

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

Pagination continue.

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

# TRAVAUX ORIGINAUX.

## CLINIQUE OTOLOGIQUE.

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

### Considérations générales sur les écoulements de l'oreille.

MESSIEURS,

Les écoulements de l'oreille en général, aigus ou chroniques, originant de la caisse du tympan ou du conduit auditif externe, constituent une maladie ou plutôt un symptôme de maladies tellement importantes que nous allons nous restreindre aujourd'hui à aborder cette question au point de vue du pronostic.

Le flux auriculaire est une des affections que vous aurez le plus souvent occasion de rencontrer plus tard dans le cours de votre pratique. Cette manifestation morbide accompagne des lésions anatomiques très variées. Vous la rencontrerez, tantôt localisée à la muqueuse de la caisse du tympan, au tympan lui-même ou au conduit auditif, tantôt associée à d'autres affections qui l'ont développée et qui l'entretiennent, telles que le catarrhe naso-pharyngien, les granulations, les polypes, les caries osseuses. Elle apparaît, tantôt bruyamment en s'accompagnant d'un cortège de symptômes graves, tels que douleurs de l'oreille, céphalalgie, vomissements, surdité, tantôt sans réaction et sans autre symptôme que l'écoulement lui-même et les lésions anatomiques de la surface suppurante et des organes avoisinants.

Les écoulements de l'oreille peuvent encore, aussi longtemps qu'ils restent latents, c'est-à-dire emprisonnés dans la caisse, passer inaperçus, surtout chez les jeunes enfants, et donner lieu à des méprises fatales. Ces affections sont surtout fréquentes chez les enfants, pour des raisons anatomiques que nous exposerons plus loin, et parce que le catarrhe naso-pharyngien est surtout fréquent à cet âge. Une autre raison peut être invoquée pour expliquer comment il se fait que tant d'oreilles humaines soient ainsi transformées en foyers de suppuration, c'est que beaucoup de médecins sont sous la fausse impression qu'il s'agit là d'une maladie de peu d'importance et que ce serait nuire à la santé générale du sujet que de chercher à en obtenir la guérison. En voulez-vous quelques exemples, nous pouvons les prendre immédiatement ici à la clinique.

Mme G. F., âgée de 37 ans, que vous voyez ici trois fois par semaine, est atteinte d'un écoulement des deux oreilles qui date de l'âge de deux ans; il y a donc 35 ans que ses deux oreilles suppurent. Les différents médecins qu'elle a consultés à ce sujet lui ont bien recommandé *de ne pas faire guérir ses oreilles*. Elle a suivi les conseils à la lettre; elle a craint, comme le préjugé l'enseigne, *que ça se jetât ailleurs*. Or qu'en

est-il résulté? La malade, presque sourde aujourd'hui, offre des symptômes de paralysie du facial, probablement causée par une carie du rocher. Elle a six enfants, et sur ce nombre, cinq ont un affaiblissement considérable de l'ouïe et viennent avec elle suivre un traitement pour des écoulements chroniques des oreilles datant de deux à six ans. Voici donc une mère qui a fait pour ses enfants ce qu'on lui avait conseillé de faire pour elle-même, au grand détriment de chacun d'eux.

Les écoulements de l'oreille sont graves, non seulement par l'influence nuisible qu'ils exercent sur l'organe affecté en altérant plus ou moins la fonction auditive, ils sont plus graves encore par le danger auquel ils exposent des organes essentiels à la vie, tels que le cerveau et le poumon. Il ne se passe pas d'année sans que nous ayons à constater, soit ici à l'hôpital, soit dans notre pratique privée, des cas de mort se rapportant à des écoulements de l'oreille, aigus ou chroniques, négligés, ayant déterminé des affections cérébrales mortelles. Pendant le cours des vacances de Noël, nous avons observé, M. le Dr Laramée et moi, un cas de ce genre terminé rapidement par la mort, qui démontre de la manière la plus évidente que les otites suppuratives méritent l'attention du médecin à l'égal des maladies cérébrales elles-mêmes.

J'ai tenu d'abord à vous citer quelques exemples démontrant la gravité de l'affection qui nous occupe; il me reste maintenant à expliquer pourquoi les suppurations de l'oreille sont dangereuses et quelle est la nature des dangers auxquels elles exposent.

Pour arriver à ce résultat, il est indispensable de passer en revue les principaux détails anatomiques du conduit auditif et de la caisse. Les rapports importants de ces cavités avec les organes qui les environnent, leur mode de développement, la structure spéciale de la muqueuse qui les tapisse, nous guideront plus sûrement vers une appréciation exacte des phénomènes pathologiques qui en sont le siège.

Le conduit auditif comprend deux portions: l'une, cartilagineuse, l'autre, osseuse. La portion osseuse, la plus intéressée dans la question qui nous occupe, n'existe pas chez le nouveau-né, elle est remplacée par un tissu membraneux qui unit l'os tympanique à la portion cartilagineuse. Vers l'âge de deux ans le conduit osseux se trouve formé, mais incomplètement, il persiste une lacune sur sa face antérieure. Cette solution de continuité se comble plus tard vers l'âge de cinq ans, mais elle persiste encore chez l'adulte dans une proportion de 15 à 20 pour cent.

Le conduit auditif osseux, développé, est en rapport en haut avec la dure mère et la base du crâne. Cette paroi est très mince, de plus, elle est criblée de trous. A son extrémité interne on trouve des cellules qui communiquent avec les cellules mastoïdiennes. La paroi inférieure est en rapport avec la loge parotidienne, la paroi antérieure avec la cavité glénoïde. Cette paroi est souvent amincie et même perforée.

La paroi postérieure correspond au sinus transverse, quelques-unes de ses cellules communiquent avec les cellules mastoïdiennes.

La peau qui tapisse l'intérieur du conduit auditif dans sa portion osseuse est très mince, de plus elle est très adhérente au périoste, si adhérente même qu'on ne peut l'en détacher.

La caisse du tympan diffère chez le nouveau-né et l'adulte. Chez le nouveau-né, la caisse est remplie par une masse gélatineuse, jaunâtre, sous forme de bourrelet muqueux. La disparition de cette hypertro-

phie de la muqueuse a lieu rapidement après la naissance ; il suffit ordinairement de dix à douze heures chez un enfant vigoureux qui crie et respire activement pour que la caisse, qui n'était qu'une cavité virtuelle à la naissance, devienne une cavité réelle. Ce changement s'opère sous l'effet de la ventilation de la caisse et de l'afflux du sang aux poumons.

Les rapports de la caisse, dans leur plus simple détail, sont : en dehors, avec le conduit auditif externe et la membrane du tympan ; en dedans, avec le labyrinthe ; en haut, avec la cavité crânienne ; en bas, avec la fosse jugulaire ; en arrière, avec la cavité mastoïdienne ; en avant, avec le canal musculo-tubaire et la paroi postérieure du canal carotidien.

En dehors, nous remarquons, outre le tympan, le marteau, l'enclume, le tendon du tenseur du tympan, la corde du tympan qui passe sous la longue branche de l'enclume, croise le col du marteau et sort par la fente de Glasser. En dedans, en face du tympan, s'avance le promontoire qui correspond au limaçon, sur le bord inférieur du promontoire on remarque un sillon qui reçoit le nerf de Jacobson et ses branches. On voit successivement la fenêtre ronde qui conduit au limaçon et qui en est séparée par une membrane appelée tympan secondaire ; la pyramide creusée d'un petit trou par lequel passe le muscle de l'étrier, un filet osseux qui unit le sommet de la pyramide au promontoire ; la fenêtre ovale qui conduit au vestibule mais qui en est séparée par le périoste. Cette fenêtre est en partie remplie par la base de l'étrier. En avant du promontoire, une saillie osseuse destinée au muscle interne du marteau. Au-dessus du promontoire, l'aqueduc de Fallope qui renferme le nerf facial et l'artère stylo-mastoïdienne. Les parois de ce canal sont souvent très minces et sont parsemées de trous qui laissent passer les rameaux que l'artère stylo-mastoïdienne envoie à la caisse. Tout à fait en haut et en arrière on rencontre une autre saillie osseuse, à surface lisse et brillante, elle correspond à la paroi externe du canal semi-circulaire antérieur.

En avant, on remarque l'ouverture tympanique de la trompe d'Eustache. Cette paroi n'est séparée de l'artère carotide que par une mince couche osseuse.

En haut, la voûte de la caisse correspond à l'union de la portion pierreuse et écailleuse du temporal. Cette paroi a une épaisseur variable, elle est quelquefois réduite à un millimètre et percée de nombreux trous vasculaires et même de lacunes qui peuvent faire croire à l'existence de caries.

Par la fissure pétro-squammeuse, l'artère meningée moyenne envoie un certain nombre de rameaux à la caisse ; de plus, chez l'enfant, on y trouve un prolongement de la dure-mère.

Le plancher de la caisse a une longueur d'à peu près 5 à 6 millimètres ; son niveau est inférieur à l'orifice tympanique de la trompe et à l'ouverture du tympan et des cellules mastoïdiennes. Cette paroi est percée de deux trous, l'un pour le rameau de Jacobson, l'autre pour celui de l'artère tympanique. Il y en a encore d'autres qui mettent la muqueuse de la caisse en rapport direct avec la veine jugulaire. Les nerfs spinal, pneumo-gastrique et glosso-pharyngien sont aussi intéressés dans ce rapport.

La paroi postérieure n'offre de rapports importants qu'avec l'apophyse mastoïde avec laquelle elle communique.

La caisse est recouverte d'une membrane muqueuse qui est la continuation de celle de la trompe et du pharynx. Elle est lisse, blanchâtre, très mince et ne contient qu'un feuillet renfermant des vaisseaux destinés aux os sous-jacents. Par conséquent, ce que nous appelons la muqueuse est plutôt une membrane périostique.

Tels sont les détails anatomiques et les rapports des deux cavités où siègent habituellement les écoulements de l'oreille. Il nous reste maintenant à passer en revue les différentes complications qui surviennent au cours de ces maladies et qui trouvent leur explication dans les rapports anatomiques que nous venons de vous rappeler.

Les lacunes qui persistent sur la paroi antérieure du conduit auditif, pendant le travail d'ossification, favorisent l'extension d'une inflammation du conduit auditif vers la région parotidienne, ou réciproquement de la parotide vers le conduit auditif externe. Il en est de même de la paroi inférieure : tout abcès développe à son niveau ou au voisinage peut fuser vers la parotide et réciproquement. Les rapports de la paroi antérieure avec la cavité glénoïde expliquent la gêne et les douleurs de la mastication au cours des inflammations du conduit auditif. Les communications qui existent entre la paroi postérieure et les cellules mastoïdiennes sont cause que la suppuration de la caisse peut se faire jour au dehors dans le conduit auditif externe sans qu'il existe de perforation du tympan.

Les rapports intimes qui existent entre la peau et le périoste du conduit auditif favorisent les altérations secondaires de ce dernier sous forme d'ulcération, de carie et d'exostose. Tout écoulement, tout trouble intense siégeant dans la peau du conduit peut se propager aux os sous-jacents avec la plus grande facilité.

Les rapports qui existent entre la dure-mère, le cerveau et la paroi supérieure du conduit auditif rendent faciles des complications mortelles au cours de maladies suppuratives déterminant la carie de cette paroi.

L'apophyse mastoïde qui communique avec la caisse et le conduit auditif est située immédiatement en arrière du sinus transverse. Ce voisinage est d'autant plus à craindre que l'apophyse mastoïde, par sa structure celluleuse, se prête admirablement à la stagnation du pus et à toutes les conséquences qui en résultent.

Les inflammations suppuratives de la caisse exercent une action nuisible sur toutes les structures délicates dont se compose cette cavité. C'est le tympan qui se perce, se détruit ou se régénère, épaissi et rigide ; ce sont les osselets de l'ouïe qui se désunissent, se désarticulent, passent à la suppuration, à la carie, ou qui, résistant à ces causes de destruction, s'immobilisent et s'ankylosent en produisant comme résultat final une surdité incurable. Ce sont les fenêtres ronde et ovale qui subissent les altérations les plus diverses, c'est la muqueuse tympanique qui s'hypertrophie, qui donne naissance à des granulations et à des polypes, ou qui guérit en formant çà et là des brides cicatricielles qui compromettent toujours si gravement les fonctions auditives. Le plancher de la caisse est, d'après les lois physiques, l'endroit le plus favorable à la stagnation du pus. La décomposition y est d'autant plus facile que les issues par où les liquides de la caisse pourraient sortir, (ouverture de la trompe, perforation du tympan, cellules mastoïdiennes) se tiennent plus élevées.

Ici, la macération de la muqueuse, l'inflammation et le ramollisse-

ment de l'os sous-jacent se font au voisinage immédiat de la veine jugulaire. Qu'une érosion par carie ait lieu, et un accident fatal en sera le résultat. Ce danger est rendu plus imminent par le fait que la lamelle osseuse qui sépare la jugulaire de la caisse est extrêmement mince et parcourue de plus par un canal destiné au passage d'un petit vaisseau sanguin. On rencontre même certaines anomalies où il existe des lacunes qui mettent la muqueuse de la caisse directement en communication avec la paroi de la jugulaire. À part la jugulaire, le plancher de la caisse est aussi en rapport avec le nerf vague, le glosso-pharyngien, l'accessoire de Willis et l'hypoglosse; une inflammation de cette région peut se propager à ces nerfs et leurs enveloppes; un thrombus volumineux de la jugulaire peut aussi les comprimer.

On a signalé des hémorrhagies mortelles à la suite d'érosion et de perforation de la carotide survenues au cours d'otites purulentes. On se rappelle que la carotide n'est séparée de la muqueuse de la caisse que par une lame osseuse mince, poreuse, souvent même interrompue par places, et contenant plusieurs ouvertures pour donner passage à des vaisseaux et des nerfs.

Le canal carotidien, à sa face interne, est tapissé par une expansion de la dure-mère; en ce point on remarque un espace rempli de sang veineux qui communique avec le sinus caverneux de la selle turcique. Ce voisinage constitue un nouveau danger dans les lésions de la paroi antérieure de la caisse.

La voûte du tympan est de toutes les parois de la caisse celle qui est la plus gravement intéressée dans les lésions résultant des suppurations chroniques de cette cavité. C'est cette paroi qui est citée le plus souvent comme atteinte de carie dans les otites purulentes ayant déterminé la mort par méningite ou abcès du cerveau. Que la voûte de la caisse vienne à faire défaut, il y a communication directe avec le cerveau et la dure-mère. Cette communication existe même à l'état normal chez l'enfant, elle est établie par un prolongement vasculaire de la dure-mère à travers la fissure petro-squammeuse. Elle persiste même quelquefois chez les adultes; ce fait anatomique, joint à la solidarité vasculaire qui existe entre la muqueuse de la caisse et la dure-mère, nous expliquent, pourquoi, à l'autopsie des personnes décédées au cours d'otite moyenne, on constate si souvent un engorgement des vaisseaux méningés situés au-dessus de la caisse. Ces rapports anatomiques viendraient encore à l'appui de ceux qui soutiennent qu'un très grand nombre d'enfants meurent d'accidents cérébraux qu'on attribue à tort à d'autres causes qu'à une otite moyenne.

Nous avons vu que chez les enfants la caisse du tympan n'offre pas le même aspect que chez l'adulte. Elle est dès la naissance le siège d'une grande activité vasculaire destinée à amener la résorption des produits cellulaires qu'elle contient. Rien d'étonnant donc si les otites sont si fréquentes chez les enfants. Cependant cette fréquence des otites chez ces derniers n'est pas toujours soupçonnée par les médecins. On est même étonné du résultat fourni par les autopsies; il tendrait à établir que dans les  $\frac{2}{3}$  des autopsies d'enfants cette maladie serait la cause de la mort.

"Trœlch a examiné 47 rochers appartenant à 24 enfants; l'oreille n'était normale que 18 fois (9 enfants); sur les 26 pièces restantes (15 enfants), il existait 26 fois une inflammation purulente, 1 fois une

inflammation muco-purulente et 2 fois une inflammation franchement muqueuse; 2 fois sur 5, Schwartz a trouvé du pus dans la caisse chez les nouveau-nés; Wreden, 36 fois sur 80; Kutscharianz, sur 300 cadavres d'enfants, a trouvé 151 fois un pus jaune-verdâtre dans la caisse. Ces résultats ont été confirmés en France par MM. Parrot, Renaut et Baroty (Urbantschitsch). Le diagnostic tel que fait avant la mort des enfants indiquait l'atrophie générale, le catarrhe intestinal, l'atoléciasie partielle des poumons, bronchite, hypérémie veineuse des méninges, congestion vasculaire du cerveau."

Quelle signification devons-nous donner à ces faits, que devons-nous penser des causes les plus fréquentes de la mortalité des enfants? Ces chiffres indiquent-ils que nous nous trompons journellement sur la véritable cause des troubles pathologiques observés chez les enfants? Il est permis de le supposer, et en face de chiffres comme ceux que je viens de vous communiquer, il est bon d'avoir toujours présent à l'esprit, lorsqu'on est appelé auprès d'un jeune enfant gravement malade et ne pouvant indiquer clairement le siège de son mal, que cet enfant ne souffre pas exclusivement par le fait de sa dentition, que ses oreilles comptent aussi pour que chose dans la production des convulsions et des méningites apparentes ou réelles.

Nous avons fait remarquer que la muqueuse de la caisse jouait dans cette cavité le rôle de périoste. On peut donc considérer chaque inflammation de cette membrane comme étant une périostite, et l'on voit toutes les conséquences qu'une semblable disposition anatomique peut entraîner, depuis la simple macération de la muqueuse, jusqu'à la carie des os sous-jacents. Il existe plusieurs observations de carie du canal semi-circulaire antérieur à la suite de laquelle le limaçon fut ouvert, l'inflammation purulente a pu se propager ainsi de la caisse au vestibule et du labyrinthe dans le trou auditif interne en déterminant une méningite.

