chez les enfants, elle est spécialement utile, puisqu'elle intéresse moins les cellules épiphysaires et la croissance consécutive. Elle a fait ses preuves de valeur spéciale au genou, pour les enfants, chez qui, par la ténotomie et l'érasion répétées de temps en temps, on a pu retarder l'excision pour plusieurs années et, partant, assurer la croissance du membre. Le temps, pour beaucoup d'enfants, n'est pas d'une sérieuse importance.

III. De même que dans le passé, l'excision a diminué le nombre des amputations ; ainsi, à l'avenir, l'érasion diminuera le nombre des excisions.

IV. Le bistouri, les ciseaux, la curette et la gouge sont nécessaires pour l'opération.

V. Il faut ordinairement s'attendre à une ankylose consécutive.

VI. L'opération est d'autant plus rapidement faite, que l'excision produit moins de shock, et si on enlève tous les tissus malades, elle fait gagner beaucoup de temps.

VI. Une asepsie entière et complète, un bon drainage, une immobilisation absolue après l'opération et une protection absolue de l'article pour un long temps sont autant de facteurs essentiels pour l'obtention d'un bon résultat.—*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier.*

Pied-bot.—*Traitement de certaines formes par le redressement forcé ; par le Dr REDARD.* Communication dans la section d'orthopédie au Congrès de Berlin.—M. P. Redard donne le résultat de sa pratique pour le traitement de certaines formes de pied-bot par le redressement forcé.

Le massage forcé, les manipulations qui donnent, surtout chez les très jeunes enfants, de brillants résultats, sont dans les cas de pieds-bots rigides, difficiles et inefficaces.

Il faut, dans certains cas, se servir de machines puissantes, permettant de développer une force suffisante, et mesurée, s'appliquant avec précision et sans pressions fâcheuses sur les parties à redresser.

M. Redard donne la description de l'appareil qu'il emploie particulièrement disposé pour le pied-bot varus équin. Deux pelotes concaves immobilisent le pied du côté interne; une pelote externe réunie à un puissant bras de levier, permet une pression énergique au niveau de l'articulation calcanéocuboïdienne. Tout l'appareil est fixé sur une planche; à l'une des extrémités de la planche, se trouve une tige qui permet de fixer une bande de caoutchouc qui s'enroule en agissant énergiquement sur l'extrémité du bras de levier.

Une fois le redressement obtenu, le pied est immobilisé dans une bonne position, dans un appareil plâtré. Après avoir insisté sur les règles pratiquées pour l'application de son appareil, M. Redard donne les résultats du traitement de 22 cas traités par sa méthode. Il n'a jamais eu d'accidents inflammatoires et douloureux après les séances de redressement. Le procédé s'applique particulièrement aux pieds-bots varus équins congénitaux.

Il convient, *surtout chez l'enfant*, jusque vers l'âge de quinze ans, même lorsque les enfants ont marché longtemps, pour les degrés très marqués de la difformité, lorsque les os ne sont pas absolument irrédicibles et les ligaments trop rigides.

Plus l'enfant est jeune, plus on peut facilement élonger et rompre les ligaments, mobiliser les articulations, et lutter contre le déplacement des os.

Lorsque le pied bot est très ancien, résistant, avec enroulement considérable, le redressement forcé avec les machines ne convient plus; il expose à des récidives et demande un traitement et une surveillance prolongés. Dans ces cas, les opérations sanglantes ont une supériorité incontestable sur la méthode de redressement forcé avec les machines.—*Scapel.*

Des lipomes transformés ou dégénérés, par M. LARDIER.—Plusieurs chirurgiens ont nié la transformation des lipomes en tumeurs malignes. Cependant le professeur Eugène Bockel et M. Tripiet ont affirmé la possibilité de cette transformation. M. Lardier cite un nouveau cas fait en faveur de cette doctrine. Rien d'étonnant à cela, dit-il, puisque lipome et cancer se développe chez les arthritiques. Donc, afin d'éviter cette transformation non certaine mais possible, il faut enlever tout lipome et, de plus, soumettre tout lipomateux à la diététique de l'arthritisme.—*Gazette médicale de Paris.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De la ténacité et de la rupture du cordon ombilicale.

—Suivant M. LAMARE, la rupture spontanée du cordon ombilical est fréquente dans les attitudes anormales de la femme, mais elle est rare, quoique possible, quand la femme est couchée sur le dos.

La ténacité du cordon, c'est-à-dire la limite de la résistance qu'il oppose à la rupture, est infiniment variable : sa fragilité, comme sa résistance, peuvent être extrêmes. Un cordon vivant (injecté, imbibé et chaud) est moins résistant qu'un cordon mort. M. Lamare démontre qu'un cordon vivant se laisse rompre par la tension d'un poids de 2 à 3 kilos, nombre inférieur au poids moyen d'un enfant à terme. Pour que le cordon cède à la traction brusque opérée par la chute d'un poids d'une hauteur de 25 centimètres, il suffit d'un poids de 1 à 2 kilogrammes. Malgré l'opinion contraire de Tardieu, M. Lamare affirme que l'enfant peut être chassé hors des parties maternelles comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts, et que la contraction utérine est suffisante pour chasser seule le fœtus et amener la rupture du cordon. Il en est de même de la poussée volontaire de la femme. Bien plus, les mouvements du fœtus, au-dedans ou au-dehors de la matrice, peuvent rompre le cordon; mais la brièveté non plus que l'épaisseur ne semblent pas en favoriser directement la rupture. Les spirales et les anomalies vasculaires du cordon sont les points faibles où il se rompt le plus souvent. Un seul choc peut d'ailleurs produire plusieurs déchirures à un cordon.

Le siège de la rupture spontanée affecte le sixième ou le septième terminal et bien plus souvent l'extrémité fœtale que la placentaire. La surface de rupture par arrachement est en biseau, irrégulière, que l'expulsion ait été rapide ou non. Les hémorragies du cordon attaché et non lié sont exceptionnelles. Les accouchements précipités sont, plus souvent que les accouchements ordinaires, suivis de lésions des parties molles de la mère, d'hémorrhagie utérine et de syncope. La chute du fœtus peut entraîner des lésions du crâne et la mort; mais cela est rare. Enfin, d'après l'auteur, la chute du fœtus dans les latrines est possible.—*Gazette médicale de Paris.*

La salpingite blennorrhagique et son traitement médical, par M. le professeur TERRILLON. Le mode de développement de la salpingite blennorrhagique présente d'assez grandes variétés suivant les cas.

Le plus fréquemment, la malade est d'abord atteinte de vaginite blennorrhagique aiguë classique, puis apparaissent quelques phénomènes d'endométrite, et enfin, vers la troisième ou la quatrième semaine, des douleurs violentes dans le bas-ventre. A ce moment la patiente prend le lit, la fièvre s'allume, il y a du ballonnement du ventre, des vomissements, bref une pelvi-péritonite. A l'examen on trouve les signes d'une salpingite au début. Parfois les phénomènes réactionnels sont beaucoup moins accentués et tout se borne à une douleur plus ou moins localisée dans un des côtés du bas-ventre.

Dans une autre catégorie de faits, les femmes sont atteintes d'une blennorrhagie avec vaginite très légère, puis, après quelque temps, les règles deviennent irrégulières, douloureuses, et, vers la cinquième ou la sixième semaine après le début de la blennorrhagie, apparaissent des symptômes bruyants de pelvi-péritonite qui durent cinq à six jours. Tout rentre alors dans le calme, mais il reste une salpingite.

Dans un dernier ordre de faits, on se trouve en présence de jeunes femmes nouvellement mariées qui ont, soit des phénomènes atténués de pelvi-péritonite, soit des signes de salpingite. A l'examen, on ne trouve aucune trace de blennorrhagie, mais la malade raconte qu'elle a quelques pertes blanches, que son linge présente de larges taches jaunes; et on peut constater que l'orifice du col laisse couler du muco-pus de couleur jaunâtre. Le mari ne présente aucun signe d'infection: mais si on l'interroge, on apprend qu'il a été atteint, il y a deux ans, trois ans au plus, d'une blennorrhagie dont il ne reste pas de trace, ou bien on constate qu'il y a, le matin, un léger suintement urétral.