L'inflammation de la caisse peut se transmettre au cerveau par deux voies différentes: par la voûte du tympan ou le trou auditif interne. Chose remarquable, dans les cas de carie du rocher suivie d'abcès du cerveau, il y a, en général, entre la surface du rocher et le foyer purulent, une quantité variable de substance cérébrale saine, ce qui fait penser à des abcès métastatiques. L'otorrhée produit la pachy-méningite purulente aussi souvent que l'abcès du cerveau, mais dans ces cas, la propagation par continuité de tissu est plus évidente.

Relativement à la relation qui existe entre les otorrhées et les abcès du cerveau, Lebert a noté que, sur une série de 80 cas, il y en avait  $\frac{1}{4}$  qui se rapportaient à cette cause. Sur ces 80 sujets il y avait 53 hommes, 24 femmes, 3 enfants; les abcès se sont rencontrés dans la moitié des cas avant la puberté, l'autre moitié entre seize et trente ans.

D'après les observations de Toynbee, l'inflammation du conduit se propagerait de préférence vers le cervelet et les ventricules latéraux; les inflammations de la caisse au cerveau; les affections du labyrinthe au bulbe. Non seulement l'abcès peut, en apparence, n'avoir aucun rapport avec la lésion de l'oreille, mais il peut même siéger du côté opposé à l'oreille malade. Quelques auteurs ont relaté des cas où un abcès primitif du cerveau s'était fait jour au dehors par le conduit auditif externe. Ces exemples sont très rares et demandent une observation très minutieuse pour être acceptés sans critique. On a signalé aussi des cas d'abcès du cerveau liés à une suppuration de l'apophyse

masoïde sans qu'il y ait ou pendant la vie de trouble de l'acuité auditive dans l'oreille correspondante.

Dans certains cas on a observé que des abcès étaient restés intacts sans entraîner de trouble de la motilité ni de l'intelligence, le dénouement fatal se produisit rapidement à la suite de coups, de refroidissement ou d'influences excitantes. La mort, en pareil cas, survient subitement, avec des symptômes convulsifs et apoplectiformes.

Le nerf facial est souvent atteint au cours des écoulements de l'oreille. Il importe de bien connaître la valeur et la signification de cette complication. Les rapports du nerf avec la caisse, l'ouverture qui présente le canal de Fallope au-dessus de la fenêtre ovale, la communauté vasculaire qui existe entre eux, nous expliquent la fréquence des spasmes ou des paralysies des muscles de la face, des larmoiements, etc., qui en sont le résultat. Cette complication est souvent méconnue et attribuée à une autre cause que l'affection de l'oreille. Elle exige quelquefois une observation minutieuse pour être reconnue à son début, et la malade dont je vous ai parlé au commencement de cette clinique en est un exemple remarquable. Plusieurs d'entre vous n'avez pu la diagnostiquer au premier abord, il a fallu une analyse détaillée du cas, et en définitive, il a fallu vous dire que la malade a un écoulement d'oreille qui date de 35 ans, qu'elle est atteinte d'épiphora, que l'ouverture de la fontaine palpébrale est plus grande à gauche qu'à droite, que les paupières se ferment plus vite à droite, du côté sain, et qu'en définitive, il existe du côté de l'oreille malade un relâchement des muscles de la face qui devient de plus en plus manifeste à mesure qu'on soupçonne l'existence d'une lésion du facial. Les symptômes sont ordinairement bien marqués dans les paralysies complètes; ainsi, les paupières restent toutes grandes ouvertes, la bouche est déviée du côté sain, ainsi que la langue; le jeu de la physionomie est changé. Les mouvements du voile du palais ne sont pas toujours atteints, mais lorsqu'ils le sont, c'est-à-dire lorsque la luette est déviée du côté sain, on peut en conclure que la paralysie a porté sur le ganglion géniculé. Les filets nerveux destinés au voile du palais partent de ce ganglion. Nous avons remarqué cette particularité, hier, chez une malade atteinte d'une paralysie faciale indépendante de lésions de l'oreille.

Que nous indique une parésie ou une paralysie du facial? Devons-nous en conclure que l'inflammation de l'oreille s'est propagée au cerveau? Non, les troubles circulatoires de la caisse, l'accumulation de sécrétion dans cette cavité suffisent pour réagir sur ce nerf. Mais il faut redouter, en pareil cas, une carie.

Pour distinguer la paralysie du facial par compression de la paralysie par destruction il faut savoir que dans les cas de compression la paralysie survient peu à peu et disparaît avec l'otite moyenne qui l'a causé. Lorsqu'il y a destruction du nerf facial, la paralysie apparaît brusquement et persiste lorsque l'inflammation a disparu. Lorsque l'écoulement de l'oreille est guéri depuis longtemps et que la paralysie persiste, il ne peut y avoir de doute sur la destruction du facial.

Les courants galvaniques et faradiques peuvent aussi nous donner des renseignements utiles. On a remarqué qu'au début d'une paralysie faciale le nerf présente une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique; à la fin de la deuxième semaine, l'excitabilité faradique continue à diminuer tandis que l'excitabilité galvanique s'accroît.

Si le courant galvanique seul conserve quelque action sur les muscles, la lésion du nerf est grave, la maladie sera longue; l'amélioration est signalée par le retour à la sensibilité faradique et par la diminution de la sensibilité galvanique.

Les lésions du facial ont par elles-mêmes un retentissement sur l'acuité auditive le plus souvent elles la diminuent, quelquefois elles l'augmentent. L'affaiblissement de l'acuité auditive, dans ces cas, s'explique par l'action qu'exerce ce nerf sur le muscle de l'étrier. Ce dernier muscle étant paralysé, le muscle antagoniste, le muscle du marteau devient prépondérant et contribue à enfoncer la base de l'étrier dans le vestibule. L'ouïe exagérée ou hyperacousie de Willis n'a pas encore été expliquée d'une manière satisfaisante.

Au cours des inflammations suppuratives de l'oreille on remarque souvent que la matière sécrétée renferme plus ou moins de sang reconnaissable à la couleur jaune-rougeâtre du pus. Il s'est produit dans ce cas des érosions des parois vasculaires; ces hémorrhagies portent quelquefois sur des vaisseaux assez volumineux pour être mortelles.

Un autre mode de terminaison fatale des écoulements de l'oreille est celui qui survient à la suite de lésion de la veine jugulaire, du sinus transverse et du sinus pétreux supérieur. On y remarque des érosions suivies d'hémorrhagies considérables, sinon toujours mortelles, ou des thromboses. Nous n'avons pas ici à étudier les symptômes de ces affections; arrêtons-nous cependant à la marche qu'elles peuvent suivre. Un thrombus une fois formé, disons dans le sinus latéral correspondant à l'os malade, le caillot se désagrège dans le centre, se change en un liquide semi-fluide qui, en réalité, constitue du pus; une petite veine entre dans le sinus au-delà de la terminaison du thrombus et en emporte quelques portions dans le torrent circulatoire vers le cœur droit.

De là ces portions de thrombus se dirigent vers l'artère pulmonaire et quelques-unes de ses petites branches, et finissent par obstruer un vaisseau quelconque. Il en résulte une distension, une exsudation des branches du vaisseau obstrué, et rapidement, une infiltration purulente et un abcès à cet endroit. Autour de cet abcès un nouveau thrombus des veines du poumon peut se produire. Des fragments de ce thrombus sont de nouveau entraînés par le torrent circulatoire, cette fois au côté gauche du cœur, d'où ils peuvent être distribués et produire de nouveaux abcès dans d'autres organes. Il peut se faire que des particules de thrombus parties du sinus latéral passent à travers les capillaires du poumon sans les boucher, et aillent produire des abcès dans d'autres organes. On admet aussi la formation d'abcès métastatiques en dehors de la formation du thrombus. Les abcès du poumon et du foie et la pleurite purulente ont été signalés souvent chez des individus atteints d'écoulements d'oreille.

Il n'y a pas de région où le système veineux soit mieux disposé pour la coagulation du sang que dans la dure-mère, dans les sinus et les capillaires qui s'y rendent. Les os du crâne sont rendus très vasculaires par les nombreux capillaires qu'ils contiennent, et cette disposition favorise la formation de thrombus. Les vaisseaux sont soudés aux parois osseuses, ils sont par conséquent inextensibles: encore une raison de plus pour favoriser la formation de bouchons fibrineux.

Voilà, en résumé, les lésions multiples et plus ou moins graves les unes que les autres, auxquelles peuvent donner naissance des écoulements de l'oreille.

Ce sont donc des maladies dont le pronostic est loin d'être favorable et qui méritent qu'on y prête une sérieuse attention.

Il reste maintenant à répondre à une dernière question : devons-nous traiter et guérir les écoulements de l'oreille ?

Si les suppurations de la caisse et du conduit auditif sont si souvent la cause de maladies mortelles, il est étonnant qu'une semblable question puisse être faite. Cependant elle est souvent posée et résolue négativement, tant par des médecins que par un public toujours facile à préjuger, surtout en ce qui regarde le traitement des maladies.

On ne veut pas guérir un écoulement dans la crainte de nuire à la santé générale. Le médecin croit que l'arrêt de la suppuration de l'oreille sera suivie d'une métastase au cerveau ou ailleurs ; le public voit dans le conduit auditif un émonctoire pour les mauvaises humeurs (sic) de l'économie ; il faut que ça sorte et l'on préfère que ce soit là qu'ailleurs.

L'idée du danger de la suppression des otorrhées n'est pas neuve, elle a même été émise par deux otologistes français distingués : Duvernoy, en 1683, et Itard, en 1838, mais elle n'a pas eu d'autres défenseurs que je connaisse parmi toutes les autorités que j'ai eu occasion de consulter à ce sujet.

Ce qui a contribué à accréditer cette opinion que les écoulements ne doivent pas être guéris, c'est que le passage à l'état aigu d'un écoulement chronique s'annonce par une cessation brusque de l'écoulement. A ce moment les douleurs augmentent, le malade se plaint davantage ; il en est donc résulté un mal en apparence causé par l'arrêt de l'écoulement. On interprète mal ce phénomène : ce n'est pas la cessation de l'écoulement qui cause l'inflammation aiguë, l'expérience de tous les jours le démontre, c'est l'état aigu qui cause l'arrêt de la sécrétion.

Qu'une cause accidentelle, un coup sur la tête, par exemple, détermine une méningite chez un individu souffrant déjà d'un écoulement chronique de l'oreille, on verra presque toujours l'écoulement de l'oreille diminuer ou cesser complètement, or ici ce n'est pas l'arrêt de l'écoulement qui aura causé la méningite, mais bien la méningite qui aura entravé la marche de la sécrétion de l'oreille.

Le phénomène s'observe chez ceux qui ont des cautères ; qu'il survienne une inflammation aiguë d'un organe avoisinant ou même éloigné de celui où se trouve le cautère, et l'on verra l'écoulement de ce dernier diminuer ou cesser pour un temps en faveur de l'organe nouvellement malade. C'est l'application d'un vieil axiôme : "*Ubi dolor, ibi fluxus.*" Les écoulements doivent être guéris, mais, bien entendu, on doit apporter à leur traitement le plus grand soin et la plus grande attention. L'origine de la répulsion de quelques médecins à traiter les otites suppuratives peut tenir à d'autres raisons que celles que nous venons de mentionner.

Il peut se faire que le traitement tel que pratiqué par eux ait eu des effets nuisibles et peut-être même mortels. Quo penser par exemple des résultats obtenus par ceux qui se servent de solutions de nitrate d'argent très concentrées pour arrêter un écoulement à l'état aigu, ou encore des résultats obtenus à la suite d'opérations sur la membrane du tympan faites par des mains inexpérimentées, ou encore par des médecins peu familiers avec l'anatomie de l'oreille. D'un autre côté, quel peut être le résultat d'un traitement par des injections astringentes ordinaires sur la marche d'une otite moyenne purulente chronique, lorsque

la caisse est remplie de granulations ou qu'il y a dans le conduit auditif un polype dont l'existence n'est pas même soupçonnée ?

Quel peut être le résultat d'un traitement de ces dernières complications par des caustiques tels que le nitrate d'argent fondu, ou l'acide chromique, ou le galvano-cautère, lorsque ces agents de destruction sont appliqués en trop grande quantité, ou en dehors du siège des excroissances ?

La mort a pu se produire dans certains cas où le traitement a été ainsi fait, et presque toujours au moins l'écoulement a persisté.

C'est alors que bien souvent le médecin, incapable de lutter avec succès contre la maladie, a trouvé très commode de dire à son patient qu'il est mieux de ne pas la guérir. Comme un auteur américain fait observer avec justice : *"As if the Creator would not have made the human race with such an one if it were necessary."*

S'il n'y a aucun danger à guérir une suppuration de l'oreille, pourvu que le traitement soit dirigé convenablement, n'y en a-t-il pas, non plus, à les laisser faire ? Certainement non. Wilde a dit avec raison que, aussi longtemps que persiste un écoulement de l'oreille, on ne peut pas dire quand, comment et où il va finir ni où il peut mener. Les rapports anatomiques que nous avons exposés plus haut ne sont rien moins que rassurants ; en effet, où rencontre-t-on un endroit du corps, aussi petit que la caisse et le conduit auditif, et entouré de tous côtés d'organes aussi importants. Nous considérons comme digne d'attention la moindre plaie suppurante du crâne, comment ne pas attacher plus d'importance à une suppuration dans la profondeur du temporal, dans une cavité étroite, entourée de toute part d'organes dont les moindres lésions peuvent entraîner promptement la mort !

Les sujets atteints d'écoulements des oreilles sont dans des conditions défavorables pour le service militaire ; chez ces sujets, en effet, l'exposition au froid, à l'humidité, les marches forcées, les fatigues de toutes sortes auxquelles expose la vie militaire, sont de nature à aggraver la maladie et à faire naître des complications mortelles.

Les compagnies d'assurance, au moins un certain nombre, ont compris l'importance qu'il y a de ne pas accepter indistinctement tous les sujets atteints de maladies des oreilles. Ainsi, parmi celles qui constituent un obstacle à l'obtention de police d'assurance, il faut ranger en premier lieu les inflammations purulentes chroniques de l'oreille moyenne, avec perforation du tympan, surtout s'il y a polype ou granulations sur la muqueuse de la caisse. Les écoulements chroniques du conduit auditif sont accompagnés de dénudation des parois osseuses. Dans les cas aigus, on ne se montre pas aussi sévère, mais on attend que la maladie soit guérie. Lorsque l'écoulement a cessé, mais qu'il persiste une perforation du tympan, les sujets sont admis conditionnellement avec augmentation de prime. Ces mesures sont loin d'être trop sévères et devraient être adoptées par toutes les compagnies d'assurance sur la vie.

Les otorrhées sont non seulement dangereuses pour la vie de celui qui en est atteint, elles constituent aussi pour lui une affection nuisible qui le rend un sujet de dégoût pour lui-même et pour les autres.

Les effets de l'écoulement sur la fonction auditive ne doivent pas non plus être perdus de vue.

Nous avons déjà fait voir l'effet des suppurations chroniques sur les

structures délicates que contient la caisse du tympan, nous ferons seulement remarquer ici que plus la suppuration dure longtemps plus la destruction des organes qu'elle contient s'accroît, plus elle devient irrémédiable. De là la nécessité d'intervenir le plus promptement possible afin de conserver intacte l'acuité auditive, ou au moins de prévenir ces surdités complètes qui dans le bas âge entraînent fatalement à leur suite un autre défaut non moins sérieux : la mutité.

En effet, c'est par l'oreille que l'enfant apprend à parler, c'est par là que lui vient l'instruction ; plus cet organe est perfectionné, plus il donne d'aptitude à l'avancement intellectuel. Ceci a déjà été démontré d'une manière bien évidente par les statistiques qui ont été faites dans un grand nombre de maisons d'éducation. Que nous prouve l'examen des oreilles des élèves fait indistinctement sur tout le personnel des maisons d'éducation ? Deux faits très importants : 1<sup>o</sup> qu'il y a une proportion variant de 17 à 25 % des élèves atteints de dysacousie ; 2<sup>o</sup> que cette proportion de 20 % en moyenne se répartit sur les élèves les moins doués, les derniers de la classe, les distraits, les paresseux et les indociles.

Nous aborderons dans une leçon ultérieure la question du traitement des écoulements de l'oreille et de leurs complications.

**Néphrite consécutive à la varicelle**, par Hénoch, d'après l'*Archivio di patologia infantile*.

Hénoch a publié quatre cas très concluants de néphrite consécutive à la varicelle.

1<sup>o</sup>. Petit garçon de 10 ans, affecté d'une légère néphrite, sans cause appréciable, au printemps de 1883. Quatorze jours auparavant, ce petit garçon avait été atteint de varicelle. Le repos au lit et de petites doses d'acétate de potasse amenèrent une guérison complète.

2<sup>o</sup>. Petite fille de 2 ans, syphilitique, atteinte de varicelle pendant son séjour à l'hôpital ; après trois jours, œdème manifeste. L'examen de l'urine décelé la présence de l'albumine, de tubuli et de débris épithélias. La malade meurt quinze jours après ; à l'autopsie, on trouve de la dilatation et de l'hypertrophie du ventricule droit avec des valvules intactes, de l'œdème pulmonaire, de la néphrite parenchymateuse et un foie gras.

3<sup>o</sup>. Une petite fille de 5 ans, au troisième septénaire d'une fièvre typhoïde, en état de défervescence complète, est prise de varicelle. Huit jours après, il se produit de l'œdème de la face, des pieds et de la vulvite catarrhale. Bains de vapeur. Guérison au bout d'un mois.

4<sup>o</sup>. Petite fille de 4 ans, affectée d'eczéma de la face et de prolapsus du rectum, contracte la varicelle. Onze jours après, elle a une albuminurie considérable, de l'œdème facial, de la pâleur des téguments, une légère fièvre, de la céphalalgie et des douleurs lombaires. Dans les urines, on trouve de nombreux tubuli, des débris épithélias et des hématies. Guérison au bout de quinze jours.

La fréquence relative de la néphrite dans la varicelle est donc suffisamment prouvée pour que l'analyse de l'urine s'impose au praticien appelé à soigner cette dermatite infectieuse.—*Revue des maladies de l'enfance*.

## REVUE DES JOURNAUX.

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

**De la granulie.**—Clinique de M. LANDOUZY, suppléant de M. le prof HARDY à l'hôpital de la Charité. —Plusieurs fois, à propos d'individus atteints de fièvre typhoïde, vous m'avez entendu dire, " Est-il bien démontré que nous ayons affaire à une pareille affection ? Ne serait-ce pas par hasard une fièvre tuberculeuse, ou bien encore une fièvre granulique ? " Voilà une question que vous m'avez vu me poser en présence de notre numéro 3 de la salle St-Charles. C'est un malade dont l'aspect a tellement simulé celui d'une fièvre typhoïde qu'on n'a pas commis une faute, au début, en croyant à cette affection. Toutefois, l'évolution qui a eu lieu nous a permis aujourd'hui de changer notre diagnostic pour porter celui de fièvre granulique. Par ce mot, je n'entends pas vous parler de cette forme où, en quelques jours, le malade est mis à mort de par ces granulations, ou bien encore de ces individus qui ont une telle abondance de granulations qu'on en rencontre dans l'intestin, dans le cerveau, dans le poumon..., mon intention est seulement de faire allusion à ces infections tuberculeuses qui peuvent être réparties dans les viscères avec une discrétion telle que des manifestations ne se sont pas présentées dans la vie, de sorte que vous êtes frappé quand ce typhique succombe, et quand vous ne trouvez à l'ouverture de son cadavre que les signes des maladies infectieuses (hypertrophie de la rate, injection des poumons à la base) et quelques granules.

Il n'en est ainsi que parce que vous êtes dominé par les idées que vous avez sur la tuberculose ; aussi, pour bien comprendre la question, passons en revue les différentes formes sous lesquelles peut se présenter cette maladie. Nous avons, en premier lieu, la tuberculose classique vulgaire à forme chronique, dans laquelle, par une sorte de nécrobiose, l'individu arrive à mourir au bout de plusieurs années. A côté il en est une semblable au point de vue des modalités pathologiques, mais qui en diffère complètement par l'évolution. Ici, la marche est rapide, de sorte que le dénouement fatal arrive au bout de quelques semaines ou de quelques mois. C'est dans cette forme que rentre la pneumonie tuberculeuse. Bien distincte est celle que j'appelais tout à l'heure granulie. Quand vous coupez, en effet, le poumon, vous n'avez plus, au lieu de cavernes, au lieu de gros tubercules, que des granulations du volume d'un grain de chènevis qui tatouent pour ainsi dire le poumon depuis le haut jusqu'en bas.

Voilà quelles différences au point de vue anatomo-pathologique existent entre ces diverses manifestations ! Mais ce n'est pas tout, et il faut savoir qu'il n'y a pas non plus la moindre parité en clinique. Lorsqu'on examine une affection tuberculeuse chronique ou rapide, sans être grand clerc en clinique, il y a, du côté du poumon, une localisation telle que par l'auscultation vous ne pouvez pas passer à côté du diagnostic, et qu'il vous est impossible de faire une confusion avec la granulie. Qu'est-ce que vous présente, en effet, un granulique ? Du délire et de la prostration. Il jure la maladie générale et res-emble, à première vue, à

un typhique. Il est pris *totius substantiæ*, et cela est tellement vrai que par l'auscultation et la percussion vous ne pouvez rien distinguer entre la partie supérieure et la partie inférieure du poumon. Si vous venez à examiner le système nerveux, vous ne trouverez que quelques phénomènes comateux, mais rien de suffisant pour vous permettre d'affirmer que cet état est sous la dépendance de quelqu'autre chose qu'une congestion des plaques de Peyer. Le malade étant mort, à l'amphithéâtre vous trouverez tous les caractères d'une maladie infectieuse, et dans l'augmentation de la rate, et dans la congestion des intestins et des poumons. Les caractères de la fièvre typhoïde, cependant, ne se présentent, ni du côté de l'entérite, ni du côté des ganglions, mais alors, au sommet des poumons, il existe quelques granules indéniables. Si, poursuivant vos investigations, vous faites une coupe du foie, des reins et enfin du cerveau, vous saurez, par la présence de quelques granules, que votre malade est mort, non d'une fièvre typhoïde, mais d'une granulie. Voilà ce que vous apprendra votre autopsie, à savoir que cet homme est mort sans avoir pu réaliser sa tuberculose. Et ne croyez pas que cela soit une simple vue de l'esprit; tous ceux qui ont pratiqué minutieusement des autopsies ont vu des cas semblables; et ne croyez pas que ces cas soient exceptionnels; ils le sont en apparence, puisqu'ils portent sur les bulletins de statistique l'étiquette de fièvre typhoïde. Pour ma part j'en ai vu un grand nombre, aussi je tiens à vous fournir les observations de ceux qui ont évolué ici.

Il y a deux ans, mon ami le docteur Gaillard, de Chatou, fut appelé pour soigner une femme de chambre qui, depuis quelque temps, avait de la courbature. Comme il y avait des enfants dans la maison et qu'il craignait la fièvre typhoïde, il me pria de la recevoir au n° 7 de la salle Ste Anne. Lors de son arrivée, elle avait du subdélire, la langue sèche, du ballonnement abdominal, une fièvre vive et, en un mot, tous les symptômes de la dothiéntérie moins un, les taches. Pendant plusieurs jours mon diagnostic fut en suspens, et M. le professeur Leudet, de Rouen, qui m'avait fait l'honneur de m'accompagner dans ma visite, partageait mes hésitations et cela d'autant plus qu'il y avait de grandes oscillations entre la température du soir et celle du matin. Nous en étions là, lorsque nous surprîmes un beau matin une hémiplegie faciale du côté gauche. Le doute, alors, n'était plus possible; nous étions bien en face d'une localisation cérébrale dont le pronostic était fatal. En effet, quarante-huit heures après, nous faisons l'autopsie de cette malade, et nous trouvons sur la sylvienne du côté droit trois granules disposés de telle façon qu'ils avaient compromis la circulation du facial. Quant au poumon, il présentait trois granules à gauche, et c'était tout.

Voilà bien une affection qu'on aurait pu appeler à première vue fièvre typhoïde et qui, cependant, n'était pas autre chose que de la tuberculose. Cette malade, il est vrai, n'a pas été emportée par ces trois granules, mais elle est morte empoisonnée comme cela arrive dans la variole, dans la rougeole, dans la scarlatine, et, en un mot, dans ces maladies générales qui souvent ne nous livrent pas leur secret. C'est qu'en effet on est frappé du contraste qui existe entre l'importance des symptômes et l'autopsie où on ne trouve rien. L'année dernière encore, par exemple, nous recevions une femme avec tous les symptômes d'une fièvre continue sauf un, les taches lenticulaires. Quelques jours après nous trouvons à l'autopsie tout simplement cinq granules au sommet

droit du poumon. Ici encore cette malade est morte typhique, mais pas dothiéntérique. Toujours la même année, au numéro 1 de la salle St-Charles, était couché un jeune homme qui présentait du delirium tremens. Notre diagnostic, pendant plusieurs jours, fut en suspens entre une fièvre typhoïde ou la tuberculose. La poitrine, d'un côté, ne nous révélait rien, mais, d'un autre côté, les taches lenticulaires manquaient et il existait de grandes oscillations thermiques. Quoi qu'il en soit, cet homme ayant succombé, l'autopsie nous montra au sommet droit un petit foyer caséux entouré d'une corolle de granulations. Voilà donc bien encore un individu qui, si nous n'avions pas fait l'autopsie nous-même, aurait été probablement porté comme dothiéntérique.

Ces faits que je viens de vous citer ne sont pas plus abondants parce que quelques-uns de ces malades guérissent et qu'alors, dominé par vos livres, vous vous dites. "Il n'y a pas eu de taches, c'est vrai, mais après tout il s'agit bien d'une fièvre typhoïde." Eh bien, je crois que vous avez tort. Au reste, ce que vous faites, je l'ai fait. C'était en 1882, dans une de nos salles, en pleine épidémie de fièvre typhoïde, je vous présentais un malade qui, avec un aspect typhique, asphyxiait, crachait, et présentait du côté de la cage thoracique de la matité, de sorte que j'en fis cliniquement un granitique. En vertu de certaines doctrines que je n'ai pas ici à vous exposer, je me mis à le nourrir comme s'il était en pleine convalescence. Malgré cela, il maigrissait à vue d'œil, quand tout d'un coup il se mit à aller mieux. La convalescence ne tarda pas à venir et un beau matin je vous le représentai ici même pour faire amende honorable de mon erreur de diagnostic. Or, en agissant ainsi, j'ai commis une faute parce que depuis, j'ai suivi des cas semblables, les uns même jusqu'à l'amphithéâtre. Pour ne pas aller plus loin je prendrai, comme exemple, le numéro 2 de la salle St-Charles. Son histoire est bien simple : entré le 21 juillet dernier avec toutes les apparences d'une fièvre continue, il est traité en conséquence, bien qu'il n'y eût pas de taches et que le malade prétendit avoir déjà eu une fièvre typhoïde. Sa maladie évolue, la température baisse et on pense à l'envoyer à Vincennes, lorsque le 19 août se déclare une pleurésie gauche. A partir de ce jour cet individu a une fièvre continue rémittente. L'épanchement, en outre, devient tellement abondant, qu'il nécessite à deux reprises différentes une thoracenthèse. Aujourd'hui, toutefois, le liquide a disparu, mais cet homme est toujours febricitant.

Que résulte-t-il de cet enseignement? Pour répondre à cette question, il est bon de nous diviser en deux camps. Les uns, comme Guéneau de Mussy, vous diront : "On voit certaines fièvres typhoïdes favoriser l'éclosion de la tuberculose." D'autres, au contraire, prétendront que cet individu était à l'origine un tuberculeux. Quant à moi, me rangeant dans le second groupe, je maintiens que cette fumense dothiéntérie n'était autre que de la tuberculose, et que cette pleurésie, en un mot, n'a été que le cri d'une tuberculose qui jusqu'ici ne s'était pas localisée.

Combien de fois n'arrive-t-il pas que tout le monde est d'accord pour reconnaître que tel malade est aux prises avec une fièvre infectieuse tuberculeuse; l'individu, cependant, sort guéri, et alors le chef de service prend la plume, regarde son interne et, suivant qu'il est dominé par ses idées scholastiques ou qu'il a deponillé toutes ses idées d'étudiant, signe : "Fièvre typhoïde ou granule." Quant à moi, j'ai commis de pareilles fautes. L'année dernière encore, j'ai failli, à la salle

Ste. Anne, mettre sur la pancarte d'une femme, qui avait eu quelques légères manifestations tuberculeuses du côté droit du poumon et qui avait perdu cinq enfants de convulsions sur neuf, le jour de sa sortie, l'étiquette de fièvre typhoïde, toujours dominé que j'étais par cette idée qu'une granulique n'a pas le droit de sortir guérie.

D'après ces quelques données, je ne crois pas que vous m'en voudriez si je vous disais qu'une maladie infectieuse comme la fièvre tuberculeuse se peut très bien arriver à se purger chez un malade absolument comme la fièvre puerpérale. Ne voyez-vous pas, en effet, des individus atteints d'érysipèle qui, selon Trouseau, se tirent de tous les diables. Je dis, aucune brèche n'ayant été faite, et la germination infectieuse s'éteignant, que cette maladie pourrait bien guérir. Il n'y a rien d'étonnant alors que je souscrive à ce diagnostic, et cela par ce fait que ces maladies étiquetées fièvre typhoïde rentrent dans le service quelques mois après avec une localisation tuberculeuse dont les signes sont tellement accusés que le doute n'est plus possible. Pour ma part, je dis qu'il faut en appeler à l'anatomie pathologique qui joue le rôle d'une cour de cassation, et si je dis cela, c'est parce que j'ai vu en ville des faits de cette nature. A ce propos, vous m'avez entendu raconter l'année dernière qu'en 1883, ayant dans une famille dont j'étais le médecin depuis six ans à soigner un enfant, je demandai en consultation Parrot. Mon regretté maître, bien qu'il n'y eut pas de taches, bien que je craignisse la tuberculose, et cela d'autant plus qu'il y avait quelques antécédents dans la famille, porta cependant le diagnostic de fièvre typhoïde et fut rassurant. Les événements lui donnèrent raison, puisque l'enfant guérit; mais l'année dernière ce même enfant fut repris d'un état général grave des plus bizarres. On ne trouvait aucune localisation, ni du côté de l'abdomen, ni du côté de l'encéphale, ni même du côté de la cage thoracique, et cependant, pendant neuf semaines, j'eus affaire à une fièvre rémittente. Eh bien je prétends qu'il a fait une fièvre tuberculeuse infectieuse; aussi, maintenant qu'il a mis le pied sur cette voie, je l'attends pour plus tard.

Le côté pratique, maintenant, est excessivement important, parce que, sans vous trop précipiter dans votre diagnostic, couvrez vous néanmoins par une consultation, et dites-vous, qu'après tout, tant que la brèche n'est pas faite, l'assiégeant peut quitter la place. Voilà pour quelles raisons je nourris mon malade afin qu'il ait la force de purger sa condition infectieuse. En agissant ainsi et en ne vous croisant pas les bras, vous aurez des succès et servirez au mieux et les intérêts de vos malades et en même temps votre réputation.—*Praticien.*

**Causes et traitement de l'obésité,** par M. Germain Sée.—1<sup>o</sup> Le régime physiologique comprend 120 à 130 grammes de principes azotés (provenant de 250 à 300 grammes de chair musculaire ou d'albuminates), 100 à 120 grammes de graisse neutre, plus 250 grammes d'hydrocarbures fournis par 300 à 400 grammes de fécule ou de sucre. Ces proportions doivent être modifiées de façon que les substances musculo-albumineuses ne dépassent pas sensiblement la ration normale, car la viande en excès, en se dédoublant, formerait elle-même la graisse; les corps gras, faciles à digérer, peuvent sans inconvénient être utilisés à la dose de 60 à 90 grammes; les hydrocarbures seront réduits au minimum; quant aux aliments herbacés, ils ne contiennent rien de nutritif.

2<sup>o</sup> Les boissons, loin d'être supprimées, seront augmentées pour faciliter la digestion stomacale et pour activer la nutrition générale; mais il faut supprimer les liquides alcooliques, la bière surtout, ainsi que les eaux minérales comme usage habituel. Elles seront toutes remplacées par les liquides caféiques et surtout par les infusions chaudes de thé.

3<sup>o</sup> Les exercices musculaires, quels qu'ils soient, s'imposent à l'obésité. Je fais abstraction de l'équitation, qui n'est qu'un exercice passif.

4<sup>o</sup> Les sudations, les bains de vapeur, les bains chauds et surtout l'hydrothérapie peuvent présenter quelques avantages.

5<sup>o</sup> Parmi les médications les plus utiles sont les iodures à très petites doses, les eaux chlorurées sodiques qui n'agissent que temporairement. Les eaux et les préparations alcalines, si puissantes contre les diabétiques, n'ont pas d'action précise dans l'obésité vulgaire. Toute une médication est au moins inutile.

*Nature et traitement des infiltrations et des transformations graisseuses du cœur.*—1<sup>o</sup> Il existe deux sortes d'états graisseux du cœur: l'un, l'infiltration graisseuse, se rattache par ses caractères et par son mode de production à l'obésité générale; l'autre, plus grave, constitué par une transformation graisseuse ou fibro-graisseuse du muscle cardiaque, reconnaît ordinairement des causes locales, sans qu'il y ait souvent le moindre signe d'embonpoint. Parmi les causes locales, figure en première ligne la sclérose ou le rétrécissement des artères coronaires, cette induration artérielle, compagne de l'artério-sclérose générale, produit les phénomènes de l'asthme cardiaque et, en outre, très souvent ceux de l'angine de poitrine, marchant de pair ou alternant chez ces malades dont la plupart sont des goutteux, vieux avant l'âge, des syphilitiques encore jeunes, des alcooliques de tous âges, des vieillards anticipés ou vrais.

2<sup>o</sup> Chez les obèses dont le cœur est infiltré de graisse, le régime solide et liquide sera exactement le même que celui de l'obésité. Mais les exercices musculaires exigent les plus sévères précautions. Il est démontré, en effet, qu'à moins d'être violents et de consister dans de véritables ascensions rapides, ils ne présentent aucune espèce d'avantage. Il est démontré aussi par M. Marey que la musculature intense déprime la tension des vaisseaux; ils ne semblent donc indiqués que dans les hypertrophies du cœur, et celles-ci ne tardent pas à se transformer en un état graisseux ou fibreux des fibres musculaires; dès lors, la pression vasculaire a plus besoin d'être soutenue que dépréciée.

3<sup>o</sup> Quand le muscle cardiaque est ainsi dégénéré en tissu fibro-graisseux, et à plus forte raison quand il l'est primitivement, ni le régime, ni les boissons, ni les exercices de l'obèse n'ont de raison d'être; ce sont des cardiaques graves qui exigent d'autres soins.

4<sup>o</sup> Dans tous les cas de transformations et même d'infiltrations graisseuses, le traitement par les eaux minérales, par les bains chauds, les sudations et surtout par l'hydrothérapie, se trouve contre-indiqué. La même réflexion s'applique à la méthode des émissions sanguines, qu'on peut appeler historiques, ainsi qu'à la médication appelée révulsive, qu'on doit appeler aussi physiologique; les vésicatoires, les pointes de feu, les cautères, ne peuvent rien contre les dégénérescences, contre les états régressifs du cœur qu'on traite comme des inflammations.