M. Terrillon pense qu'il faut rechercher la cause de la salpingite de la femme dans la blennorrhagie ancienne du mari. En effet, il a constaté que le sperme d'individus qui ont été atteints anciennement de blennorrhagie présente une notable quantité de globules de pus, surtout quand il y a de l'épididymite; au moment de l'éjaculation, il a alors une couleur jaune. Ce sperme injecté à virulence atténuée déterminerait une blennorrhagie utérine et tubaire sans avoir de prises sur la muqueuse vaginale.

Ce qu'il y a le plus à remarquer au point de vue anatomique dans la salpingite blennorrhagique, c'est l'hypertrophie des villosités qui ont l'aspect de petits bourgeons saillants dans la cavité; il y a aussi hypertrophie de la musculature. La cavité contient du muco-pus qui renferme au début le gonocoque; plus tard, il disparaît. Presque toujours l'orifice péritonéal de la trompe est obturé, d'où la fréquence de la pyosalpinx. Si le pus arrive par l'utérus, il donne lieu à un écoulement interminable; dans le cas contraire, la malade est exposé à la rupture. L'ovaire n'est que légèrement atteint.

Dans la forme blennorrhagique de la salpingite, les métrorrhagies et les ménorrhagies sont très abondantes. Mais la vraie caractéristique est dans le mode de début.

Quand la salpingite consiste en un simple catarrhe de la muqueuse, la malade a une infirmité pénible qui guérit au moment de la ménopause. Cependant de graves accidents de péritonite peuvent toujours survenir.

Lorsqu'il se forme du pus et que ce dernier s'enkyste, la rupture est à craindre. Elle se fait, soit dans l'utérus ou le rectum, soit dans le péritoine. L'accident arrive brusquement, sans que rien vienne avertir la malade de son imminence. Quelquefois les symptômes de péritonite suraiguë généralisée apparaissent au début même de la salpingite, alors qu'il n'y a pas de collection purulente, mais le plus habituellement il ne se produit que de la pelvi-péritonite entraînant la formation de fausses membranes; ces fausses membranes peuvent se rompre, une nouvelle quantité de pus contamine la partie voisine de la séreuse, et ainsi de suite; il peut ainsi survenir de nombreuses poussées dans le petit bassin. Fatalement, la femme atteinte de blennorrhagie tubaire est stérile, car la maladie est presque toujours double.

Pour M. Terrillon, le grattage ne peut que modifier la muqueuse utérine qui est malade en même temps et soulage ainsi la malade; la trompe reste dans le même état. Le traitement médical est symptomatique. Contre la douleur, le repos est excellent. L'irrigation vaginale est encore un bon moyen; la malade étant couchée dans la position de l'examen au spéculum, on injecte dans le vagin une certaine quantité d'eau chaude; dès que la malade accuse une sensation de chaleur trop violente, on arrête l'irrigation en oblitérant l'orifice vulvaire. Après quelques minutes, on laisse écouler le liquide et on recommence. Il doit passer dans le vagin environ 1 litre de liquide dans une heure. Les vésicatoires et les pointes de feu appliqués sur la paroi abdominale produisent aussi de bons effets. Contre la constipation très fréquente, on devra employer les purgatifs répétés et contre les accidents de pelvi-péritonite, le repos absolu, les cataplasmes, les révulsifs et les sangsues.

Les moyens médicaux peuvent améliorer beaucoup l'état de la malade et même procurer l'apparence de la guérison, mais on ne peut affirmer que la maladie ne reviendra pas, même après un long temps de repos complet.—*Bulletin médical.*

De la vie sexuelle des femmes après la castration.—M. KEPLER (de Venise).—L'auteur a enlevé les ovaires à 46 femmes: il a obtenu 39 guérisons complètes, dont la plupart ont pu être suivies pendant un bon nombre d'années. Voici les principales conclusions physiologiques qu'il a tirées de ses observations:

1^o Après les opérations pratiquées pour une salpingite ou un

processus inflammatoire, il n'y a jamais eu dans la suite d'écoulement de sang dans l'utérus ;

Le diamètre conjugué s'est progressivement raccourci, et cela d'autant plus que la femme était plus jeune : ce raccourcissement a pu être de trois centimètres ;

3o L'utérus a diminué graduellement de volume de 8 sur 2, dans l'espace de 10 ans ; de même le vagin est devenu plus court et plus étroit ; sa muqueuse est devenue plus pâle et les grandes lèvres plus grêles ;

4o Les seins se sont atrophiés et ont pris l'aspect de ceux de l'homme ;

5o La pigmentation des mamelons, des aréoles, du périnée et de l'anus a disparu, ainsi que les pigmentations pathologiques (chloasma). La peau a pris une blancheur remarquable ;

6o La tendance de l'embonpoint général n'a pas été augmentée ;

7o Il ne s'est produit aucune modification ni du côté des poils ni du côté de la voix.

8o Les appétits sexuels sont demeurés les mêmes, et ils sont d'autant plus prononcés que l'opération a été faite à une date plus rapprochée de l'apparition de la menstruation.

9o L'opération n'est pas un obstacle au mariage ; trois des opérés se sont mariées et font depuis plusieurs années un heureux ménage.

10o Le mariage avec une femme castrée est l'union malthusienne idéale, la seule façon d'appliquer dans sa rigueur la doctrine de Malthus, sans mettre en danger la santé ou le bonheur des conjoints ;

11o Chez les femmes opérées dans leur jeunesse pour des affections inflammatoires, on ne voit pas survenir de troubles nerveux, comme l'on en constate fréquemment chez les femmes opérées pour des fibromes utérins à un âge plus avancé ;

12o Les hémorragies dues à des fibromes utérins sont avantageusement influencées par la castration, mais on ne voit jamais la ménopause survenir immédiatement après ;

13o Les femmes opérées pour les fibromes utérins à un âge déjà assez avancé perdent complètement leur appétit sexuel. — *Abeille médicale.*

Il vaut mieux que l'on abuse de notre confiance ou de notre bonne volonté que si nous avons à nous reprocher notre indifférence à l'égard de ceux qui peuvent avoir besoin de nous. — Lors même que notre générosité serait méconnue, la certitude d'accomplir un devoir, le plaisir de faire le bien, doivent nous consoler de la déception de n'avoir obligé que des ingrats.

PÆDIATRIE.

Méningite tuberculeuse latente, par le docteur HUTINEL.— On a coutume de dire que le tableau classique de la méningite tuberculeuse n'est guère applicable qu'aux enfants, mais il faut ajouter que c'est lorsqu'il s'agit de tuberculoses peu marquées ou latentes. S'il s'agit d'enfants atteints d'une tuberculose active et à symptomatologie déjà avancée, les mêmes irrégularités que chez les adultes peuvent se rencontrer; c'est alors que la méningite peut rester latente et on s'explique ce fait lorsque l'on trouve à l'autopsie, comme lésions, des granulations tuberculeuses, mais sans lésions inflammatoires bien marquées, telles que épanchement, adhérences, ramollissement, etc... On comprend que les symptômes ne soient pas les mêmes et si on trouve des exsudats, c'est qu'il y a eu des phénomènes particuliers quelque temps avant la mort.

Ce qui caractérise les formes latentes de la méningite, c'est que les divers symptômes peuvent rester assez longtemps isolés. Celui qu'on observe avant tous les autres est la modification profonde du caractère, laquelle peut se manifester par de la tristesse et surtout par une indifférence complète pour les parents. Cette indifférence, cette apathie doivent toujours être considérées comme suspectes.

Dans d'autres cas, c'est la céphalalgie qui domine et qui persiste fort longtemps, mais ce signe est fort trompeur, car il n'est pas rare de voir des pseudo-méningites hystériques se manifester de cette manière.

Les altérations dans le rythme du pouls constituent encore quelquefois un signe longtemps isolé, mais qui est fort important pour le diagnostic. Le pouls qui est ralenti alors qu'il y a une température fébrile et qui est inégal, indique à peu près sûrement une méningite latente. Sa valeur n'est pourtant pas pathognomonique, et si l'on examine un certain nombre d'enfants à l'état physiologique, il n'est pas très rare de trouver le pouls irrégulier et lent, de telle sorte que si ces enfants sont pris d'une affection fébrile, on pourra trouver ces symptômes bien marqués chez eux. M. Hutinel a vu le fait se produire chez un enfant atteint de vomissements et présentant cette particularité qui jusque-là n'avait jamais été remarquée, de telle sorte qu'on avait pensé immédiatement à une méningite, alors qu'il ne s'agissait que d'un trouble digestif passager; et depuis deux ans cet état particulier du pouls s'est maintenu.

Les vomissements à l'état isolé, sont plus rares dans la méningite.

gite secondaire que dans les autres; cependant, on peut les observer, et Hénoch cite le fait d'un enfant tuberculeux qui vomit ainsi pendant plus d'un mois sans qu'il se manifestât d'autre symptôme; ce n'est qu'au bout de ce temps que survint l'inégalité du pouls bientôt suivie d'autres signes de méningite.

La constipation peut aussi être un signe important; les tuberculeux, en effet, sont le plus souvent atteints de diarrhée plus ou moins intense, et, lorsqu'on voit succéder brusquement à cette diarrhée une constipation opiniâtre, c'est là un signe qui ne laisse pas que d'avoir de la gravité.

La contracture, la raideur de la nuque, peut encore exister isolément assez longtemps, et, bien qu'on puisse l'observer dans d'autres cas, si on ne trouve rien de bien net pour l'expliquer, elle constitue un signe grave et qui doit éveiller la défiance.

Les méningites latentes peuvent encore se manifester par d'autres signes, en particulier par ceux qu'on peut observer du côté des yeux, ou encore par des convulsions, lesquelles ne se montrent jamais au début d'une méningite normale. Il faut ajouter que ce sont ces formes de méningites qui offrent le plus souvent ces rémissions assez prolongées pour que l'on puisse croire à la guérison définitive. — *Abeille médicale.*

Le massage du ventre dans la constipation chronique des enfants.—M. O. KARNITZKY préconise cette pratique.—On a, jusqu'à présent, dit-il, peu massé le ventre des enfants, et si les résultats n'ont pas été très satisfaisants, on doit l'attribuer à l'imperfection de la méthode. Cependant le massage est d'autant plus important que les purgatifs irritent le jeune intestin. Jacobi recommande le massage du gros intestin par des frictions avec la main à plat, mais il est aussi important de masser l'intestin grêle. Du reste, la méthode de Jacobi, qui commence à droite, est incommode chez de tout jeunes enfants, à cause du peu de longueur de la partie supérieure du gros intestin et du volume considérable du foie. Le massage du ventre chez les enfants ne diffère de celui chez les adultes que par quelques modifications exigées par les particularités de l'intestin de l'enfant dans les diverses périodes de la croissance. En raison du volume considérable du foie, dans les premières années de la vie, l'intestin grêle et le côlon se trouvent dans la partie gauche de l'abdomen. Pour éviter les vomissements chez les nouveau-nés, il faut aussi tenir compte de la position et de la forme de l'estomac. Chez les nouveau-nés l'estomac est à peu près cylindrique, la grande courbure est peu prononcée, le cardia est vis-à-vis du pylore et la position est presque verticale. Chez les nouveau-nés et les enfants à la mamelle, l'estomac plein est limité à droite par le bord gauche du foie, à gauche par la rate et en avant par le côlon transverse; vide, il se retire vers la colonne vertébrale. La cause principale de la constipation

chez le jeune enfant réside surtout dans la grande longueur de la partie inférieure de l'intestin. C'est donc là qu'il faut surtout masser et pas plus haut. On masse en bas, à droite et à gauche dans la direction du petit bassin, parce que, chez les enfants, l'S iliaque et son passage dans le rectum sont plus souvent situés à droite qu'à gauche. Il vaut mieux masser avant que l'enfant tette, mais on est souvent obligé de masser l'enfant à la mamelle, à cause des cris. La mère donne le sein droit à l'enfant, afin que le médecin puisse travailler de la main droite. La séance ne doit pas dépasser 10 minutes (en moyenne 4 à 5) et l'on ne doit pas masser plus de 2 fois par jour. Chaque séance commence par une friction douce du ventre avec la main à plat et *chaude*. On peut ensuite masser et pétrir délicatement l'intestin. On commence par frictionner avec l'index et le médius la partie gauche de l'abdomen, en décrivant un cercle à une distance de 1 à 2 cm. du nombril et en augmentant peu à peu la pression. Il faut avoir soin de fixer la peau avec les doigts. Le second temps consiste en petits mouvements de pression circulaires, à partir de la rate en bas jusqu'au milieu de la symphyse pubienne. Pour le troisième temps, l'opérateur place le pouce dans la fosse iliaque droite et les deux premiers doigts dans la fosse iliaque gauche et exécute un massage partant d'en haut et en dehors pour aboutir en bas et en dedans. On peut aussi masser le cæcum, mais chez les enfants de 3 à 4 mois la chose est difficile à cause du foie. Chez des enfants plus grands, on peut faire le tambourinage du ventre avec le bout des doigts, mais il est souvent mal supporté.—*Concours médical.*

N'oublions pas, dans les heures de découragement, que, si le monde est profondément égoïste, il méprise pourtant ceux qui ne pensent qu'à eux et admire toujours le vrai dévouement.

Nous nous privons chaque jour d'autant de bonheurs que nous omettons de bonnes actions.—C'est une maxime à rappeler à notre société décadente, où tant de gens, au lieu de penser à faire leur devoir, se préoccupent surtout de faire leur chemin.

La nature est inépuisable dans l'invention des supplices qu'elle inflige aux humains, qui heureusement ne sont que des mortels; on dirait qu'elle s'ingénie à dérouter la science et le dévouement; peine perdue, plus le mal est horrible et repoussant, plus la thérapeutique fait d'efforts pour soulager et calmer, plus la charité se fait active, ardente et courageuse. Quelque effroyable que soit la tâche, jamais un fils d'Hippocrate ne recule.

FORMULAIRE

Hystérie.—*Gregory.*

P.—Infusion de valériane.....	6 drachmes
Teinture de valériane comp	1 “
Eau camphrée.....	4 “

M.—*Dose*: A prendre trois fois par jour.—*Peoria Medical Monthly.*

Névralgie.

P.—Antipyrine.....	3 drachmes
Extrait de chanvre indien.....	
“ d’aconit.....ââ	5½ grains
Caféine	½ drachme
Hyoscine	⅓ grain

M.—Diviser en 30 capsules.—*Leonard's Medical Journal.*

Vomissements de la grossesse.—*Goodell.*

P.—Oxalate de cérium.....	1 grain
Ipécacuanha	1 “
Créosote	2 gouttes

M.—*Dose*: Une dose toutes les heures à effet voulu.—*Kansas Medical Index.*

Brûlures.—*Etter.*

P.—Solution de cocaïne à 2 o/o.....	30 parties
Acide borique.....	2 —
Glycérine	4 —
Acide phénique	1 —
Coton hydrophile.....	30 —

F. s. a. un coton calmant et antiseptique pour le pansement des brûlures.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

Acné.—*Levisseur.*

P.—Sulfate de zinc.....	
Sulfite de potasse	p. e.ââ 1 drachme
Eau de roses.....	4 onces

Dissoudre chacun des médicaments dans la moitié de l'eau et ajouter :

Résorcine..... 1 drachme

En lotions chaudes le soir au coucher et froides le matin.—
L'usage de l'eau chaude appliquée pendant quelques minutes au moyen d'un mouchoir aide puissamment.—*Medical Record.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTREAL, DÉCEMBRE 1890.

BULLETIN.

La médecine et la thérapeutique au Congrès de Berlin.

QUATRIÈME ARTICLE

La guérison de la tuberculose.