5<sup>o</sup> A défaut d'indications générales, on a imaginé la thérapeutique

étiologique, basé sur la vie sédentaire, le défaut d'air, la continence ou les excès, les abus intellectuels, et enfin la diathèse arthritique. Or on aura beau recommander la marche au grand air, la sobriété génitale, la modération dans le travail intellectuel, on n'obtiendra rien ni en principe ni en fait. Quant à la goutte, on ne peut l'atteindre, puisqu'elle remonte aux parents, et que, si elle existe chez les cardiaques, elle rentre de plein droit dans l'artério sclérose générale ou coronaire.

6<sup>o</sup> Au contraire, le fer, les iodures, les cardio-toniques, comme les digitaliques à doses fractionnées, la convallamarine, sont indiqués de toutes façons, mais exigent une manipulation discrète.

7<sup>o</sup> Le traitement de l'asthme cardiaque réclame les mêmes moyens diversément combinés avec certains médicaments anti-asthmatiques, tels que la pyridine en inhalations, la morphine en injections.

8<sup>o</sup> Le traitement de l'angine de poitrine (angine cardiaque) est à réviser. L'enquête devra porter sur les nitrates anciennement préconisés, et les iodures récemment vantés par M. Huchard.—*Abeille médicale.*

**Paralysies alcooliques.**—Les paralysies, qui constituent un des rares accidents de l'alcoolisme chronique, quand on songe à la multiplicité des complications qui sont sous la dépendance de cette intoxication, présentent un ensemble de symptômes assez caractéristiques pour qu'on puisse les reconnaître facilement. C'est surtout à M. Lancereaux qu'on doit leur étude, et un de ses anciens internes, M. OETTINGER, vient d'en donner une remarquable description dans sa thèse, en démontrant que par leurs caractères anatomo-pathologiques, elles appartiennent non aux paralysies d'origine centrale, mais aux paralysies périphériques et sont constituées par des névrites multiples.

La paralysie alcoolique ne débute jamais brusquement ; elle est précédée par toute une série d'accidents antérieurs qui relèvent tous de l'intoxication alcoolique chronique : mais il y a en outre presque toujours quelques troubles spéciaux, comme des douleurs vives dans les membres, des fourmillements, des crampes, des soubresauts musculaires, enfin de véritables parésies. Ces dernières qui ne sont souvent que le début de la paralysie, apparaissent habituellement avec plus d'intensité le matin au réveil, semblables en cela au tremblement des buveurs.

La paralysie, qui peut tantôt s'établir d'une façon lente, tantôt se développer en très peu de temps et se généraliser, sans cependant être jamais complète d'emblée, commence dans l'immense majorité des cas par les extrémités inférieures ; ce sont alors les extenseurs des orteils qui sont les premiers atteints, ce qui donne au membre une attitude spéciale, celle d'une variété de pied-bot équin. La paralysie qui est symétriquement étendue aux deux membres, gagne d'autres muscles tels que les péroniers, les muscles du mollet, le triceps crural ; la paralysie peut être ainsi limitée aux membres inférieurs et constituer ce qu'on a désigné sous le nom de paraplégie alcoolique. Les membres supérieurs sont cependant souvent pris également : ce sont d'abord les extenseurs de la main et des doigts qui sont atteints, puis les fléchisseurs ; si la paralysie se généralise, ce qui arrive quelquefois, elle respecte toujours la face et l'on ne voit que rarement survenir quelques troubles de la déglutition. En même temps, les fonctions intestinales et vésicales sont normales ; il n'y a pas de paralysies sensorielles telles que les paralysies des muscles de l'œil.

Quelquefois aussi il existe des troubles ataxiques, phénomènes d'incoordination motrice dont le rapport avec les paralysies alcooliques n'est pas parfaitement démontré.

Les troubles de la sensibilité tiennent dans la symptomatologie une place très importante : ce sont de véritables douleurs fulgurantes, une hyperesthésie plus ou moins généralisée, des perversions de la sensibilité, le retard dans la transmission des impressions, quelquefois aussi de l'anesthésie survenant à une période déjà très avancée. Le réflexe rotulien a toujours été aboli dans les cas où on l'a cherché. Enfin, la paralysie alcoolique s'accompagne dans la majorité des cas d'atrophie musculaire, de troubles trophiques et vaso-moteurs (altération de la peau, des ongles, eschares et surtout œdème).

Au point de vue de son évolution, on peut dire que la paralysie alcoolique peut revêtir trois formes cliniques différentes. Dans une première, il n'existe que de la parésie. Cette forme peut être assez facilement curable.

Une seconde forme est la forme chronique, la plus habituelle et qui peut durer des mois, des années, et rester cependant encore susceptible de guérison.

La troisième forme est rapide ; en quelques mois elle évolue et est toujours d'un pronostic fatal. En même temps que les paralysies se produisent, l'état général décline rapidement, la langue se sèche, il survient des diarrhées incoercibles, des vomissements, des eschares étendues au niveau du sacrum ou des fesses ; la mort survient six semaines à trois mois après le début des accidents.

Au point de vue du traitement, on doit surtout chercher à combattre les phénomènes douloureux d'une part, et d'autre part employer l'électricité contre les paralysies. Ce n'est que par ces moyens longtemps prolongés qu'on peut arriver à un résultat.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

**Traitement de la diarrhée chronique.**—Le professeur DACOSTA recommande spécialement les diverses médications suivantes :

10. Bismuth, 10 grains, combiné à l'opium, quatre fois par jour.

20. Les acides minéraux.

30. Le cuivre, le zinc, l'argent et le fer. Le cuivre est très efficace, donné à dose de gr.  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{1}{3}$  (du sulfate) quatre fois par jour. Il occasionne parfois des nausées. Le sulfate de zinc, 1 à 2 grains, combiné à l'opium, gr.  $\frac{1}{2}$  à  $\frac{1}{4}$ , est très utile. Les injections au sulfate de zinc sont également efficaces, de même que le nitrate d'argent, gr.  $\frac{1}{2}$ , ou l'oxyde gr.  $\frac{1}{2}$ , aussi combinés à l'opium. Le fer ne convient pas à tous les sujets. Donner 2 grains du sulfate, ou de 3 à 5 gouttes diluées de la solution de Monsel. La solution de nitrate de fer, à dose de 20 à 30 gouttes, quatre fois par jour.

40. La térébenthine a donné des guérisons entre les mains de l'auteur ; dose : 10 gouttes en émulsion.

DACOSTA n'emploie pas les astringents végétaux.—*College and Clinical Record.*

**Importance diagnostique des micrococci de la pneumonie, par Sergius PLATONOW (*Deutsche med. Zeitung*).**—L'auteur s'est proposé d'étudier la valeur diagnostique des micrococci et, pour y arriver, a cherché à résoudre les questions suivantes :

1o La capsule a-t elle quelque chose de caractéristique pour ces organismes, ou bien d'autres micro-organismes possèdent-ils des capsules semblables ?

Platonow a trouvé la capsule gélatineuse entourant les organismes les plus variés provenant des crachats en général ; dans la pneumonie, il a trouvé, à côté des micrococccus propres à cette maladie, d'autres organismes très analogues à ces derniers et entourés d'une enveloppe, d'autres plus gros ressemblant aux sarcines. L'auteur a trouvé en outre des bacilles ressemblant absolument à ceux de la pneumonie dans six cas d'ectasie bronchique, dans une sténose bronchique syphilitique, dans l'œdème pulmonaire, la phthisie, dans le coryza chronique. Ces diplococcus, elliptiques, entourés d'une enveloppe, ne diffèrent pas de ceux décrits par Friedlander. Enfin l'auteur déclare qu'il n'y a pas de méthode pour rendre caractéristique le micrococccus de la pneumonie et en faire le diagnostic différentiel. Quant aux réactions que présente l'enveloppe, l'auteur déclare qu'il est encore prématuré de se prononcer sur sa nature chimique et conteste sous ce rapport les conclusions de Friedlander.

2o Il résulte des procédés de culture auxquels l'auteur a soumis différents organismes provenant de crachats, en particulier de la pneumonie, que la forme de clou observée pendant l'évolution du parasite n'a rien de caractéristique pour la pneumonie. Le développement de gaz observé pendant l'évolution ne peut être donné comme un caractère différentiel du micrococccus de la pneumonie.

3o L'examen du sang n'a pas donné des résultats toujours positifs. La rareté des micro-organismes dans le sang oblige à les multiplier par la culture qui ne peut donner un point d'appui suffisant ; il reste alors à recourir à des expériences faites sur des animaux.

4o L'examen de l'exsudat pulmonaire par les ponctions n'est pas à recommander, car de graves et dangereuses complications peuvent survenir ; cet examen est inutile, car les micrococccus se trouvent facilement à l'autopsie.—*France médicale.*

## PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

**Du paraphimosis.**—Clinique de M. SEGOND, suppléant de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital de la Charité.—Je désire vous parler d'un individu atteint de paraphimosis. Voici, en quelques mots, son histoire. C'est un jeune homme de 19 ans qui, il y a six semaines, a attrapé pour la première fois de sa vie une chaudepisse. Le médecin qu'il a consulté lui aurait conseillé, dit-il, de découvrir son gland, afin d'être propre. Il s'est attelé après son prépuce et a réussi à le ramener en arrière ; mais le gland, dans la suite, s'étant gonflé peu à peu, un paraphimosis n'a pas tardé à se constituer. Ce garçon est alors retourné voir son médecin qui, après avoir essayé de remettre les choses en place, mais sans succès, lui a ordonné d'appliquer des compresses glacées et de pousser lui-même. Au bout de quelques jours, la situation étant toujours la même, il s'est rendu à la Pitié, où, après avoir fait quelques tentatives de réduction qui n'ont pas abouti, la personne qu'il a consultée lui a tenu à peu près le langage suivant : "Mon ami, mettez des compresses imbibées d'acétate de plomb et opposez vous sur-

tout à ce qu'on touche à votre verge; les choses s'amenderont toutes seules." Qu'arriva-t-il? Le voici: l'individu s'en alla rêvant à sa guérison prochaine. Cette dernière, toutefois, se faisant trop attendre, il se décida à venir à la Charité, vendredi dernier.

Bien que, dès son arrivée, ma première intention fut de réduire, je suis parti cependant sans rien faire parce que je voulais voir si, comme le prétendent certains chirurgiens, l'affection guérirait d'elle-même. Le lendemain matin, par contre, le gonflement de la verge étant double et même triple, les bourrolets situés en arrière ayant doublé et même triplé de volume, et la verge décrivant des sinuosités, il n'y avait plus matière à hésitation. Je donnai donc du chloroforme, et, après avoir fait à l'aide du bistouri une incision dorsale sur la verge, je pus opérer la réduction. Depuis, ce garçon n'a plus souffert. Aujourd'hui il est à peu près guéri, et, un jour ou l'autre, il pourra supporter l'opération du phimosis dont le premier temps vient d'être fait.

Voilà qui, je crois, légitime suffisamment ma manière d'agir; néanmoins, comme cette conduite est en opposition avec celle d'un certain nombre de chirurgiens, je vous demande la permission d'entrer un peu plus avant dans la question. Ce qu'est le paraphimosis? Personne de vous l'ignore. Vous n'êtes pas, non plus, sans savoir qu'on en distingue deux espèces: l'un qui survient sur une verge saine en vertu de certaines manœuvres que je passe sous silence, et l'autre chez un individu atteint d'une chaudière ou d'un chancre par exemple. Dans tous les cas il saisit la verge, et c'est là une source d'accidents. Il est impossible, en effet, que l'anneau qui étrangle d'autant plus que le gland dont la circulation est gênée gonfle, n'engendre pas la gangrène; mais, au lieu que ce soit la portion étranglée qui se mortifie comme cela a lieu par exemple pour la portion d'intestin serrée par une bride péritonéale, c'est l'anneau qui se gangrène, de sorte que, dans un grand nombre de cas, une ulcération se produit, puis les choses reviennent en état. C'est en se basant sur ces guérisons obtenues en raison du mécanisme qui vient de vous être exposé que certains chirurgiens repoussent toute intervention. Voici, au surplus, leurs arguments: et tout d'abord, vous disent-ils, votre opération est longue et douloureuse. Vous me permettrez de passer sous silence cette contre-indication qui vraiment n'en est pas une. Avec le chloroforme, en effet, que vous importe le temps, puisque le sujet ne souffre pas? Ensuite, c'est une opération qui, si vous avez recours au bistouri, peut vous exposer à avoir des hémorrhagies terribles.

C'est insensé.

C'est encore une opération qui, quand on fait des mouchetures, donne des cicatrices difformes. Cela est évident si le nombre des mouchetures est considérable.

Un autre argument est celui-ci; le paraphimosis étant souvent compliqué de lésions vénériennes, vous vous exposez, par le fait même de votre intervention, à faire des inoculations. Celui-là est plus sérieux, mais il ne nous arrêtera pas beaucoup, et voici pourquoi: les observations ont montré que, d'un côté, la lésion guérit aussi bien et que, d'un autre côté, les accidents de gangrène grave sont surtout fréquents quand le paraphimosis inflammatoire évolue sur une verge atteinte de chancre. Enfin, dernier argument, le paraphimosis guérit tout seul. Cela est vrai dans beaucoup de cas, mais dans d'autres, Ri-

cord et autres ont noté la gangrène du gland. Sans aller si loin, je vous dirai qu'on a encore observé des gangrènes qui, au lieu d'occuper tout le prépuce, n'en prenaient que des lambeaux. Je pourrais ajouter enfin que dans un cas la gangrène perfora le canal, et que dans d'autres des abcès ou des phlegmons se développèrent dans les bourrelets postérieurs.

Voilà le résumé des accidents qui peuvent arriver aux individus abandonnés à eux-mêmes. Ils ne sont pas fréquents, c'est vrai; mais ils sont possibles, et par ce fait même je crois qu'on ne doit pas quitter un paraphimosis sans qu'il soit réduit. Que faut-il donc faire? D'abord, à une période initiale, vous pouvez avoir recours au taxis classique. Vous commencerez par arroser la verge avec de l'eau froide, puis saisissant cet organe en arrière de l'anneau préputial, vous malaxez le gland sans le pousser en arrière. De cette façon vous arriverez à réduire le paraphimosis à moins toutefois qu'il ne soit trop ancien ou qu'il y ait des adhérences inflammatoires. Dans ces conditions, vous aurez alors recours à l'incision.—*Praticien.*

**Fracture du crâne et trépanation.**—*Société de Chirurgie.*—M. LUCAS CHAMPIONIÈRE lit un rapport sur trois observations de fracture du crâne adressées par MM. Chavasse, Kirmisson et Alvarez.

Le malade de M. Chavasse, âgé de 25 ans, reçoit un coup de sabre sur le crâne qui lui fait une petite plaie confuse. Seulement étourdi, il reste à la caserne et n'entre à l'hôpital que le lendemain. Quelques jours après, il est pris de méningo encéphalite, sans phénomènes de paralysie circonscrite; on applique une couronne de trépan au point blessé, mais on ne constate aucun enfoncement du crâne, aucune lésion du cerveau. Le malade ne tarde pas à succomber; à l'autopsie on trouve un abcès du cerveau. M. Lucas-Championnière regrette que la trépanation n'ait pas été appliquée plus tôt; sans doute, s'il en avait été ainsi, le malade eût guéri.

Dans le fait de M. Kirmisson, il s'agit d'un soldat de 20 ans, qui a fait une chute de cheval sur la tête. Le malade, quoique très abasourdi et hémiplégique, répond aux questions. L'exploration du crâne du côté opposé à l'hémiplegie fait découvrir une légère dépression, à laquelle on attribue tout d'abord la cause de la paralysie; mais le malade, interrogé, répond qu'il porte cette déformation depuis très longtemps. La paralysie va se prononçant, et M. Kirmisson, pensant qu'il avait affaire à une hémorrhagie intra-crânienne, s'abstient de toute intervention. Le malade succombait douze heures après, et à l'autopsie on trouvait un énorme épanchement sanguin provenant de la rupture d'un sinus latéral. Le rapporteur critique cette abstention: on doit toujours, suivant lui, chercher à supprimer la compression à la surface du cerveau, c'est le seul moyen de sauver le blessé.

Dans l'observation de M. Alvarez, de San Salvador, un homme est trouvé sur la voie publique avec une plaie contuse de la tête: il est dans un coma profond, il présente une paralysie du côté droit complète dans le membre supérieur, incomplète dans le membre inférieur; de plus, ptosis du côté gauche. On applique le trépan au niveau de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche, et on tombe sur un coagulum sanguin très épais; pour l'extraire on est obligé de le fragmenter avec le doigt et d'en chasser les

débris en poussant dans la cavité une injection de solution phéniquée forte. La masse encéphalique, profondément déprimée par le caillot, ne se relève pas, une fois le coagulum extrait, on met un drain dans la cavité, et on suture les téguments du crâne. Toutes ces manœuvres ont été faites sous le pray; le malade n'a pas été anesthésié, étant dans le coma absolu au début de l'opération. Il n'a d'abord rien senti, puis il est revenu à lui au cours de l'opération et a accusé une certaine douleur; peu à peu les mouvements ont reparu dans les membres paralysés, et à la fin de l'opération ils étaient complètement revenus. Malgré un érysipèle survenu vers le quinzième jour, le malade a guéri.

M. Lucas-Championnière continue à préconiser la trépanation hative, même en l'absence de phénomènes de paralysie circonscrite. Tôt ou tard il faut trépaner la plupart des gens qui ont des traumatismes du crâne, soit qu'il se déclare peu de jours après des phénomènes de méningo-encéphalite, soit que longtemps après se montrent des phénomènes douloureux, des troubles graves de l'intelligence. Pour ces dernières raisons, M. Championnière a dû trépaner deux individus qui longtemps auparavant avaient subi un traumatisme du crâne: l'un et l'autre ont guéri.