Une des plus importantes communications faites au Congrès de Berlin a certainement été celle du professeur KOCH, sur l'*Etat actuel de la bactériologie*. Après avoir esquissé à grands traits la marche suivie par la science bactériologique depuis ses premiers jours et les progrès qu'elle a faits, ainsi que les résultats pratiques auxquels elle a permis d'arriver, M. Koch a établi le fait que la plupart des substances recommandées contre les agents infectieux des maladies sont restées inefficaces jusqu'à aujourd'hui. Puis, passant à la tuberculose en particulier, il a dit :

“Tous les agents employés jusqu'ici dans cette maladie l'ont été sans succès direct, mais cela vient de ce qu'on a expérimenté d'abord sur l'homme, au lieu de commencer par étudier l'influence de ces agents sur les cultures, puis sur les animaux.

“J'ai trouvé, après de nombreuses expériences, plusieurs substances capables d'entraver le développement des bacilles de la tuberculose, ce qui est déjà d'une grande importance. Les substances qui réussissent le mieux sont les huiles essentielles, quelques composés aromatiques, certaines couleurs d'aniline... les vapeurs mercurielles et les cyanures d'argent et d'or... Chez les animaux, ces substances là ne réussissent pas. En dernier lieu, cependant, j'ai fini par trouver des substances qui se sont montrées actives, même sur des animaux. Des cobayes qui avaient

absorbé une telle substance restèrent réfractaires à l'inoculation tuberculeuse; chez d'autres, déjà infectés antérieurement, la maladie rétrograda par le traitement avec cette substance."

On comprend aisément la sensation qu'a dû produire dans l'esprit de ses auditeurs cette déclaration du bactériologue allemand. Jusqu'ici toutes les substances essayées avaient réussi à détruire le bacille et à en empêcher le développement dans des bouillons de culture, mais c'était tout. Koch a trouvé enfin une substance qui empêche la tuberculisation chez le cobaye ou en enraye la marche si elle s'était déjà manifestée. De là à produire les mêmes résultats chez l'homme il n'y plus qu'un pas, et ce pas, tout le monde médical a, depuis le 4 août, les yeux tournés vers Berlin, espérant que Koch va réussir à le faire.

En attendant que l'avenir confirme ou détruisse les espérances du savant professeur et celles que sa découverte a fait naître au cœur de tous les tuberculeux de l'univers, examinons les faits acquis. Déjà, il faut l'avouer, nous y voyons plus clair dans la méthode de Koch, grâce en partie aux développements que le professeur a bien voulu donner lui-même au sujet de son traitement, grâce surtout aux faits cliniques qui sont venus à la connaissance de tous.

Dans une note communiquée, le 14 novembre, à la *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, et reproduite immédiatement par la presse médicale de l'Europe entière, M. Koch établit ce qui suit :

Le remède est un liquide limpide, brunâtre, qui ne se décompose pas. Avant de s'en servir, il faut le diluer dans un liquide stérilisé par la chaleur, et le conserver dans un flacon bouché avec un bouchon d'ouate. On peut le diluer dans une solution d'acide phénique à $\frac{1}{2}$ p. 100. Le remède ingéré par la bouche n'exerce point d'action; il faut l'employer en injection sous-cutanée. Comme lieu d'application, il faut choisir la peau du dos, dans la région comprise entre les omoplates et la région lombaire. L'homme réagit tout autrement que le cobaye sous l'influence du remède. Chez l'homme sain, une injection sous-cutanée de 25 centigrammes du liquide non dilué suffit pour produire une action considérable; en revanche l'injection de 1 centimètre cube ne produit presque rien. Chez les tuberculeux, au contraire, on observe une réaction énergique, tant générale que locale, après l'injection d'un centigramme. La réaction générale débute par un accès de fièvre avec frisson, la température montant au dessus de 39° et même de 40° et de 41° cent. En même temps il y a excitation à tousser, douleurs dans les membres, lassitude, nausée et vomissements. L'accès commence quatre à cinq heures après l'injection, et dure douze à quinze heures. Quant à la réaction locale, elle s'observe le plus nettement chez les tuberculeux dont l'affection tuberculeuse est visible, par exemple chez ceux affectés de lupus tuberculeux. Quelques heures après l'injection, les

régions lupéuses commencent à gonfler et à rougir, puis graduellement, la rougeur et le gonflement augmentant, le tissu lupéux se nécrose. Quand la fièvre tombe, le gonflement des régions lupéuses diminue peu à peu, puis l'eschare tombe au bout de deux à trois semaines et laisse une cicatrice lisse et rouge. En général il faut plusieurs injections pour obtenir ce résultat. Dans ce processus, les altérations décrites sont exclusivement limitées aux régions lupéuses. Les réactions locales dans les cas de tuberculose des ganglions lymphatiques, des os et des articulations sont moins frappantes, mais toujours perceptibles à l'œil et au toucher. Elles consistent en tuméfaction, douleur et rougeur. Enfin, dans les cas de tuberculose des poumons où le processus pathologique semble être éteint, l'injection permet de s'assurer si réellement l'extinction du processus est complète ou s'il existe encore quelques foyers, car on a observé les phénomènes de réaction dans tous les cas, chez tous les malades tuberculeux auxquels ont été faites les injections, et toujours le remède a manifesté son action identique. On a donc dans le remède de Koch un puissant élément de diagnostic, puisqu'au moyen de l'injection et de la réaction qui la suit on produit toujours des phénomènes constamment identiques chez les sujets atteints de tuberculose, les sujets non tuberculeux ne réagissant pas de la même façon ou ne réagissant pas du tout.

Il y a plus encore. Le liquide est non seulement un *élément de diagnostic*, mais aussi un *agent curatif*, un *remède*. En effet, dans le cas de lupus tuberculeux, le tissu, une fois la réaction finie, se sphacèle et s'élimine; il est détruit. La même chose arrive dans le cas de foyers tuberculeux pulmonaires, lymphatiques, osseux etc. Le tissu se mortifie et se détache ultérieurement. Or il ne s'agit pas ici d'une destruction des bacilles contenus dans les tissus; seul le tissu qui contient les bacilles des tubercules est atteint par l'action du liquide, et la virulence des bacilles ne diminue pas. Le liquide ne peut agir que sur le tissu tuberculeux vivant. Plus grande est la quantité de tissu tuberculeux vivant, plus vive est la réaction, de sorte que l'on peut augmenter graduellement la quantité de liquide injecté. La réaction devint de plus en plus faible à mesure que le tissu tuberculeux se mortifie et s'élimine, et elle finit par être nulle, ce qui indique la guérison. Cette guérison se serait montrée chez les lupéux et chez les sujets atteints de tuberculose ganglionnaire, osseuse et articulaire.

Quant à la tuberculose pulmonaire, voici comment l'injection a opéré. Les malades atteints de tuberculose prononcée sont plus sensibles à l'égard du liquide que ceux atteints de tuberculose chirurgicale. La dose de 1 centim. cube est trop forte pour eux; une réaction énergique se produit avec 1 millim. cube, dose avec laquelle il faut débiter pour augmenter ensuite à mesure que la

réaction ne se manifeste plus avec la dose précédemment employée. On constate chez les phthisiques la diminution des quintes de toux et de l'expectoration, celle-ci de purulente devenant muqueuse, alors que les bacilles commencent à diminuer en nombre dans les crachats pour disparaître ensuite complètement. En même temps, les sueurs nocturnes se suppriment, l'aspect général s'améliore et le poids des malades augmente.

“ Les malades traités dans le stade initial de la phthisie, dit M. Koch, furent tous délivrés, dans l'espace de quatre à six semaines, de la totalité des symptômes de leur maladie, de sorte qu'on put les considérer comme guéris. C'est seulement chez les phthisiques dont les poumons contenaient des cavernes nombreuses et vastes qu'aucune amélioration objective ne fut constatée. A la suite de ces expériences, je suis disposé à admettre *qu'une phthisie commençante peut être guérie d'une manière certaine à l'aide de ce remède*. Cette conclusion s'applique encore, mais en partie seulement, aux cas dans lesquels l'affection n'est pas trop avancée déjà. Quant aux phthisiques portant de grandes cavernes et chez lesquels il existe, la plupart du temps, des complications, ils ne retireront guère qu'exceptionnellement un bénéfice durable de l'emploi de ce remède. Le point capital du nouveau traitement réside dans son application aussi précoce que possible, et on doit déconseiller fortement l'application du remède sans distinction à tous les tuberculeux.”

Voilà, en résumé, telle qu'exposée par Koch lui-même, la nouvelle méthode dont on fait si grand bruit. Elle consiste en l'injection d'un remède qui mortifie le tissu tuberculisé et le fait s'éliminer. Si la tuberculisation est encore limitée, il y a grandes chances de succès et de guérison ; si elle est étendue et avancée, la guérison est rien moins que certaine.

Mais quelle est la nature du remède employé ? On ne peut à ce sujet faire que des conjectures, attendu que M. Koch n'a pas jugé à propos d'en livrer le secret, mû en cela par un sentiment de réserve que plusieurs qualifient d'un tout autre nom. Le *Bulletin médical* ayant consulté, à ce sujet, une personnalité très compétente en matière de bactériologie, on a répondu, en substance, ce qui suit : Il est probable que la *lymphe* employé par Koch, pour ses injections, résulte de la culture d'un bacille, probablement le bacille tuberculeux, et qu'elle renferme, comme élément principal, une *toxine* ou matière sécrétée par ce bacille. Telle qu'on l'injecte, la *lymphe* ne renferme cependant pas le bacille lui-même, dont on l'a débarrassée par filtration et par la chaleur, mais la seule toxine unie à un produit quelconque (chimique ?) dans le but de la rendre plus stable.

La question en est là au moment où nous écrivons ces lignes. Tous les yeux sont tournés vers Berlin, et l'on surveille les résultats avec anxiété. Ceux-ci se feront nécessairement

attendre pour les tuberculeux au début, puisque la guérison ne peut être constatée avant un an. Pour ce qui est des tuberculeux avancés, les effets de la médication ont été évidemment peu prononcés dans le sens favorable, et pour quelques-uns ils ont été des mieux établis dans le sens défavorable, puisque plusieurs cas de mort ont été constatés par œdème pulmonaire et dyspnée à la suite des injections. Nous avons dit plus haut que, d'après M. Koch, des cas de lupus auraient été guéris. Cependant, si nous en croyons le correspondant berlinois de la *Semaine médicale*, M. Von BERGMANN aurait déclaré très nettement, le 27 novembre, qu'il n'y avait pas encore eu jusqu'alors un seul cas de guérison.

M. Koch a donné à son remède le nom de *paratoloidine*.

Associations médicales.

Probablement pour démentir les fâcheux pronostics que nous avons portés sur le plus ou moins de vitalité de nos sociétés médicales, les associations fondées dans plusieurs districts avoisinant Montréal ont, depuis le commencement de l'année académique, repris le cours de leurs réunions. Nous en sommes très aise, et aurons même grand plaisir à nous avouer faux prophète, si le temps ne justifie pas nos prévisions pessimistes. L'avis de convocation de la *Société Médico-Chirurgicale du district d'Iberville*, que nous publions plus loin, tend à établir que, pour sa part, cette jeune association ne songe pas encore à disparaître. Nos lecteurs ont pu, en lisant la communication de M. le Dr. Hébert sur *l'hygiène de la nouvelle accouchée*, apprécier la haute valeur des travaux que savent entreprendre et mener à bien ceux pour qui la médecine est autre chose qu'un passe-temps ou une corvée. Nous souhaitons à la *Société Médico-Chirurgicale du district d'Iberville* tout le succès qu'elle a droit d'attendre. Nous lui souhaitons surtout de s'adjoindre le plus grand nombre possible de membres qui, à l'exemple de M. le Dr. Hébert et de ses collègues, sauront travailler sérieusement, et sans arrière-pensée d'amour-propre, pour le plus grand bien de la profession et le progrès de l'art de guérir.

L'Association médicale de St. Hyacinthe est, elle aussi, debout et bien portante, comme du reste, M. le Dr Palardy s'est chargé de le faire voir par son travail sur le traitement de la fièvre typhoïde. Nous sommes d'autant plus heureux de prendre acte de ces signes évidents de vitalité scientifique, que, augurant de l'avenir par ce que nous savions du passé, nous avons un moment douté qu'un succès quelconque pût être réservé à nos associations médicales.

La médecine canadienne à l'étranger.

Plusieurs médecins éminents à qui nous nous sommes adressé pour en obtenir, de temps à autre, un peu de collaboration, nous ont souvent répondu dans la négative, prétextant d'abord le manque de temps et le peu d'habitude d'écrire, puis, comme argument suprême, nous décochant ce trait : *qui est-ce qui va nous lire ?*

Quand il n'y aurait, pour prendre connaissance des travaux que nous publions chaque année, que les deux mille médecins canadiens-français disséminés par toute l'Amérique, ce serait déjà assez, croyons-nous, et la pensée d'avoir pu rendre service à des confrères peut suffire à satisfaire plus d'une ambition. Mais il y a plus. La littérature médicale est aujourd'hui toute entière dans les journaux et les revues, et nul ne saurait prétendre être au fait de la médecine du jour, s'il n'en suit, pour ainsi dire pas à pas, les progrès dans les publications hebdomadaires ou mensuelles. Aussi la plupart de ces publications sont-elles entre les mains de tout ce que la médecine compte de célébrités, tant en Europe qu'aux États-Unis, et les articles originaux qui y sont publiés, reproduits par la presse médicale toute entière, font quelquefois le tour du monde scientifique.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA, dans l'humble sphère de son action, fournit aussi sa part au progrès des sciences médicales, et les travaux qu'elle publie ne déparent certainement pas les colonnes de la grande presse. C'est ainsi qu'ont été reproduits tour-à-tour, et avec éloges, plusieurs leçons cliniques de MM. Brousseau et Laramée, les *Lettres aux deux Wilfrid* de M. le Dr. L. C. Prévost, plusieurs communications de M. le Dr. D. Marsil, et les travaux, toujours pleins d'originalité, de notre ami M. Foucher.

Comme confirmation de ce que nous venons de dire, nous nous permettons de reproduire ici un extrait du dernier volume de l'*Annual of the Universal Medical Sciences* dirigé par M. le Dr. C. E. Sajous, au sujet d'une leçon de M. Foucher sur la *furunculose de l'oreille*, publiée dans notre livraison de mars 1887.

"*A clinical lecture by M. Foucher, in the Notre-Dame Hospital, has been an important contribution to the subject, as well from a literary as from a medical point of view. He describes with an almost Hippocratic eloquence the appearance of one suffering from this excruciating disorder, and then proceeds to a systematic, concise and exhaustive treatment of the whole subject with a brilliancy which is quite delightful in the desert of medical lore. We regret that a reproduction of the lecture in toto would be a foreign to the scope of this work, and to cut it would be mutilation. We must therefore rest content with recording that M. Foucher has not only added to our knowledge, but has put it into better form.*"

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Revue Française, nous donne dans le numéro de novembre, la dernière partie de la "Petite Bagaudet," ce charmant drame intime d'Adolphe Chenevière. Une étude très bien suivie sur "La réforme de l'enseignement des jeunes filles" par Mathilde Ferey, cette question d'un intérêt général est complétée par un délicieux portrait à la plume intitulé "Mères et filles," dû à Gustave Droz. Paul Bourget finit ses "Pèlerinage," pendant qu'un nouveau roman de la vie de province, commence: "Le Crime de Mlle Victoire" d'Adrien Remacle. Cette dernière partie suffirait à donner à *La Revue Française* le renom littéraire qu'elle est en train de mériter à si juste titre, mais il nous faut nommer encore: Les poètes de Collège; une adorable comédie en un acte signé Jacques Normand "Les Yeux fermés" Les portraits littéraires, etc.

Non seulement *La Revue Française* tient ses promesses, mais elle se surpasse encore dans ses choix littéraires; ses lecteurs lui doivent la connaissance de nouveaux auteurs qui méritent de nous être présentés, et celle plus approfondie de ceux qui leur étaient déjà chers. (New-York: 3 E. 14th Street).