M. M. SÉE vient lire un travail allemand, reposant sur un nombre considérable de trépanations. Ses conclusions sont que, toutes les fois qu'il existe des troubles de compression après un traumatisme, on doit trépaner; si l'on ne trouve rien sous la voûte osseuse, on incise la dure mère, puis, couche par couche, on pénètre dans l'hémi-sphère jusqu'à ce que l'on tombe sur la collection purulente. Chez les enfants on doit être moins hardi et souvent chez eux la guérison vient lentement sans intervention.

MM. TILLAUX, BERGER et LE FORT pensent qu'on doit évidemment trépaner lorsqu'il existe des signes bien nets de compression cérébrale, mais qu'on doit fortement hésiter lorsqu'on se trouve en présence d'une simple plaie de tête avec légère dépression et sans aucun phénomène paralytique circonscrit.

M. LEDENTU rapporte l'observation suivante. Un jeune homme entre dans son service de l'hôpital Saint-Louis, il y a trois ans, pour une plaie par arme à feu de la région frontale, un peu à gauche de la ligne médiane; il y a de la monoplégie brachiale du côté droit, de l'aphasie et des vomissements répétés. Aucun phénomène n'indiquant la trépanation, on se contente de la médication antiphlogistique et révulsive.

Tout se passe bien; à aucun moment le malade n'offre de symptômes de méningo-encéphalite aiguë; les mouvements reparaissent peu à peu dans le membre paralysé, la parole revient, et vers le quarantième jour on autorise le patient à se lever et à sortir dans les cours de l'hôpital. Bientôt la monoplégie reparait, des phénomènes de dépression mentale, puis de coma se montrent et on songe alors à intervenir. La cicatrice des parties molles est ouverte et à travers les tissus peu résistants qui combent l'orifice créé par la balle, on fait dans la substance cérébrale même une ponction en enfonçant un trocart jusqu'à cinq centimètres de profondeur: son extrémité ne rencontre ni projectile ni foyer de suppuration. On ne pousse pas l'exploration plus loin; le malade succombe quelques jours après. A l'autopsie, on constate que la balle s'est creusé un canal en pleine substance cérébrale, et qu'elle est venue se loger derrière les lobes occipitaux, immédiatement sous les os;

sur son trajet, elle a déterminé une traînée d'encéphalite diffuse suppurée. Dans ce cas la trépanation primitive n'était évidemment pas indiquée par les symptômes, et si on l'eût faite, elle n'eût rien donné; la trépanation tardive n'aurait pas été plus utile au malade.—*Praticien.*

**Des indications thérapeutiques dans le traitement des luxations de la hanche.**—A l'occasion d'un malade atteint de luxation iliaque datant de six mois, M. le professeur TRÉLAT, dans une leçon pratique et substantielle, a résumé les règles précises qui doivent guider le médecin, lorsqu'il se trouve en présence de ces cas, parfois très difficiles. Utilisant de nombreuses recherches et le souvenir de plusieurs faits personnels, M. Trélat a montré combien sont différentes les conditions de la réduction dans les luxations récentes ou anciennes. Ces conditions tiennent à la résistance et à la vitalité des éléments péri-articulaires ou articulaires, et elles peuvent s'exprimer de la façon suivante:

*1o Au début, dans les premiers temps après le traumatisme, on doit employer la force pour obtenir la réduction: car, à ce moment, il y a des résistances considérables qui sont dues à l'intégrité structurale des tissus fibreux et musculaires de la jointure.*

On pourrait croire que, plus la luxation va rester longtemps non réduite, plus il faudra de force pour réintégrer la tête fémorale à sa place. Or, en analysant les observations connues, on arrive à une conclusion opposée:

*2o Aux périodes avancées, passe trois mois, les méthodes dites de douceur (méthodes manuelles, sans moufles ni machines), ont seules donné des succès. La possibilité de la réduction ne dépendait alors que de l'état anatomique des organes déplacés, et non plus des résistances musculaires.*

Mais il se fait très souvent des modifications assez rapides des surfaces, et surtout de la cavité cotyloïde, qui rendent les méthodes de douceur et les méthodes de force inutiles. Dans ces cas, quelques chirurgiens, MacCormack, Volkmann, M. Polailon ont employé des méthodes sanglantes. Mais malgré ces tentatives:

*3o Il n'existe encore aucun exemple de réduction par une méthode sanglante.*

Le seul cas d'arthrotomie qui ait permis de faire une réduction directe (Polailon) s'est terminé par la mort du malade quoiqu'il soit à un alcoolisme ancien. La section sous-cutanée des tissus fibreux péri-articulaires (MacCormack) n'a point donné un résultat complet. Il n'y a eu qu'une amélioration, assez sensible toutefois, dans l'état des mouvements, la resection de la tête fémorale pratiquée deux fois par Volkmann, a aidé simplement à l'établissement d'une ankylose ou d'une fausse articulation. Si maintenant on tient compte de tous ces faits et, d'autre part, de la gravité de l'infirmité qui résulte de la permanence de la luxation de la hanche, on arrive aux conclusions suivantes qui doivent être, pour tout praticien, une règle de conduite invariable.

*1o Dans toute luxation de la hanche il faut un diagnostic prompt, exact et complet.*—Il semblerait inutile d'affirmer ici ce précepte si on ne voyait assez souvent, dans les hôpitaux ou ailleurs, des malheureux estropiés pour leur vie, parce qu'on n'avait point reconnu leur luxation.

*2o Il faut toujours tenter la réduction immédiate, employer les méthodes de douceur, la force s'il le faut; renouveler et varier les tentatives, en un mot, la consigne est de réduire.*

3o Si, malgré tous ces essais, l'échec est avéré, il faut se garder d'abandonner le malade dans cette période encore favorable. Chaque jour, en effet, amène l'irréductibilité. Polaillon l'a constatée au bout de six semaines; Volkman, au bout de deux mois.

4o Si la réduction est impossible, il faut se rappeler que la *section sous-cutanée des ligaments ou des muscles* a donné à MacCormack des résultats assez satisfaisants, quoique imparfaits. Sinon, l'ouverture de la jointure, l'*arthrotomie*, pour obtenir la réduction directe, paraît indiquée. Elle devra toujours être faite avec une antiseptie rigoureuse.

5o Passé deux ou trois mois, si les surfaces ne sont point modifiées, les *méthodes de douceur ou de force modérée* donnent des chances d'obtenir la réduction.

6o En cas d'échec définitif, il faut tenir compte de la nature de la luxation et de la position qu'elle a imprimée au membre (extension ou flexion de la cuisse).

—Si, comme dans les luxations iliaques ordinaires, la cuisse est dans une extension presque complète, permettant la station verticale, le mieux est de *favoriser la production d'une néarthrose*, et la consolidation de la nouvelle jointure.

—Si, comme dans les luxations ovalaires, le membre est fléchi à angle droit sur le bassin, et ne peut fournir aucun appui, on devra avoir recours à l'*ostéoclasie* ou à l'*ostéotomie* du col fémoral, opérations qui seront les préliminaires du redressement de la cuisse.

7o Enfin, si outre la gêne provenant de sa position vicieuse, la tête fémorale cause encore des douleurs permanentes, la *résection est indiquée*.—DR BARETTE, in *Concours médical*.

**Traitement des tumeurs blanches et des lésions serofulo-tuberculeuses par l'onguent mercuriel.**—Nous avons reçu d'assez nombreuses questions relatives au traitement des tumeurs blanches par l'onguent mercuriel; ce traitement mérite qu'on s'y arrête un peu.

Un auteur qui s'est occupé de la question, le docteur POIRIER, nous a envoyé sa thèse où se trouvent des documents intéressants. Elle est intitulée: *De l'appareil de Scott dans le traitement des tumeurs blanches*. Nous lui emprunterons quelques-uns de ces documents.

En 1879 nous avons signalé des cas présentés à la Société de chirurgie par le docteur Suchard qui avait obtenu des résultats remarquables dans le service du docteur de Saint-Germain.

M. Suchard appliquait une méthode ancienne qu'il avait vu employer par Mayor, de Lausanne. Cette méthode doit être rapportée à un chirurgien de Londres du commencement du siècle, John Scott, qui lui-même la tenait de son père et la publia en 1828 dans un *Traité sur les maladies articulaires*.

Voici la méthode originale :

La surface de la jointure (supposons le genou) est soigneusement lavée avec une éponge et de l'eau chaude, puis bien séchée. Puis cette articulation est frictionnée avec une éponge imprégnée d'eau de vie camphrée jusqu'à ce qu'elle commence à devenir chaude et paraître rouge. Elle est alors enduite d'une pommade faite avec parties égales de cérate de savon camphré et d'onguent mercuriel double, lequel est étalé sur des pièces de flanelle qui sont disposées longitudinalement autour de l'articulation et qui mesurent au moins 20 centimètres de

hauteur, de façon à dépasser au-dessus et au-dessous le point où les condyles s'articulent avec le tibia. Au-dessus on applique des bandelettes de diachylum; on les dispose circulairement, et elles doivent recouvrir soigneusement les pièces de flanelle. Pour assurer l'immobilisation, quatre bandes de cuir épais sont placées, l'une à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure, les dernières sur les parties latérales de la jointure; enfin, le tout est entouré d'une bande légèrement serrée qui a plutôt pour but de maintenir l'appareil que d'exercer la compression. On laisse l'appareil en place une quinzaine au plus; s'il y a des fistules, on peut être amené à les changer plus souvent mais il faut néanmoins le laisser plusieurs jours en place.

La méthode de M. Suchard est à très peu de chose près la même. Il place sur l'articulation rubéfiée un morceau de lint enduit d'une couche épaisse de pommade composée de parties égales d'onguent napolitain double et de cérat de savon camphré. La quantité de pommade doit être considérable; pour le genou il en place 250 grammes. Il l'applique sur la peau, le lint étant en dehors; par-dessus, une cuirasse de bandelettes de diachylum imbriquées. Par-dessus, M. Suchard place des valves de cuir souple enduites à leur face profonde de cérat de savon. Puis une bande maintient le tout immobile. Le pansement est renouvelé tous les huit ou quinze jours.

M. Suchard a obtenu de ce traitement les résultats les plus remarquables, soit dans des cas avec fistule, soit dans des cas sans fistule.

M. Cazin, à Berck, a employé cette méthode avec succès en la modifiant et la simplifiant. Il emploie la même pommade étalée sur de la ouate, des bandelettes de diachylum, une nouvelle couche de ouate et un appareil silicaté.

Il est bien remarquable que, malgré cette énorme quantité d'onguent mercuriel, on n'observe aucun phénomène d'hydrargyrisme. Cependant M. Suchard admet une action propre du mercure sur la tumeur blanche. M. Cazin a une tendance à admettre que la compression, la graisse, l'imperméabilité du pansement seraient les facteurs de la cure, et il rapporte un cas où la vaseline avec le même appareil lui aurait donné les mêmes résultats. C'est là ce qu'admet l'auteur de la thèse, le docteur Poirier, qui conclut que cet appareil agit surtout comme appareil immobilisateur et compressif. L'action médicamenteuse n'arriverait qu'en troisième ligne dans le succès de cet appareil très efficace contre les tumeurs blanches des articulations facilement accessibles.

Ici M. Championnière diffère absolument d'opinion avec MM. Cazin et Poirier, par cette raison bien simple qu'au lieu d'employer des appareils de compression ou la pommade composée, il a employé surtout l'onguent napolitain sur les tumeurs blanches des doigts, sur le spina ventosa du pied et de la main; il n'a jamais fait de compression et cependant il a obtenu des succès d'une extraordinaire rapidité. A l'hôpital Tenon, depuis quatre ans, il y a presque toujours des enfants qui sont traités de la sorte.

Puis l'emploi de l'onguent mercuriel y est bien autrement généralisé et la rapidité extrême de la guérison des maladies scrofuleuses témoigne d'une puissante action antiseptique. Il y a peu de temps on pouvait voir une femme dont le cou était couvert d'horribles bourgeons qui faisaient penser à un sarcome ayant envahi tout le cou. Toutes ces fongosités étaient nées de ganglions scrofuleux du cou datant de fort

loin. En trois semaines la malade était guérie. Dans le service de M. Championnière, ce sont faits de chaque jour. Depuis peu il a été amené à appliquer ce traitement en complément aux cas de résection où des fistules persistent, l'avenir dira ce que cela vaut. Mais il y a lieu de penser qu'il y a là une ressource importante.

On remarquera le soin avec lequel les auteurs recommandent la rubéfaction de la peau avant l'application de la pommade. On pourra remarquer aussi le rapprochement à établir entre ce procédé et celui qu'applique à l'hygroma notre confrère le docteur Dublas-y, lequel dénude la peau et applique un emplâtre au mercure (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, janvier 1885). Peut-être y aura-t-il avantage à agir ainsi par le vésicatoire préalable en certains cas. Il est certain pour M. Championnière que les individus à peau mince sont impressionnés plus facilement.

M. Championnière pense qu'il faut ici tenir compte de la grande valeur antiseptique des mercuriaux. La pénétration des tissus par le mercure est un fait incontestable et l'action dite résolutive des pommades mercurielles reçoit de la constatation de ces faits une explication très satisfaisante. Quelle que soit du reste l'explication théorique de ces faits, M. Championnière insiste sur l'emploi méthodique de l'onguent mercuriel dans une foule de cas de lésions scrofulo-tuberculeuses. Dans les cas de foyers peu considérables, on en trouvera l'emploi et, après la suppression de la plus grande partie des foyers par la résection, on trouvera là sans doute une première ressource pour prévenir la récidence. Le praticien se souviendra que, si certaines formules paraissent préférables, l'emploi moins perfectionné de l'onguent mercuriel ordinaire lui donnera des résultats très satisfaisants.—*Journal de méd. et de chir. pratiques.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

**Le diabète chez la femme, et dans ses rapports avec la vie utérine.**—Il y a, dans la symptomatologie du diabète chez la femme, certaines particularités qui impriment à l'aspect clinique de cette affection chez elle des modifications importantes que le médecin a tout intérêt à bien connaître au point de vue surtout du diagnostic et du pronostic de la maladie qu'il est appelé à soigner. Dans le nouveau livre qu'il vient de publier, M. le docteur LÉCORCHÉ que sa compétence toute spéciale mettait à même d'éclairer cette question, a bien mis en lumière les côtés particuliers que peut présenter le diabète chez la femme.

Un fait intéressant au point de vue de l'étiologie générale, c'est que, sans être aussi rares que les auteurs l'avaient admis autrefois, le diabète est beaucoup plus rare chez la femme que chez l'homme; M. Lécorché estime que cette proportion atteint environ le quart des cas. Il faut ajouter que le diabète se montre proportionnellement beaucoup plus souvent après la ménopause qu'avant cette période. Toutefois c'est précisément l'étude de cette affection dans ses rapports avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse qui donne lieu aux différences les plus intéressantes, car au-delà de cette époque les différences avec le diabète de l'homme sont beaucoup moins accentuées. Ainsi que le fait

remarquer M. Lécorché, si le diabète est plus commun après la ménopause, il prend d'ordinaire à ce moment une allure torpide, une forme atténuée, une marche lente. Le diabète des femmes réglées est souvent, au contraire, un diabète grave, à symptômes accusés, avec glycosurie et polyurie abondante. Il se rapproche à cet égard du diabète qui se montre avant l'établissement des menstrues, le plus aigu et le plus redoutables de tous.

Les accidents déterminés par le diabète dans la sphère génito-urinaire sont assez nombreux. A côté de l'eczéma et du prurit vulvaire dont l'importance est bien connue, M. Lécorché signale des lésions plus rares, comme la métrite granuleuse du col : il a souvent noté la coïncidence de ces granulations utérines avec des granulations pharyngées, parfois avec des bronchites à répétition, qui semblent relever de la même cause. L'action de la glycosurie, qui est si manifeste sur le système cutané, paraît ici se porter de préférence sur le système muqueux. Il en résulte que la persistance d'ulcérations du col, plus ou moins étendues, doit faire soupçonner et rechercher le sucre dans l'urine, et que, comme l'eczéma de la vulve, la métrite granuleuse peut servir à dévoiler un diabète jusque là ignoré. Ces granulations d'ailleurs ne paraissent pas à une époque déterminée de la maladie, et il ne semble pas qu'il y ait de rapport entre, la gravité ou l'intensité de la glycosurie et la complication utérine.

Les troubles sont fréquents aussi du côté du fonctionnement de l'utérus. La dysménorrhée et l'aménorrhée se voient souvent chez les femmes diabétiques. Tantôt les règles sont seulement irrégulières, tantôt elles sont douloureuses, parfois elles se suppriment pour ne paraître que quand le diabète guérit et s'améliore ; cette suppression peut être aussi définitive et cette ménopause prématurée être l'effet d'un diabète ignoré. Toutefois, si le rôle du diabète dans ces différents cas ne paraît pas discutable, il n'en est plus de même des métrorrhagies chez les diabétiques, lesquelles peuvent souvent s'expliquer par des lésions utérines concomitantes qu'on doit toujours rechercher en pareil cas.