BLAKISTON.—**The Physician's Visiting List for 1891.** Fortieth year of its publication. Blakiston, Son & Co, 1012 Walnut Street, Philadelphia, Penn., U. S.

Carnet consacré par l'expérience et devenu presque indispensable au médecin. Il contient la liste des poisons et antidotes, la dose de tous les médicaments, les poids et mesures, le diagnostic différentiel des principales maladies, les procédés d'examen des urines, et une foule de renseignements dont le médecin a besoin tous les jours, d'urgence.

Cet utile petit ouvrage est publié pour satisfaire tous les besoins—le plus simple est calculé pour 25 malades par semaine et coûte \$1.00. Une édition plus considérable comporte 100 malades par semaine, est en deux volumes et coûte \$3.00. Pour plus amples renseignements, s'adresser à BLAKISTON, Son & Co., 1012 Walnut Street, Philadelphia, Penn., U. S.

Quand celui qui souffre conserve encore une étincelle d'espoir, que ce soit croyance ou superstition, ne soufflons pas, a dit Dumas, sur cette chétive lueur qui épargne au moins l'horreur des ténèbres; ce serait de l'impiété inutile.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Nécrologie.—A Kennett, E.-U., M. le Dr. R. J. LEVIS, ci-devant professeur de clinique chirurgicale au *Jefferson Medical College* de Philadelphie, et un des chirurgiens les plus estimés des États-Unis.—A Boston, H. J. BIGELOW, professeur émérite de chirurgie à l'Université Harvard, et bien connu par ses travaux sur la lithotritie rapide.

Congrès français de chirurgie 1891.—Le Congrès se réunira à Paris à la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le professeur GUYON, du lundi 30 mars au samedi 4 avril inclusivement.

Les communications devront être adressées à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire général, chez M. Alcan, éditeur du Congrès, 108 Boulevard St. Germain, Paris.

Le Comité du Congrès de Chirurgie a mis à l'ordre du jour de la 5e Session les questions suivantes :

1^o Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).

2^o Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

3^o Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à 9 heures, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté.

Société médico-chirurgicale du district d'Iberville et des comtés voisins.— Les membres de cette association se réuniront à la salle des pompiers, en la ville de St-Jean, le 15 janvier, 1891. à 10 h. A. M.

ORDRE DU JOUR :

10. Admission de nouveaux membres et élection des officiers ;

20. Discussion des sujets traités à la réunion de septembre dernier : “ *Hygiène de la nouvelle accouchée* ” et “ *L'Eclampsie* ” ;

30. Communication de M. le Dr. Chevalier, de St. Athanase d'Iberville, sur le “ *Pied bot.* ” Discussion ;

40. Intérêts professionnels. Le projet d'organiser une société de bienfaisance parmi les médecins de cette province sera pris en considération.

Par ordre,

G. A. LACERTE,
Secrétaire

La séance durera jusqu'à 5 heures, P.M., avec intermède de 1 h. à 2 h. P.M., pour le diner.

TABLE DES MATIERES.

- Abcès, rétropharyngiens chez l'enfant, des, 145.—froids, traitement par injections d'éther iodoformé, 420.—du sein chez le nouveau-né, 541.—froids, des, 582, 646.—multiples chez le nourrisson, 596.
- Accouchée, sortie de l'enfant et de l', 90.—Hygiène de la nouvelle, 564, 633.
- Accouchement, trois cas d', 115.—et laparotomie, 259.—provoqué rapidement dans l'éclampsie, 317.—Hémorrhagie après l', 318.—Rupture de l'utérus pendant l', 431.—et anesthésiques, 527.
- Acétophénone, 381.
- Acné et dilatation de l'estomac, 266.—Traitement de l', 382, 573, 659.
- Affections chroniques des voies respiratoires, traitement des, 496.
- Albuminurie et assurance, 106.—chez les jeunes enfants, 593.
- Albuminuriques, comment doit-on soigner les, 119, 242.—psychoses, 406.
- Alcool absolu dans l'érysipèle, de l', 157.
- Alopécie, traitement de l', 43.
- Anémie pernicieuse, traitement, 245.
- Angine, de poitrine, de l', 281.—et salol, 270.
- Anthrax, traitement, 191.
- Antipyrine, contreindications de l', 380.
- Antisepsie, intestinale, 136.—utérine, 136.—dans la scarlatine, 592.
- Antiseptique, poudre, 549.
- Anus contre nature, traitement de l', 360.
- Appendicite et typhlite, 403.
- Aristol, 494, 607.
- Art obstétrical à Paris, de l', 626.
- Arthrites, chez l'enfant, 265.—ulcéruse, 463.—du coude, 523.
- Ascite, de l', 505.
- Asepsie et antisepsie, 82.
- Association, des internes de l'hôpital Notre-Dame, 8, 63, 112, 176, 222.—médicale du Canada, 392.—médicale du district de Saint Hyacinthe, 13.—médicales, 664.
- Asthénie post grippale, 291.
- Asthme, traitement de l', 326, 328, 546.—des foins, de l', 459, 510.
- A travers mes livres, (Pédiatrie), 57, 238, 342, 449.
- Baillement hystérique, le, 598.
- Bains hygiéniques et thérapeutiques de l'enfance, 95, 142.
- Basiotropisie, de la, 30.
- Belladone, empoisonnement par la, 214.
- Bibliographie, 50, 109, 165, 220, 275, 332, 387, 445, 500, 558, 613, 666.
- Biliaire, distension de la vesicule, 290.
- Blennorrhagie, de la, 29.—buccale, 307.—traitement de la, 360.
- BRENNAN, Dr M. T.—Prophylaxie des maladies utérines, 225.
- Bromoforme dans la coqueluche, du, 158.
- Bromures et épilepsie, 158.
- Bronchite spasmodique, de la, 457.
- Broncho-pneumonie, de la, 113.
- BROSSARD, Dr A. T.—De la cure radicale des hernies, 561.
- Bûchers, traitement des, 609, 659.
- Futon, traitement du, 250.
- Bureau provincial de médecine, 553.
- Caféine, action de la, 212.
- Calculs biliaires, traitement par l'huile d'olive, 169.
- Cancer, de l'estomac, 347—et papaine, 156.
- Castration comme pénalité, la, 545.—dans l'ostéomalacie, 357.—Vie sexuelle après la, 654.
- Catarhe gastro-intestinal des enfants, traitement, 375.—vésical chronique, traitement, 105.
- Cathétérisme, du, 248.—chez la femme, 261.
- Chancre simple, du, 25, 79, 384.
- Chanvre indien dans les névroses et dyspepsies gastriques, 547.
- CHEVRIER, Dr R.—La délivrance, 631.
- Chlorose, traitement de la, 123.
- Choléra, le, 385, 443, 502.—infantum, traitement, 441.
- Chorée, et dilatation de l'estomac, 303.—Traitement de la, 382, 492.
- Chronique, 52, 111, 166, 222, 276, 335, 391, 446, 501, 559, 614, 667.
- Cirrhose, hypertrophique biliaire, 73.—alcoolique, 305.
- Cocaine, et diabète, 155.—de la, 443.
- Codéine dans les maladies des femmes, de la, 157.

- Cœur, de la noix vomique dans les maladies du, 157, 327—chez l'enfant, des maladies du, 321.—forcé, du, 519.
- Congestion cérébrale, traitement, 247.
- Congrès international de Berlin, 279, 497, 550, 610, 660.
- Conjonctivite purulente des nouveau-nés, 375.
- Constipation chez les enfants, dangers de la, 374.—rebelle, traitement par la dilatation de l'anus, 406.
- Contractures inflammatoires spasmodiques, 360.
- Convulsions infantiles, traitement, 441.—hystériques, traitement, 599.
- Coqueluche et bromoforme, 158.—de la, 209.—traitement, 493.
- Cordon, proci-dence du, 475.—Tenacité et rupture du, 652.
- Correspondance, 51.
- Coryza et iodoforme, 157.—et camphre, 607.
- Cou, diagnostic des tumeurs ganglionnaires du, 307.
- Criminel, le, 607.
- Cutanées parasitaires, traitement des affections, 441.
- Cystite, traitement, 46, 211, 216, 249.
- Cystocèle, traitement par la cystopéxie, 430.
- Dartres, traitement, 127.
- Dents chez les enfants, grincement des, 209.—et diabète, 578.
- Délivrance, de la, 631.
- Désinfection des brosses à ongles, 423.
- DESROSIERS, Dr H. E.—Usages thérapeutiques du lait, 393.
- Diabète, nouvelle théorie du, 124.—Exploration du foie dans le, 411.—traitement, 46, 155, 157, 455.—et dents, 578.
- Diagnostic différentiel du muguet, de l'angine pultacée et de la diphtérie, 323.
- Diarrhée, traitement, 269, 494, 608.—et constipation, 408.
- Diphtérie, traitement de la, 161, 496.—Indications de la trachéotomie dans la, 196.
- Duodénum, ulcère simple du, 240.
- Dysenterie, de la, 380.
- Dysménorrhée, traitement, 141, 369.
- Dyspepsie des enfants, 42.—traitement de la, 216.
- Dysurie sénile, 250.
- Ectopie testiculaire, traitement de la, 358.
- Eczéma, infantile, traitement de l', 46—de la dentition, traitement, 102.
- Electricité et myomes utérins, 208—et microbes, 397.
- Endocardite tuberculeuse, 351.
- Endométrite, traitement, 160, 205, 262.
- Enfants, de l'élevage des. 35.—Troubles digestifs chez les petits, 36.—Pourquoi ne pas soigner les, 285.
- Enseignement théorique et enseignement pratique, 50.
- Entéroptose, 352.
- Entorse du pied, traitement, 191.
- Epanchements pleuraux stationnaires, traitement des, 547.
- Epilepsie et bromures, 158, 495.—traitement, 548.
- Erasion, l', 649.
- Ergot après l'accouchement, danger de l', 588.
- Eschares, traitement de l', 549.
- Estomac chez les enfants, lavage de l', 436.
- Ether sulfurique dans l'occlusion intestinale, lavements d', 156.
- Etranglements intestinaux internes, 133.
- Eucalyptus dans la chorée, de l', 493.
- Examen méthodique des petites filles victimes d'attentats à la pudeur. 150.
- Expectorante, mixture, 384.
- Expectorations fétides, 246.
- Fesse et forceps, 197.
- Fissures du mamelon, traitement des, 609.
- Fistule à l'anus, traitement, 136.
- Fœtus mort, de la rétention du, 256.
- Folie menstruelle, 492.
- Folliculites destructives, 152.
- FOUCHER, Dr A. A.—Otologie et rhinologie pratiques, 337.
- Fractures spontanées des tabétiques, 188.—transversales de la rotule, 190.—du calcaneum, 512.
- Frottement périhépatique et abcès du foie, 305.
- Furoncle, traitement, 191.
- Gale, traitement, 213.
- Gargarisme, 328.
- GAUTHIER, Dr J. D.—Trois cas d'accouchement avec influence grippale, 115.
- Genu valgum, traitement, 361.
- Gercures du sein, traitement, 318, 589, 609.
- Gingivite des femmes enceintes, 530.
- Goutte, traitement, 271.
- Grippe, de la, 47, 329.—à Ottawa, 229.
- Grossesse, influence de la quinine sur la, 325.—gémellaire, sur le diagnostic de la, 91.—Pigmentation de la, 260.—Vomissements de la, traitement, 269.—extra-utérine, 313.—et fibrome, 431.
- HÉBERT, Dr N. A.—Hygiène de la nouvelle accouchée, 564, 633.
- Hématocèle péritérine, de l', 93.

- Hémoptysie dans la tuberculose, valeur pronostique de l', 179.
- Hémorragie vaginale chez une enfant de trois ans, 542.
- Hémorrhoides, traitement, 159.
- Hernie, ombilicale, traitement, 466.—cure radicale des, 561.
- Hôpitaux, cours et dispensaires, 7, 61.
- Hydrastis dans les métrorrhagies, 381.
- Hydrosalpinx, traitement, 591.
- Hyperhidrose, traitement, 496.
- Hypnat, l', 383.
- Hystérie chez les jeunes enfants, 99.—traitement de l', 659.
- Hystériques, simulation des, 597.—sincérité des tentatives de suicide chez les, 598.—le baillément, 598.—traitement des convulsions, 599.
- Hystérorrhaphie, 318.
- Ichthyol dans la néphrite chronique, l', 325.
- Ictère des nouveau-nés, traitement de l', 264, 434.
- Infantile, médecine, 482, 537.
- Inhumations, les, 171.
- Insomnie chez les enfants, l', 206.
- Intérêts professionnels, 108.
- Intermittente, traitement de la fièvre, 213 459.
- Intestins, traitement des perforations des, 420.—Plaies par armes à feu des, 585.
- Iode et verrues, 266,—comme anti-émétique, 547.
- Iodisme, traitement de l', 494.
- Iodoforme contre la coryza, 157.—empoisonnement par l', 327.
- Iritis cataméniale, 528.
- Jaunisse, traitement de la, 214, 440.
- Kystes synoviaux du poignet, traitement des, 472.
- LACUAPELLE, DR. S.—A travers mes Evres, 57, 239, 342, 449.—Pourquoi ne pas soigner l'enfant, 285.
- Lait de la femme, influence de l'alimentation sur le, 34.—Moyens de faire tolérer le, 156.—Usages thérapeutiques du, 398.
- LABAMÉE, DR. J. A.—De la broncho-pneumonie, 113.—angine de poitrine, 281.—de l'ascite, 505.
- Laryngite tuberculeuse, traitement, 517.
- Laval à Montréal, Université, 223, 446, 501, 559.
- Lavements de sang défibriné, 210.
- LAVIOLETTE, DR. C.—Syphilis nasale infantile, 283.—Pathogénie de la migraine, 507.
- Leucoplasie vaginale, traitement, 204.
- Lipomes. dégénérescence cancéreuse des, 651.
- Lithiase biliaire, accidents consécutifs à la, 184.
- Lithine dans la goutte, la, 271.
- Macération chez le fœtus vivant, de la, 151.
- Magnésie, dans la diarrhée, du silicate de, 289.
- Mamelles, De certaines affections des, 533.
- Mariages, 280.
- MARSIL, HON. D. — Les inhumations, 171.
- MARSIL, DR. C. V. E.—Ovariectomie et myomectomie, 6.
- Massage du ventre dans la constipation des enfants, 6, 57.
- Mastite de la ménopause, 536.
- Médecine, par les pharmaciens, exercice illégal de la, 162.—canadienne à l'étranger, 665.
- Médicaments, influence de la forme d'administration des, 162. — secrets, vente des, 219.
- Mégalo-cardie de la croissance, la, 437.
- Méningite tuberculeuse latente, 656.
- Menthol, du, 155, 214, 269, 327.
- MERCIER DR. O. F.—L'art obstétrical à Paris, 626.
- Mercurielle, nouvelle préparation, 159.
- Métrie, traitement, 261.
- Métrorrhagie, traitement, 381.
- Miction, troubles psychopathiques de la, 579.
- Migraine, pathogénie de la, 507.
- Monoplégie brachiale, la, 289.
- Mort subite par cathétérisme du colutériu, 530.
- Morvan, maladie de, 298, 457.
- Myocardite segmentaire essentielle chronique, 183.
- Myomes utérins, 138.
- Myrthol, le, 156.
- Navi, traitement, 82.
- Naissances, 112, 224, 280, 336.
- Nécrologie, 53, 112, 166, 222, 278, 335, 392, 560, 667.
- Néphrite sans albuminurie, 75.—scarlatineuse, traitement, 161.—chronique, traitement, 325.
- Nerveuses des extrémités, affections, 298.
- Névralgies, traitement, 247, 327, 659.
- Noix vomique dans les maladies du cœur, de la, 157, 327.
- Œsophagisme, 22.
- Ongle incarné. traitement de l', 466.