D'après certains auteurs, la stérilité serait la règle chez les femmes diabétiques ; ce fait, vrai dans une certaine mesure, n'est cependant pas une règle absolue, et M. Lécorché a vu un certain nombre de femmes chez lesquelles le diabète n'a pas empêché la conception. Deux de ces observations offrent même cette particularité curieuse que le mari lui-même était diabétique en même temps que la femme. Toutefois, à en juger par un certain nombre de faits, si le diabète n'est pas un obstacle absolu à la fécondation, il semble porter une atteinte profonde au produit de la conception, altérer sa nutrition, abrégé ces jours ou déterminer des vices de développement peu compatibles avec la vie. M. Lécorché a observé deux fois l'hydrocéphalie chez des enfants nés de mères diabétiques. Matthews Duncan, dans un travail sur ce sujet, arrive à des conclusions fort analogues, et admet que le diabète paraît constituer surtout un danger pour le fœtus. Dans sept cas sur dix-neuf accouchements observés chez quinze femmes, l'enfant mourut pendant la gestation. En outre, les observations de Duncan amènent à cette conclusion que la grossesse aggrave d'une manière presque constante le pronostic du diabète. M. Lécorché pense de même et admet que la grossesse agit comme cause déprimante pour exagérer la glycosurie ;

elle intervient à ce titre comme toutes les autres causes de dépression, qui, en ébranlant fortement le système nerveux, ont pour effet d'aggraver ou de faire disparaître le diabète.

Cependant, alors que la glycosurie est un phénomène pour ainsi dire anormal à la suite de l'accouchement chez les femmes en lactation, ce n'est pas au moment où doit se montrer cette glycosurie physiologique que l'aggravation semble se produire, et, en effet, on voit souvent le sucre disparaître momentanément des urines après l'accouchement; ce n'est qu'au bout de quelques semaines que le diabète reparaît plus intense. La délivrance a donc une action analogue à celle des règles. À chaque menstruation, en effet, on voit la glycosurie diminuer pour n'atteindre de nouveau le chiffre antérieur aux règles qu'au bout de quelques jours. Mais, si l'accouchement, comme l'époque menstruelle, amène une diminution de la glycosurie, il ne faut pas perdre de vue que ce n'est là qu'un effet transitoire et que la véritable conséquence de la grossesse, c'est l'aggravation de la maladie dans un délai plus ou moins rapproché, aggravation telle, qu'elle peut déterminer la mort au bout de quelques mois et même de quelques semaines après la délivrance.—*Journal de méd. et chin. prat.*

**Traitement de la métrite chronique.**—ARNSTEIN recommande comme traitement de cette affection la cautérisation de la cavité utérine.

La métrite chronique, comme on sait, s'accompagne habituellement d'une menstruation irrégulière; les malades ont des règles trop abondantes ou trop faibles, surtout dans la période d'induration, ou bien elles sont menstruées pendant un certain temps ou ne le sont plus. Lorsqu'on peut ramener à son état normal cette importante fonction de l'utérus, on peut à mettre également que l'utérus devient normal et le fait se trouve confirmé. L'effort du médecin doit tendre à provoquer des menstrues régulières. Ce résultat serait atteint par la congestion active provoquée par la cautérisation. Enfin, l'introduction de l'instrument amène une contraction qui provoque un apport de sang artériel et chasse le sang veineux accumulé dans l'organe. La chute de l'eschare amène alors, dans les jours suivants, de fréquentes contractions qui ont le même résultat. Les cautérisations peuvent être faites, sans que la malade soit alitée, tous les huit jours, puis deux fois par semaine. La sensibilité de l'utérus, les exsudats et les inflammations voisines de l'organe, les néoplasmes sont des contre-indications; il n'en est pas de même des déplacements utérins.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

**Influence des voyages en mer sur les fonctions génitales de la femme.**—Dans une récente séance de la *Société médicale du comté de New-York*, le docteur IRWIN a lu un travail sur ce sujet, travail qui représente le résultat d'une longue observation faite pendant plusieurs années sur les passagères des transatlantiques, à bord desquels le docteur Irwin a pratiqué comme médecin.

Pendant la durée de son service en mer, pas moins de 15,000 femmes ont passé sous ses yeux et ont été soumises, le cas échéant, à son observation. Sur ces 15,000 femmes, il y en avait 104 enceintes, 11 qui accouchèrent à bord, 3 qui avortèrent, 451 qui eurent des accidents variés de la menstruation. Sur ces 451 femmes, 288 ont été interro-

gées par la maîtresse d'hôtel du bord, et leurs réponses précises méritent confiance. Chez aucune de ces 288 femmes, on ne pouvait supposer la grossesse. Chez toutes, la menstruation avait été régulière avant l'embarquement. Sur ces 288 sujets, 21 restèrent à bord sans voir leurs règles venir à l'époque attendue; chez 43, l'écoulement vint avant le temps; chez 224, il se montra juste à la période voulue, 23 femmes accusèrent des douleurs inaccoutumées dans le bas-ventre. Dans quelques autres cas rares, l'abondance de l'écoulement fut augmentée ou diminuée, tandis que 201 personnes n'eurent rien à signaler d'anormal ou qui pût être attribué au voyage.

Sur les 133 observations faites directement par le docteur Irwin sur des personnes d'une position sociale supérieure à celles des personnes interrogées par la stewardess, 13 passèrent leur période menstruelle à bord sans avoir leurs règles, 11 d'entre elles ressentirent d'une façon plus ou moins marquée les sensations spéciales attribuées au molimen hémorrhagique, 51 furent menstruées avant le terme et 96 à l'époque régulière. Sur ces 96 femmes normalement réglées pendant le voyage, 47 accusèrent une gêne et un malaise inaccoutumés, accompagnés chez 37 d'entre elles d'écoulement prolongé et augmenté d'abondance, et chez 2 au contraire d'écoulement diminué. Sur les 13 passagères qui avaient passé sur le steamer l'époque de leurs règles sans avoir rien vu, 3 s'y trouvaient encore à la période menstruelle suivante. Sur ces trois personnes, l'une d'elles ne fut pas observée et, chez la seconde, l'écoulement fut d'une abondance et d'une durée anormales, mais, pendant les deux autres périodes menstruelles suivantes, elle eut de l'aménorrhée absolue; la troisième fut à peu près normalement réglée. Le docteur Irwin pense que, pendant les traversées, il existe chez la jeune adulte un état de congestion des organes pelviens, ou une tendance à cet état congestif, qui permettrait d'expliquer la majorité des phénomènes anormaux observés, concernant les irrégularités de la formation menstruelle. Quant aux conditions spéciales qui, dans la durée d'une longue traversée, peuvent être supposées exercer une influence sur l'habitude de la femme, on pourrait les ranger sous trois chefs différents; ce sont: 1<sup>o</sup> les influences psychiques, résultant de la nouveauté de la situation, du changement radical des occupations et des préoccupations, et de la crainte, de l'appréhension du danger inhérent aux voyages en mer; 2<sup>o</sup> les influences qu'on pourrait appeler atmosphériques, résultant des propriétés spéciales de l'air marin, et 3<sup>o</sup> les influences motionnelles, résultant du déplacement du navire. En ce qui concerne la périodicité, la modification la plus souvent observée est le retour prématuré des règles, et ce retour prématuré peut se faire à tout moment, quel qu'il soit, de la période intermenstruelle. Chez une femme s'embarquant peu après la cessation de ses règles, l'écoulement peut réapparaître peu après, ou les sensations du molimen hémorrhagique se reproduire sans écoulement, et cette anomalie peut conduire à la non-apparition des règles à l'époque menstruelle suivante. L'aménorrhée totale pour une ou deux époques menstruelles est souvent une suite lointaine d'une traversée transatlantique.

De tous les effets exercés par un voyage en mer sur les fonctions menstruelles, aucun n'est plus fréquent ni plus pénible que l'aggravation des douleurs et du malaise qui accompagnent trop souvent l'approche des règles chez une femme saine. Un voyage océanique peut

être considéré comme un puissant moyen omménagogue, jouissant d'une influence tonique très marquée et sédative. On ne doit pas le donner empiriquement, mais en vue d'obtenir un résultat bien défini. Les voyages en mer pourraient être conseillés dans certains cas de chloroanémie, d'aménorrhée douloureuse et de retard de la maturité sexuelle; dans certaines formes de leucorrhée et d'hystérie tenant à de l'aménorrhée consécutive elle-même à un arrêt de développement de l'organe, ou à un retard dans l'établissement des fonctions utérines. L'influence des voyages maritimes sur la gestation est importante. Selon l'opinion de l'auteur, la grossesse, surtout dans les derniers mois, prédispose au mal de mer ou en aggrave les symptômes les plus agaçants.—*Bulletin général de thérapeutique.*

**Effets de la lactation longtemps continuée sur les ovaires et l'utérus,** par J. SINCLAIR.—Pendant la grossesse, les seins sont le siège d'une congestion qui va s'accroissant tous les jours davantage jusqu'à la délivrance. Il se produit alors une accélération brusque de ce processus, qui peut aller parfois jusqu'à l'inflammation. A cette époque l'excitation des seins a un grand effet sur les contractions de l'utérus.

Dès que la nouvelle fonction est établie, l'utérus et les ovaires sont le siège d'un processus rapide d'involution: la menstruation est partiellement ou totalement suspendue, parce que l'ovulation est rare pendant la lactation.

Aucun auteur n'a encore parlé de l'effet de la lactation prolongée sur les organes génitaux, si ce n'est Marion Sims, qui a dit qu'elle pouvait être la cause de la métrite du col.

D'après les observations d'un grand nombre de cas, M. Sinclair tire les conclusions suivantes:

1<sup>o</sup> La lactation tend à empêcher la conception par son influence sur les ovaires, en retardant leur retour dans un état où l'ovulation est parfaite:

2<sup>o</sup> Après le sevrage, l'évolution des ovaires devient plus rapide qu'elle pendant la période de lactation;

3<sup>o</sup> Après une lactation prolongée, sa cessation brusque peut être suivie d'une évolution rapide des ovaires et de l'utérus, donnant lieu à des symptômes d'hyperhémie ovarique et utérine;

4<sup>o</sup> Une lactation prolongée peut produire une *super*-involution des ovaires et de l'utérus, amenant, lorsque les circonstances s'y prêtent un prolapsus partiel ou complet de l'organe.—*Revue médicale.*

**Prophylaxie des abcès du sein,** par Arthur W. Ellis, M.D., médecin de l'hôpital Middlesex, Londres.—As-vez souvent l'on rencontre des cas où l'allaitement ne saurait être conseillé, comme dans les cas de syphilis, de tendance marquée à la tuberculeuse, d'épilepsie, etc., ou est même positivement impossible ou inutile, v. g. quand l'enfant est né mort, ou que les mamelons sont rétractés, sujet à se fissurer ou s'éroder etc. En dehors même de ces conditions il y a certainement une tendance marquée parmi les femmes à s'exempter du devoir qui leur incombe de nourrir leur progéniture.

Le lait est sécrété, et s'il n'est pas soutiré à intervalles réguliers, les mamelles s'engorgent, et très souvent s'enflamment, d'où viennent les abcès du sein. Quoiqu'il en soit de la cause, il arrive fréquemment que nous soyons appelés à prendre des mesures pour prévenir ces accidents

Pendant longtemps, les anciennes et populaires méthodes de traitement furent, sinon positivement prescrites, du moins tacitement approuvées, v. g. frictions sur le sein avec de l'huile douce, ou un mélange d'huile et d'extrait de belladone, ou de glycéline et de belladone; l'application d'emplâtres belladonnés, de lotions rafraîchissantes, etc.; compression du sein au moyen de bandelettes, etc.

Depuis longtemps on a mis de côté toutes les méthodes dites de friction, celle-ci semblant être de nature à produire plutôt qu'à empêcher la formation de l'abcès du sein. Pendant un grand nombre d'années, on a préconisé presque exclusivement, dans ces cas, l'emploi d'un emplâtre de belladone—de seize à dix-huit pouces de largeur,—muni de petites ouvertures rondes pour les mamelons, et appliqué serré sur la poitrine, les seins ayant été remontés et ramenés vers la ligne médiane; en même temps l'on conseillait beaucoup de régularité dans la diète, l'abstinence des liquides, une purgation légère etc.

Cette méthode a toujours réussi, mais il a été constaté bien des fois que l'odeur nauséabonde de la belladone en empêchait l'emploi chez les femmes nerveuses.

Ayant cru que, tout probablement, la compression exercée sur le sein était pour une grande part dans les résultats obtenus, j'ai été porté à n'adopter, pour toute thérapeutique, que l'emploi d'une bande de corps, telle que celle dont on se sert dans les cas de fractures de côtes, ou d'une serviette mince appliquée sur la poitrine, les seins étant ramenés vers le sternum. Depuis que j'ai adopté cette méthode, elle ne m'a jamais donné d'insuccès, et depuis nombre d'années, je n'ai eu à constater aucun cas d'abcès mammaire. La seule précaution qu'il y a à prendre est d'exercer cette pression dès le deuxième jour qui suit l'accouchement, avant que les seins se gonflent, et de voir à ce que les deux glandes soient bien recouvertes.

Il est bon d'élever les épaules plus qu'à l'habitude et de ne pas placer les couvertures sur la partie supérieure du thorax, le drap pouvant suffire à prévenir tout danger de refroidissement. On veillera à ce que la malade prieine peu de liquides durant les premiers jours, et que les intestins soient libres; cela suffira, en général, à assurer le succès. Souvent il y aura une sensation de serrement, ou une douleur mordicante dans les seins, mais si l'on maintient la pression, il n'arrivera aucun accident, et, au bout de quelques jours, le gonflement diminue, et la difficulté est vaincue.

Pour empêcher l'appareil de descendre, il suffit d'appliquer de petites bandelettes par dessus les épaules, ou simplement d'assujétir le bandage à la robe de chambre au moyen d'une épingle. Quand la sécrétion lactée semble être très abondante, on prescrit avec avantage un mélange de bromure et d'iodure de potassium. Bien rarement on a été obligé de tirer une petite quantité de lait, et cela, une ou deux fois seulement.—*British Medical Journal*.

---

A New-York, un accouchement se paie de \$15 00 (pour les clients les plus pauvres) à \$200.00 (pour les clients les plus fortunés). Il est juste d'ajouter que les individus absolument incapables de payer sont traités gratuitement par les médecins des dispensaires.

## PÆDIATRIE.

**Etiologie et prophylaxie du rachitisme**, par le docteur J. COMBY, in *Arch. génér. de méd.* (1)—*Prophylaxie.*—Il faut renoncer absolument à donner aux nourrissons d'autre aliment avant l'âge moyen d'un an. Sous aucun prétexte on ne donnera d'aliments solides aux enfants ; on s'abstiendra également des liquides variés qu'on leur donne si souvent.

Nous avons dit que cette abstention de tout aliment autre que le lait devait être observée jusqu'à l'âge d'un an. C'est une limite qu'il y aurait intérêt à reculer pour l'enfant, sinon pour la nourrice. On sait très bien aujourd'hui que l'allaitement prolongé n'a que des avantages.

Quand on commence à donner les aliments aux enfants, il faudra faire un choix entre les diverses substances alimentaires. On écartera provisoirement les viandes et les légumes pour s'adresser de préférence au lait, aux œufs et, en général, à tous les aliments riches et de digestion facile. Ainsi on accommodera graduellement l'estomac des enfants aux substances plus difficilement assimilables que le lait, dont ils avaient jusqu'alors leur nourriture exclusive. Ainsi se mettra-t-on dans les meilleures conditions pour prévenir le rachitisme qui pourrait se montrer à l'occasion d'un sevrage brutal et du passage trop rapide de l'allaitement pur à l'alimentation solide.

Après avoir ainsi établi une fois pour toutes que le *lait doit être le seul aliment* des nourrissons, nous allons maintenant aborder en détail la prophylaxie du rachitisme dans les cas d'allaitement naturel, d'allaitement mixte et d'allaitement artificiel.

On a vu plus haut que le rachitisme était possible, quoique exceptionnel, dans certains cas d'allaitement naturel. C'est lorsque l'allaitement n'est soumis à aucune règle que le rachitisme peut survenir.

On a le tort généralement de ne pas assez se préoccuper du nombre de tétés par vingt-quatre heures qu'on doit permettre à un nouveau-né. Il y aurait cependant un véritable intérêt à compter ces prises de lait et à apprécier leur valeur.

La plupart des nourrices donnent le sein à l'enfant chaque fois qu'il pleure. Beaucoup de médecins n'ont pas d'idée arrêtée sur ce point, et les plus modérés conseillent de donner le sein toutes les deux heures. On arrive ainsi à un chiffre minimum de douze repas dans les vingt-quatre heures.

Ce chiffre est trop élevé ; il peut et doit être réduit de moitié. Après avoir quelque temps partagé l'erreur commune, nous avons suivi avec profit le petit conseil donné par M. le professeur Bouchard, qui est un partisan autorisé des tétés rares et régulièrement espacées. Voici comment nous formulons nos conseils :

Première tétée à 6 heures du matin, deuxième à 9 heures, troisième à midi, quatrième à 3 heures, cinquième à 6 heures, sixième à 9 heures du soir. Après quoi, l'enfant doit rester en repos jusqu'au matin. S'il est trop bruyant pendant la nuit, nous tolérons une dernière tétée, ce qui en porte le nombre à 7 au maximum dans les vingt-quatre heures.

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

En suivant cette règle, on ne verra presque jamais le rachitisme dans l'allaitement naturel. Il faut cependant chercher à savoir quelle est la quantité de lait prise à chaque tétée; cette quantité peut être trop faible ou trop forte. Si elle est trop faible, l'enfant diminuera de poids et la balance en témoignera; si elle est trop forte, il y aura des régurgitations de lait caillé, de la diarrhée, des troubles digestifs enfin qui indiqueront la nécessité de réduire la durée de chaque tétée. Il y a en effet des cas où, soit que les nourrices aient beaucoup de lait, soit que les nourrissons aient trop d'énergie, la quantité de lait absorbée est excessive. Il conviendra donc d'étudier ces différents éléments pour chaque cas particulier et d'y conformer sa conduite.

Il est d'ordinaire assez facile d'habituer les enfants à ces tétées régulières et régulièrement espacées dont nous avons parlé; après quelques jours de cris et de pleurs, les bébés deviennent traitables et ne crient la faim qu'aux heures réglementaires.

En se conformant à l'esprit, sinon à la lettre de ces prescriptions, on évitera bien des ennuis et bien des mécomptes dans l'allaitement des enfants. Ainsi dirigé, l'allaitement naturel est relativement facile, et les femmes du monde elles-mêmes pourraient s'y livrer sans compromettre leur santé ou leur repos.

La prophylaxie du rachitisme dans l'allaitement naturel repose non seulement sur la régularité que nous venons d'exposer, mais aussi sur la durée de cet allaitement.

Nous répétons qu'il y a tout avantage pour les enfants à prolonger l'allaitement au delà d'un an, et qu'avant cet âge, il est imprudent de leur donner un autre aliment que le lait. Le sevrage plus ou moins tardif ne devra jamais être brutal, mais, au contraire, soumis à des transitions ménagées.

L'allaitement mixte est inférieur sous tous les rapports à l'allaitement naturel; mais il existe des cas où l'on est obligé d'y avoir recours.

Supposons une femme qui allaite deux enfants ou qui, n'allaitant qu'un enfant, n'a pas assez de lait. Doit-elle, en pareil cas, suppléer à ce manque de lait par l'emploi d'aliments étrangers? Non.

Il faut lui conseiller de donner à son nourrisson, en même temps que le sein, une ration supplémentaire de lait de bonne qualité. Ici, comme précédemment, les repas de l'enfant doivent être séparés par un intervalle moyen de trois heures.

On lui donnera, suivant le plus ou moins de richesse du sein maternel, deux ou trois tasses de lait de 80 à 100 grammes chacune tous les jours. Ce lait sera pur ou à peine étendu d'eau sucrée; il sera chauffé au bain marie à 36 ou 37°. C'est ainsi que nous comprenons l'allaitement mixte, nous repoussons absolument l'usage du biberon.

Ainsi pratiqué, ce mode d'allaitement donnera des résultats favorables, et, dans tous les cas, bien supérieurs à ceux que donne l'allaitement mixte par le biberon. Il est bien entendu que, dans l'allaitement mixte comme dans l'allaitement naturel, nous proscrivons tous les aliments ou liquides autres que le lait. C'est là une règle sans exception qu'on ne saurait trop répéter, car elle est trop fréquemment méconnue et violée dans la pratique.

Si le lait reste, comme il doit être, la seule nourriture de l'enfant

jusqu'à un an, le rachitisme sera évité dans l'immense majorité des cas. Si, par contre, des aliments sont donnés prématurément, qu'il s'agisse d'allaitement naturel ou d'allaitement mixte, le rachitisme est presque fatal.

Dans les cas d'allaitement artificiel nous nous trouvons dans les conditions les plus défavorables. Quels que soient nos efforts, le succès est rarement complet.

La première que nous formulerons, c'est de renoncer au biberon, surtout au *biberon à long tube*. Jamais nous ne permettrons l'usage de cet instrument qui, suivant l'expression de M. Guilhot, a tué plus d'enfants que la poudre à canon n'a tué d'adultes.

Sans doute, le biberon est un appareil commode pour les nourrices, l'enfant couché dans son berceau, le biberon à côté de lui, l'embout entre les lèvres, reste en repos et laisse quelques répit à la nourrice chargée de l'allaiter et de le surveiller. Mais, même au point de vue de la nourrice, l'avantage est illusoire; car bientôt la diarrhée et l'athrepsie viennent donner des ennuis bien plus sérieux que ceux qu'aurait entraînés l'alimentation réglée que nous voudrions voir toujours remplacer le biberon.

Nous supposons qu'on puisse se procurer aisément le lait frais deux fois par jour; le séjour à la campagne est avantageux sous ce rapport. Pourtant, même à Paris, il existe, en dedans et en dehors de l'enceinte fortifiée, de grandes vacheries, fort bien tenues, dont la spécialité est de fournir matin et soir du lait aux nourrissons. Nous savons bien qu'ici se pose la question de la transmissibilité de la tuberculose par le lait des vaches parisiennes qui deviendraient aisément phthisiques. Cette question est grave, mais elle n'est pas résolue. On a proposé de faire bouillir le lait pour écarter toute chance de contagion; mais le lait bouilli n'est plus du lait, et nous avons remarqué qu'il était mal toléré par les enfants. Les meilleurs résultats de l'allaitement artificiel nous ont été donnés par le procédé suivant:

Le lait est donné à l'état de pureté, à moins d'intolérance de la part de l'enfant, auquel cas on sera autorisé à le couper avec un cinquième d'eau sucrée. Il ne sera pas bouilli, mais porté à la température de 31° ou 37° au bain-marie; il n'est pas nécessaire de mesurer chaque fois cette température à l'aide d'un thermomètre; la sensation tiède que donnera le doigt suffira amplement. L'enfant prendra ce lait ainsi préparé directement dans une petite tasse ou un petit verre, ou à l'aide d'une cuiller. La quantité de lait donnée à chaque repas variera de 80, 100 à 150 grammes, suivant l'âge et le développement de l'enfant. Le nombre des repas sera toujours de 6 à 7 dans les vingt-quatre heures, ce qui portera la quantité quotidienne de lait à une moyenne de 600 à 1000 grammes, suivant l'âge et la force du nourrisson. En procédant ainsi, on pourra éviter la majeure partie des dangers inhérents à l'allaitement artificiel.

Nous ne parlerons pas ici de l'allaitement direct au pis d'un animal (chèvre, ânesse), n'ayant pas, sur ce point, d'expérience personnelle.

L'allaitement artificiel, continué dans ces conditions jusqu'à un an, exposera peu au rachitisme; ses inconvénients seront plus graves en été qu'en hiver, à cause des altérations rapides que subit le lait pendant la saison chaude. C'est pourquoi il est indispensable de faire deux traites par jour et de ne jamais essayer de conserver le lait plus de douze heures.

Entouré des précautions les plus minutieuses, dirigé avec la plus grande patience et le plus entier dévouement, l'allaitement artificiel ne donnera jamais de résultats comparables à ceux de l'allaitement naturel bien fait. On a beau, en effet, donner aux enfants le meilleur lait de vache qu'on puisse trouver, c'est toujours du lait de vache, c'est-à-dire un liquide nourricier inférieur à celui de la femme. On ne devra donc pas s'étonner de voir survenir le rachitisme dans l'allaitement artificiel le mieux ordonné. Mais, dans la plupart des cas, ce rachitisme sera léger, les déformations seront peu accusées, la marche et la dentition seront retardées, puis tout se dissipera avec l'âge, et cette ébauche du rachitisme ne laissera aucune trace. Il est remarquable, en effet, de voir avec quelle facilité se redressent les incurvations osseuses, se réduisent les nodosités épiphysaires dans les cas de rachitisme léger ou de moyenne intensité.

Cette résolution complète et assez rapide des manifestations osseuses du rachitisme nous a souvent étonné. Par contre, nous avons été frappé de voir les désordres digestifs persister longtemps après la guérison du rachitisme, et, quand on suit dans leur vie les anciens rachitiques, on remarque que la plupart d'entre eux présentent des symptômes de dyspepsie et de dilatation de l'estomac.

Donc, tandis que les os, grâce à leur rénovation moléculaire incessante à cet âge, se réparent promptement, les tissus de l'estomac conservent longtemps et peut-être toujours la tare primitive qu'une alimentation vicieuse leur a imprimée.

Si ces vues, qui reposent déjà sur un certain nombre d'observations, ne sont pas trompeuses, quelle importance n'aura pas l'alimentation de l'enfant sur l'évolution ultérieure de l'homme adulte? Vraisemblablement, c'est à la mauvaise nutrition de la première enfance qu'il faut faire remonter beaucoup de maladies chroniques et d'état diathésiques dont les manifestations multiples ne se dérouleront que plus tard.

Nous avons parlé de la dilatation de l'estomac et de la dyspepsie, nous pouvons y ajouter la scrofule et l'arthritisme.—*Gazette médicale de Strasbourg.*

**Diabète sucré chez un enfant âgé de 13 ans.**—James EDWARDS, appelé dans le courant du mois de janvier pour un enfant âgé de 7 ans ayant conservé un bon appétit, tout en maigrissant depuis quelques mois, et n'éprouvant aucun malaise spécial, constata, en examinant les urines, qu'elles avaient une pesanteur spécifique de 1042 et contenaient une grande quantité de sucre. Le traitement fut commencé de suite, et néanmoins au bout de quelques jours la fièvre survint, l'ascite et une péritonite aiguë terminèrent la scène pathologique. A ce sujet, Edwards, après avoir signalé les différentes observations publiées déjà sur le diabète des enfants, fait remarquer leur rareté et bien souvent aussi la rapidité de leur terminaison fatale.—*Medical Times and Gazette.*

**L'hygiène des enfants pendant l'hiver.**—Aimez-vous l'hiver, mes chères lectrices? Moi, je ne l'aime pas. J'ai horreur des nuages gris que charrie le vent dans un ciel bas. Je déteste le froid qui tend à l'excès toutes les fibres nerveuses de notre être, et c'est tout au plus si la neige qui attache ses aiguilles immaculées au squelette de nos arbres me raccommode avec la nature.

Et puis, l'hiver, c'est la saison où les enfants souffrent, où les enfants meurent; c'est l'époque où l'inexpérience et l'ignorance des mères font sentir tristement leurs effets. L'été, passe encore. L'enfant, comme l'oiseau, comme les bourgeons des arbres, comme toute la nature, ne demande qu'à pousser.

Mais l'hiver, que de dangers vont entourer sa jeune et frêle existence! Quelle réserve de force et de vigueur il va lui falloir pour résister à tous les ennemis qui conspirent contre lui!

Cette force et cette vigueur, l'éducation actuelle les donne-t-elle? Hélas, non!

A ces petits il faudrait donner des muscles d'acier et, à la place, on met des nerfs qui vibrent à la moindre impression comme les cordes d'une harpe. Il faudrait les munir d'une peau souple et élastique, qui se mit en harmonie avec le milieu atmosphérique, et on leur en crée une sans résistance, sensible à l'excès, qui ne réagit pas contre les influences extérieures. Il faudrait, devenus bambins, les rompre graduellement à la fatigue et aux exercices physiques pour en faire plus tard des hommes utiles à leur pays, et on les élève si douillettement qu'ils sont incapables du moindre effort. C'est à se demander vraiment si ces petits êtres sont destinés à vivre en plein air dans une société de *dure gehenne*, comme disait déjà Montaigne au XVI<sup>e</sup> siècle, ou s'ils sont faits pour rester renfermés dans des boîtes bien capitonnées.

Comment, après cela, s'étonner si en se promenant dans un cimetière, comme je le faisais aujourd'hui dans cette sombre journée du 1<sup>er</sup> novembre, on voit tant de tombes en marbre blanc recouvrant des existences brisées?

On recueille ce qu'on a semé. Et cependant, si on le voulait, il serait si facile de donner à ses enfants une âme saine dans un corps sain. Mais voilà, on ne veut pas, on ne sait; et plutôt que de vouloir, plutôt que d'apprendre, on préfère écouter les inepties de gens sans expérience et sans instruction.

Au moins, vous autres, mes chères lectrices, ne soyez pas de ces mères imprévoyantes qui, pour élever leurs enfants, se reposent sur le hasard des circonstances et oscillent à tous les vents comme des girouettes. Si vous voulez que la nature ne vous ménage pas de douloureuses surprises, aidez-vous un peu, sachez vous pénétrer de tous ces détails d'éducation qui varient avec le retour de chaque saison.

Dans la *Jeune Mère*, j'ai insisté à plusieurs reprises sur l'hygiène des enfants pendant l'hiver. Je vais y revenir ici en quelques lignes.

L'une des manies les plus enracinées qu'ont les jeunes mères, c'est de trop couvrir leurs enfants pendant l'hiver. Les bébés, je comprends encore qu'on les double, qu'on les enveloppe d'une bonne pelisse ouatée, puisqu'ils ne réagissent pas, qu'ils remuent peu et sur place. Mais les enfants de 7 ans, 9 ans, 12 ans, n'est-ce pas une folie de les couvrir de gilets de flanelle, de les revêtir d'un caleçon de laine comme d'une tunique de Nessus, de leur mettre autour du cou une cravate ou, qui pis est, un cache-nez, de leur planter sur la tête un bonnet d'astrakan et de les accabler d'un pardessus en fourrure? Tous ces instruments de supplice qui font de la vie des enfants un véritable esclavage doivent être réservés aux pauvres petits grelottés, aux pauvres petits valétudinaires vivant en serre chaude, qui, pour le dire en passant, ne sont le plus souvent valétudinaires que parce qu'on les a faits tels.

Mais les forts, les robustes, ceux qu'une première éducation a endurcis, que voulez-vous qu'ils fassent de cet entassement de vêtements lourds et incommodes ?

Je vous en prie, ne mettez pas leur santé à la merci d'une cravate ou d'un pardessus que, dans un moment d'étourderie, vous pouvez oublier à la maison.

Les erreurs qu'on commet en matière de vêtements, on les commet aussi tous les jours en matière de sortie. Ce ne serait pas quelques colonnes de journal, ce serait tout un volume qu'il me faudrait pour raconter toutes les bêtises qui se font à ce sujet. Je connais des parents qui gardent leur bébé à la maison tout l'hiver, s'il a la mauvaise inspiration de naître en novembre ou décembre.

J'en connais d'autres qui ne permettent la sortie que par des temps exceptionnellement, idéalement beaux, quand le soleil brille d'une lumineuse clarté dans un ciel sans nuages. J'en sais qui, dès que le soleil s'obscurcit, se hâtent de faire rentrer leurs enfants. J'en rencontre tous les jours qui paraissent croire que le moindre filet d'air, la brise la plus inoffensive va entraîner la perte de ces petits. Ils vivent ainsi dans des transes et des inquiétudes perpétuelles, sans cesse regardant l'horizon comme sœur Anne, interrogeant le thermomètre pour voir s'il n'a pas baissé d'un degré, flairant dans l'atmosphère quelque vent suspect, préoccupés de la moindre goutte de pluie qui tombe.

Mon Dieu qu'ils sont ridicules ces parents et que leurs précautions sont bêtes, pardonnez-moi le mot, mes chères lectrices ! Ils tournent juste le dos à la vérité. Ils ne voient pas que ces petits êtres, du jour où ils sont campés sur leurs pieds et où ils peuvent courir, ont en eux un calorifère qui vaut mieux que tous les feux de bois du monde. Ils ne voient pas que du moment où ils s'amuse, où leur sang circule, on peut les laisser sous le vent, sous la neige, sous la bise, sous la pluie, sans que mal se produise. Parlez-moi de ces braves petits hommes qui, après s'être trémoussés comme des diabolins, par une journée glaciale d'hiver, rentrent chez eux les mains et les pieds chauds, et ne me parlez pas de ces petits grelotteux, affublés de cravates et de cache-nez, noyés dans leurs fourrures, si bien emmitoufflés qu'ils n'ont même pas le droit de jouer et qu'ils rentrent chez eux les pieds et les mains froides comme marbre.

Parlons maintenant un peu des fâcheuses conditions dans lesquelles on place les enfants pendant l'hiver, dans nos maisons. A voir nos logements on croirait vraiment que nous vivons à quelques degrés du pôle Nord. Des bourrelets et des rideaux épais aux fenêtres, des tentures aux plis savants pour cacher les portes, des tapis moelleux sous les pieds, dans la cheminée non plus des feux de bois, de ces bons petits feux de bois qu'on entretenait et on tisonnait à son aise en devisant, mais des pyramides de charbon de terre ou de coke en ignition, à la chaleur lourde et malsaine.

Savez-vous qu'on asphyxie là-dedans, mes chères lectrices ? Voyons, regardez-moi donc un peu vos enfants. Dans cet air irrespirable ils pâlisent, s'étiolent et s'anémient, ils perdent l'appétit et le sommeil. Si vous voulez suivre ce régime, jolies frileuses que vous êtes, au moins ayez dans votre appartement une chambre pour vos enfants, une chambre mal meublée, sans tentures, sans cheminée, mais large, où ils puissent s'ébattre quand le mauvais temps leur interdit de sortir.

Ce sera leur chambre à eux, bien à eux; ils pourront, s'il leur plaît, y faire du tapage, y jouer au soldat ou à la madame, sans qu'ils soient exposés à entendre une voix importune leur crier: "Mais tais-toi donc, avec ton tapage tu nous casses la tête!"

Me voici au bout de ma colonne et il me faut m'arrêter. J'aurais encore cependant bien des choses à dire sur l'hygiène des enfants pendant l'hiver. Nous aurons encore occasion d'y revenir, car c'est là mes chères lectrices, un sujet très intéressant et très pratique. — Dr CARADÈC, in *La Mère et l'Enfant*.

## DERMATOLOGIE.

Des maladies de la peau en rapport avec le mariage.—Au cours d'un article publié sur ce sujet dans le *St Louis Medical and Surgical Journal* par le Prof. OSMANN DUMESNIL, nous remarquons les principaux faits suivants:

De même, dit-il, que la syphilis, la folie, les affections du système nerveux, et pour quelques auteurs, la goutte, le rhumatisme, l'hémophilie, la phthisie et d'autres affections générales, se transmettent par l'hérédité, de même, un certain nombre de maladies de la peau les plus communes et les plus intractables reconnaissent pour cause la fâcheuse influence des parents qui en sont affectés sur leur progéniture. De là, ajoute-t-il, naît une question importante, celle d'empêcher ou de retarder un mariage entre fiancés dont l'un ou l'autre souffrirait de certaines maladies cutanées. Car les manifestations locales à la peau de l'un des procréateurs indiquent une condition générale de l'économie assez altérée pour déterminer ce retentissement à la surface externe du corps.