- Onguent iodé, 609.
 Opérations sèches, 192.
 Orchite par effort, 310.
 Oreilles au point de vue médico-légal, 604.
 Oreillons, 160.
 Orgeolet, traitement, 29.
 Otologie et rhinologie pratiques, 337.
 Ostéite déformante de Paget, 254.
 Ostéomalacie, traitement par la castration, 357.
 Ouabaïne, 211, 546.
 Ovariectomie et myomectomie, 6.
 Oxyures, traitement, 159.
- PALARDY, Dr M. J.**—Traitement de la fièvre typhoïde, 617.
 Palpitations, des, 513.
 Panboano, 215.
 Pausements, plus de, 193.
 Papaïne et cancer, 156.
 Paralyse infantile, pronostic de la, 435.
 Paraplégie, sur trois cas de, 18.
 Pasteur, Institut, 273, 615.
 Pastilles désinfectantes, 46.
 Périarthrite du genou, 134.
 Périnée, déchirure du, traitement, 366.
 Périnéorrhaphie, 201, 366.
 Péritoïne, lavage du, 133.
 Pied bot, traitement, 523, 650.
 Pilocarpine, dans l'empoisonnement par la belladone, de la, 214.—dans la jaunisse, de la, 214, 440.
 Pityriasis, traitement du, 46.
 Pharmacie, amendements à la loi de, 107.
 Pharyngite chronique, traitement, 609.
 Phosphaire et diabète, 157.
 Phtisiques, digestion gastrique chez les, 78.
 Phymique, le clou, 22.
 Placenta, insertion vicieuse du, 424.—après avortement, rétention du, 587.
 Plaques muqueuses, traitement, 216.
 Pleurésie purulente à pneumocoques, 405.—syphilitique, 413.—les, 574, 639.
 Pneumonies graves, traitement par les inhalations de chloroforme, 77.—du sommet, 186.
 Polymyérites et polynévrites, 458.
 Polypes de l'utérus, des faux, 91.
 Pott, mal de, 467, 521.
 Poux, traitement, 160.
PRÉVOST, Dr L. C.—Lagrippe à Ottawa, 229.
 Profession médicale et la législation, la, 217.
 Prurigo, traitement, 609.
 Prurit, le salicylate de soude dans le, 212.—de la vulve, traitement, 384, 549.
 Psoriasis capitis, traitement, 118.
- Puerpérale, prophylaxie de la fièvre, 137.
 —par le curage, traitement de la septicémie, 140.
- Quinine sans amertume, 157.—dans la fièvre intermittente, mode d'administration de la, 213.—comme oxicotique, 272.—et grossesse, 325.
- Raideurs articulaires, 86.
 Réflexe bulbo-caverneux, 303.
 Rein chez les enfants, tumeurs malignes du, 487.
 Rénale, traitement de l'insuffisance, 20, 182.
 Resorcine, 214.
 Retrecissement du rectum, traitement, 128.
 Rhumatisme chronique, traitement, 328.—aigu, traitement, 383.
 Rougeole, complications buccales de la, 377.
 Rubéole, 379.
- Saccharine dans la cystite, la, 211.
 Salol, dans les angines, 270.—émulsion de, 609.
 Salpingite hémorrhagique, 652.
 Scarlatine, démangeaison dans la, 375.—Traitement de la, 495.—Antisepsie dans la, 592.—sans fièvre, 594.
 Sciatique, de la, 407.
 Sclérose des nouveau-nés, 324.
 Sclérose en plaques, 148.—primitive du cerveau, 437.
 Sécrétion lactée chez le nouveau-né, 543.
 Siège, présentations du, 89, 365.
 Sein, fausses tumeurs du, 193.
 Séminalles tuberculeuses, extirpation de vésicules, 306.
 Société médico-chirurgicale du district d'Iberville, 15, 116, 570, 667.—de secours mutuel, 442.
 Soude, salicylate, dans le prurit, 212.—en lavement dans le rhumatisme aigu, 383.—dans la chorée, 492.—biborate, dans l'épilepsie, 548.
 Sodium, chlorure de, dans la névralgie faciale, 327.—dans les épanchements pleuraux, 547.
 Souffle présystolique sans lésion de la valvule mitrale, 519.
 Soufre dans la gale, du, 213.
 Spasme de la glotte, traitement, 435.
 Strophantine, 211.
 Strophantus en thérapeutique infantile, le, 270.
 Strychnine dans l'asthme, 546.
 Sublimé dans la dysenterie, lavements de, 380.
 Sueurs fétides, traitement, 154.

- Suggestion, son application en pédiatrie, 148.
- Sulfonal dans la chorée, 382.
- Suppurations abdominales utérines, traitement, 530.—des annexes, traitement, 531.
- Syncope et convulsions par abaissement force de la langue, 100.
- Syphilides du vagin, 320.
- Syphilis, tertiaire, 266, 306 —chez les personnes âgées, 268.—nasale infantile, 283.—vaginale, 533.—traitement, 323, 440.
- Syphilitique, gomme de l'amygdale, 268.—polyurie, 645.
- Syringomyélie, 457.
- Tabès, avec crises gastriques, 300.—traitement, du, 457.
- Teigne, traitement, 441.
- Ténotomie, de la, 471.
- Terreurs nocturnes, 378.
- Tinea circinée, traitement, 46.
- Tousser à propos, l'art de, 126.
- Toux, utérine, traitement, 260.—traitement de la, 496.
- Traumatismes, cérébraux et médullaires au point de vue médico-légal, 103, 149.—crâniens, intervention chirurgicale dans les, 586.
- Tremblement hystérique, 399.
- Tuberculose, des vésicules séminales, 306.—pulmonaire, diagnostic précoce de la, 185.—chirurgicale, 524.—aiguë chez l'enfant, 595.—transmission par des boucles d'oreille, 606.
- Tumeurs adénoïdes, 263.
- Tympaite, traitement, 496, 549.—de la, 641.
- Typhlite, traitement chirurgical de la, 362.—et appendicite, 403.
- Typhoïde, fièvre, son diagnostic dans le premier septenaire, 296.—Traitement de la, 617.
- Ulcères, traitement, 271.—rond de l'estomac, 512.
- Urine, de la rétention d', 135, 359.—incontinence d', traitement, 216, 544.—Toxicité chez les épileptiques, 440.
- Utérines, prophylaxie des maladies, 225.—valeur de quelques déviations, 529.
- Uterus, vices de conformation de l', 367.—Inflammation des annexes de l', 370.
- Vaginite, traitement, 367.
- VALIN, Dr C. N.—Traitement des calculs biliaires par l'huile d'olive, 169.
- Variétés, 55, 167, 280, 447, 503.
- Verrues, traitement, 266.
- Version bipolaire, de la, 429.
- Vertige cardio-vasculaire, traitement du, 520.
- Vésicatoires chez l'enfant, des, 542.
- Vessie, diagnostic des tumeurs de la, 414.—Ponction hypogastrique de la, 423.
- Vomissement: spasmodiques, traitement, 439.—de la grossesse, traitement, 549, 659.

COLLABORATEURS

AU XIXe VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

- | | |
|------------------------------------|--------------------------------------|
| BRENNAN, M. T., M.D., Montréal. | LACHAPPELLE, S., M.D., St-Henri. |
| BROSSEAU, A. T., M.D., Montréal. | LAVIOLETTE, C., M.D., Paris. |
| CHAGNON, J. E. P., M.D., Montréal. | LEBUC, N., M.D., Montréal. |
| CHEVRIER, R., M.D., Paris. | MARSIL, Hon. D., M.D., St-Eustache. |
| COTRET, R. DE O., M.D., Montréal. | MARSIL, C. V. E., M.D., St-Ensrache. |
| DESROSIERS, H. E., M.D., Montréal. | MERCIER, O., M.D., Paris. |
| FOUCHER, A. A., M.D., Montréal. | PALARDY, M. J., St-Hugues. |
| GAUTHIER, J. D., M.D., Montréal. | PRÉVOST, L. C., M.D., Ottawa. |
| HÉBERT, N. A., M.D., St-Valentin. | VALIN, C. N., M.D., Belœil. |
| LARAMÉE, J. A., M.D., Montréal. | |