Outre les maladies infectieuses ou contagieuses et les maladies parasitaires, il y a d'autres maladies de la peau qui, sans être contagieuses ou directement transmissibles, ou qui le sont rarement, doivent attirer notre attention et être bien étudiées. Je ne partage pas les vues des dermatologistes français qui attribuent toutes les affections de la peau à une cause purement constitutionnelle, ni les opinions des Allemands qui ne considèrent ces affections que comme un mal local et dû presque sans exception à des causes externes. Je prends une position plus rationnelle et je me tiens au milieu de ces deux extrêmes: je base ma théorie sur les faits.

L'eczéma, d'abord considéré comme un mal purement local, puis comme produit de causes internes, dont l'hérédité était complètement niée, est aujourd'hui reconnu héréditaire, sinon dans tous les cas, au moins dans un certain nombre (Bulkley, Van Harlingen, Piffard, Laveing, Duhring, E. Wilson et même Newman). Les chances d'hérédité sont d'autant plus grandes que l'affection des parents est plus ancienne, plus chronique et résiste au traitement.

Le psoriasis est reconnu héréditaire par tous les auteurs. Si les parents ont souffert d'une attaque marquée et récurrente, l'hérédité est plus grande, elle augmente encore lorsque l'attaque a été "universelle."

Le lupus vulgaris est une autre affection du derme qui semble se transmettre des parents aux enfants. Que le néoplasme soit scrof-

leux, tuberculeux ou d'autre origine, l'effet produit sur l'économie des géniteurs retentit sur la constitution des générés par hérédité directe.

L'ichthyose, spécialement l'ichthyosis hepatrix est une affection dont l'hérédité est très bien reconnue.

La vraie lèpre, qu'elle dépende d'un microbe ou non, est héréditaire. Il n'existe aucun cas authentique de sa contagion ou d'inoculation réussie de son bacille, tandis que nous avons vu des familles en être atteintes dans plusieurs générations.

Le prurit chronique a été observé chez une mère, sa fille et sa petite fille. (*Journ. of Cutan. and Vener. Diseases*. Fèv. '85).

Le sarcome et le carcinome de la peau sont encore des exemples de maladies héréditaires.

J'ai vu le vitiligo chez des enfants dont les parents en étaient affectés. La maladie revêtait la même forme et affectait les mêmes parties.

L'hérédité de la décoloration de la peau, d'une mèche de cheveux blancs, et d'autres particularités, est un fait reconnu. Il est arrivé quelquefois cependant qu'une ou deux générations aient échappé au "signe", mais on a revu ce signe sur les générations postérieures.

De ces faits, le Dr Ohmann-Dumesnil conclut que le mariage dans des cas analogues ne doit pas se faire sans l'examen des parties par le dermatologiste, et que souvent des unions projetées seront rompues, pour éviter à la future famille d'être continuellement entachée de maladies cutanées chroniques et intractables.

**Traitement de l'aéné.**—Clinique de M. le Dr BESNIER à l'hôpital St. Louis.—L'aéné rosée est une des affections cutanées qu'on a le plus souvent à combattre; elle se montre d'ailleurs sur des sujets bien différents d'aspect en apparence. Les exemples suivants en sont une preuve. Un malade de la consultation externe est un homme vigoureux dont le dos et la face sont couverts de varicosités ainsi que de pustules dont l'aspect est bien caractéristique de la couperose; la surface de la peau est en même temps grasse et huileuse. C'est un maître nageur, exposé par conséquent à l'action du soleil et aussi à celle de l'eau froide. Or il n'y a pas de cause plus répandue pour cette affection que l'action de l'eau froide; beaucoup de sujets ne peuvent la supporter et c'est un point qu'il faut connaître pour l'application de l'hydrothérapie. Chez cet homme, d'ailleurs, cette affection n'est pas permanente; elle se montre surtout en été, à cause du genre de travail auquel il se livre, et en hiver à cause de l'action du froid. L'état gastrique et l'alcoolisme jouent encore ici un rôle important.

Chez une autre malade, les circonstances étiologiques paraissent fort différentes: c'est une jeune fille de santé assez délicate, soignée depuis longtemps déjà sans succès pour une couperose avec sécrétion huileuse de la peau; ses parents sont morts jeunes, ses frères aussi, ce qui peut déjà faire préjuger une délicatesse organique particulière. De plus, chez elle, l'affection, qui remonte à six mois environ, paraît s'être développée sous deux influences spéciales. D'une part, le surmenage produit par des veilles longtemps prolongées, d'autre part l'usage de boissons excitantes comme le thé dont elle fait, en sa qualité d'Anglaise, un véritable abus; peut-être aussi y a-t-il un peu d'alcoolisme, comme pourrait le faire supposer l'augmentation de volume du foie qui dépasse un peu ses limites normales.

C'est qu'en effet cette affection se développe souvent chez des sujets dont l'état organique imparfait ne leur permet pas de supporter des irritations qui chez d'autres n'auraient aucune action. Il en est ainsi en particulier de l'alcool et des boissons fermentées dont ils ne peuvent supporter la plus petite dose; et comme la profession sédentaire des malades, la situation assise, la tête penchée en avant ainsi que cela se voit chez les écrivains, les couturières, etc., si souvent atteints, est par elle-même une mauvaise condition, le traitement est souvent ici d'une application difficile, ces malades ne pouvant changer de profession.

Pour l'appliquer, il faut tout d'abord chercher à modifier l'état de la face et sa circulation, et pour cela ne pas craindre de provoquer une irritation violente. Le meilleur moyen consiste dans les frictions faites le soir sur la face et les parties malades avec une flanelle imbibée de savon mou de potasse ou savon noir. Les parties sont ainsi laissées pendant la nuit et ce n'est que le lendemain matin qu'on débarrasse la figure par des lotions chaudes. Il faut renouveler ces applications en général pendant cinq jours de suite; mais dès le troisième jour la peau commence à se craqueler et l'opération devient assez douloureuse.

Après un laps de temps variant de trois à six jours, suivant que la peau supporte plus ou moins bien ces applications, cinq ou six jours sont employés à éteindre cette irritation par l'application de cataplasmes de fécule, de lotions calmantes et surtout de pulvérisations. On doit recommencer ensuite le même traitement, fait pendant le même nombre de jours; le plus souvent trois ou quatre séries semblables sont nécessaires pour arriver à un bon résultat.

Dans certains cas rebelles, on peut employer l'acide pyrogallique, quelquefois même les vésicatoires que l'on laisse en place pendant quatre ou cinq heures seulement et qu'on remplace au bout de ce temps par des cataplasmes de fécule; on est assuré ainsi de ne pas laisser se produire de traces du vésicatoire.

On doit agir, en même temps, sur toute la surface cutanée par des frictions, des massages, des bains sulfureux, mais non par l'hydrothérapie qui pourrait congestionner la face. Les bains de pieds sinapisés, fréquemment répétés mais avec l'eau tiède, pour agir lentement, seront ordonnés. Le régime, et surtout l'abstinence de vins et d'alcool, doivent être prescrits sévèrement. Sans faire une révulsion très intense du côté de l'intestin, on agit utilement en provoquant une déplétion favorable par l'emploi quotidien d'une pilule contenant 0,05 centigrammes d'aloès et 0,15 centigrammes de savon médicinal. On peut aussi employer des suppositoires aloétiques contenant de 0,05, à 0,15 centigrammes d'aloès pour 5 grammes de beurre de cacao.

On peut compléter le traitement au savon noir par l'application des lotions soufrées: celles-ci qui, dans les cas moins sérieux, peuvent être employées d'emblée, sont généralement bien supportées et doivent être faites tous les soirs au moyen d'un pinceau trempé dans la préparation suivante:

Soufre précipité.....	} ââ 25 grammes.
Glycérine.....	
Mélangez au mortier et ajoutez:	
Alcool camphré.....	} ââ 25 grammes.
Eau de roses.....	

La face reste couverte de soufre pendant la nuit et n'est lavée que le matin à l'eau chaude.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

## FORMULAIRE.

**Pleurésie aiguë.—Da Costa.**

P.—Teinture d'aconit.....	30 minimes
Acétate de potasse.....	$\frac{1}{2}$ once
Sulfate de morphine.....	$\frac{1}{3}$ grain
Citrate de potasse liquide.....	2 onces
Sirop de tolu.....	1 once

M.—*Dose*. Deux cuillerées à thé toutes les trois heures.—*Maryland Medical Journal*.

**Pleurésie chronique.—Da Costa.**

P.—Iodure de potassium.....	2 drachmes
Teinture de digitale ..	2 “
Teinture d'opium camphrée.....	1 $\frac{1}{2}$ once
Eau.....	$\frac{1}{2}$ “

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé quatre fois par jour.—*Maryland Medical Journal*.

**Coqueluche.—Hammond.**

P.—Bromure d'ammonium.....	1 drachme
Teinture de lobélie.....	20 gouttes
Teinture de stramonium ..	4 “
Acide hydrocyanique dilué.....	6 “
Sirop de prunier de Virginie.....	1 once
Sirop d'orange.....	2 drachmes
Eau.....	6 “

M — *Dose*: Dix à douze gouttes, toutes les trois ou quatre heures, pour un enfant de huit à douze mois. — *Physician and Surgeon*.

**Alopécie.—S. W. Gross.**

P.—Savon vert.....	2 onces
Eau de Cologne.....	4 “

M.—En lotions tous les trois soirs. En outre, se servir, plusieurs fois par jour, de la lotion suivante:

P.—Teinture de cantharides.....	1 $\frac{1}{2}$ drachme
Teinture de capsicum.....	20 gouttes
Glycérine.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Eau de Cologne, q.s. pour.....	1 once

Les cheveux auront dû être rasés.—*College and Clinical Record*.

**Engelures.—Dr Lapatin.**

P.—Acide nitrique dilué.....	} ââ
Eau de menthe.....	
	} 2 onces.

M.—En applications, d'abord une fois, puis deux fois par jour, pendant trois ou quatre jours. La guérison est obtenue au bout de dix à quatorze jours.—*British Medical Journal*.

---



---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, FÉVRIER 1886.

---



---

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

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

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

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

MM. AMÉDÉE PRINCE & C<sup>ie</sup>, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafavotte à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

---

## L'épidémie de variole.

---

L'épidémie de variole dont Montréal a eu tant à souffrir touche aujourd'hui à sa fin. Quelques cas isolés se déclarent encore, mais ils vont décroissant toujours, et tout nous porte à croire que la maladie aura tout-à-fait disparu dans trois ou quatre semaines.

Maintenant que le danger est conjuré et que le calme se fait dans les esprits, il est plus facile de remonter à la source du mal et de nous demander d'où il est venu, tout comme au lendemain d'un incendie considérable l'on institue une commission chargée de s'enquérir de l'origine et des causes de la conflagration. C'est ce qu'a compris le Conseil d'Hygiène de Montréal, qui, dès le 7 novembre dernier, procédait à la formation d'un sous-comité dont la mission était de "rechercher à quelle date précise et dans quelles circonstances la variole s'était introduite à Montréal, de quelle manière et de quel point ou endroit de cette cité elle s'était répandue parmi notre population, enfin de s'enquérir des précautions à prendre pour protéger les citoyens contre le retour d'une semblable calamité."

Le rapport du sous-comité fut soumis au Conseil d'Hygiène le 9 janvier 1886, et unanimement adopté. Nos lecteurs ont eu déjà ample occasion de le lire dans les journaux politiques qui, pour la plupart, l'on publié *in extenso*, aussi ne croyons-nous pas devoir le reproduire ici. Seulement, vû l'importance du sujet et la gravité exceptionnelle

des faits qui y sont relatés, nous ne pouvons nous abstenir de faire à ces derniers certains commentaires nécessités par la part considérable qu'a prise la profession médicale dans les nombreux épisodes du drame auquel nous venons d'assister.

En résumé, l'épidémie variolique a débuté comme suit. Le 28 février 1885, un employé de la compagnie des wagons Pullman, nommé Longley, arrivait à Montréal, venant de Chicago. Il était atteint de variole. Le médecin de la Compagnie du Grand Tronc, M. le Dr Rodger, fut à la rencontre du malade à l'arrivée du train, et jugea nécessaire le transport de Longley dans un hôpital quelconque, attendu que Montréal ne possédait pas encore d'hôpital permanent pour les maladies contagieuses. On fut au *Montreal General Hospital* où le Dr Gray, médecin interne, ayant constaté que Longley avait la petite vérole, refusa positivement de le recevoir. Voyant cela, le Dr Rodger s'adressa à M. le Dr Hingston pour obtenir de lui l'autorisation de placer le malade à l'Hôtel-Dieu. L'autorisation fut accordée, et, quelques instants après, le patient était installé dans une des salles privées de l'Hôtel-Dieu, en compagnie d'un autre malade. Le cas de Longley fut assez bénin, et celui-ci, guéri, sortit de l'hôpital le 21 mars. Peu de temps après le départ de Longley, une servante de l'Hôtel-Dieu, Pélagie Robichaud, tomba malade de la variole et mourut le 1er avril. Le 7 avril, Marie Robichaud, sœur de la précédente, également employée à l'Hôtel-Dieu, fut aussi prise de variole et transportée à l'hôpital civique où elle mourut le 11 avril. Du 8 avril au 18, seize cas de variole furent ainsi transportés de l'Hôtel-Dieu à l'hôpital civique. Le 14 avril, les sœurs de l'Hôtel-Dieu, sur la proposition des médecins de l'institution, congédièrent tous ceux de leurs malades qui ne présentaient encore aucun signe de contagion. (Voir le rapport officiel du sous-comité du Conseil d'Hygiène de Montréal, qui relate au long tous ces faits.) Depuis lors, l'épidémie se répandit par toute la ville et exerça ses ravages comme on sait.

\*\*\*

Longley souffrait-il réellement de variole et la maladie a-t-elle été diagnostiquée telle dès le début? — Evidemment oui. — Cela ressort clairement des faits pris en eux-mêmes, ainsi que des témoignages des Drs Rodger et Hingston. Il est vrai que, dans une lettre adressée à la *Gazette* dès le 18 avril 1885, M. le Dr Hingston dit tout simplement: *It was noticeable an eruption appeared on his (Longley's) face that was so slight and attended with so little febrile disturbance, that the physicians in attendance were not unanimous as to its character*; il est vrai que la Révde Sœur St-Louis croit avoir entendu prononcer le mot "picote-volante"; mais, d'un autre côté, dans sa lettre au sous-comité du Conseil d'Hygiène, M. le Dr Hingston affirme bien nettement que *from the first, Longley's case was regarded as a case of small-pox*. Et puis, les Drs Gray et Rodger avaient déjà diagnostiqué le cas avant le Dr Hingston.

Longley étant atteint d'une maladie éminemment contagieuse, et la nature de la maladie ayant été bien constatée, a-t-on pris toutes les mesures sanitaires qu'il fallait prendre? A-t-on suffisamment isolé le malade? Certainement non. M. le Dr Hingston dit bien en toutes lettres: *All the precautions usual in cases of small-pox were taken*, mais nous constatons que ces précautions se sont réduites tout

simplement à pratiquer la ventilation. À proprement parler, le cas ne fut pas isolé. Le Dr Hingston dit que *not a patient within the area considered susceptible of infection contracted the disease*. Mais alors, c'est donc qu'on avait laissé des malades *within the area susceptible of infection*, et si ces malades n'ont pas pris la variole, ils ne le doivent qu'à leur bonne étoile. D'ailleurs, un autre malade—non affecté de variole, partageait la chambre de Longley. Pourquoi a-t-on toléré cela? Que n'a-t-on forcé ce malade à se placer dans une autre pièce, ou que n'a-t-on mis Longley ailleurs? La Révérende Sœur qui était de service auprès de Longley le 1er et le 2 mars ignorait même alors la véritable nature de la maladie, puisque le Dr Rodger dû le lui apprendre. Dans ce cas les précautions prises par cette sœur durent se réduire à peu de chose. De son côté, la Révérende Sœur St-Louis dit quelque part que “Pélagie Robichaud contracta peut-être (?) la maladie en ayant avec la servante attachée au service du variolé des rapports qu'il n'était pas possible d'empêcher.” Est-ce là de l'isolation? Et que prouve le fait sur lequel on semble tant insister, que le premier cas de variole qui se déclara après celui de Longley fut le cas d'une servante habitant un endroit de l'établissement fort éloigné de la pièce occupée par ce malade? Que prouve ce fait, disons-nous? Absolument rien, dès lors que cette servante a pu communiquer librement avec la garde-malade du variolé. Tous les jours nous constatons de ces cas de contagion médiate.

Il est dit enfin, dans le rapport du Dr Hingston, que le nom de la maladie de Longley ne fut inscrit sur la carte que le jour même du départ du patient, le 21 mars. Si c'est là la coutume suivie à l'Hôtel-Dieu pour les maladies ordinaires, non contagieuses, est-il prudent d'en agir ainsi dans le cas d'une maladie contagieuse comme l'est la variole? N'y avait-il pas au contraire toutes les raisons possibles pour rendre nécessaire et urgente l'inscription du nom de la maladie sur la carte placée au pied du lit? N'était-il pas indiqué, en effet, d'éloigner le plus possible les visiteurs qui auraient pu pénétrer auprès de Longley ou de son compagnon de chambre?

Troisième et dernière question. Étant donné le fait que plusieurs cas de variole venaient de se déclarer parmi les malades de l'Hôtel-Dieu, était-on justifiable de congédier et de renvoyer dans leurs familles ceux des patients qui ne présentaient encore aucun signe de contagion? Il n'y a qu'une voix dans le public pour blâmer une semblable mesure. Plusieurs de ces malades congédiés étaient déjà en période d'incubation de la variole; il n'était pas bien difficile de le prévoir et l'avenir se chargea de le prouver amplement. Il nous est pénible de constater que c'est sur la proposition du corps médical de l'Hôtel-Dieu que semblable détermination fut prise et exécutée. C'était le plus sûr moyen de répandre la contagion par toute la ville, ce qui est arrivé. Si l'Hôtel-Dieu eut été dès lors converti en hôpital de variolés, il y a tout lieu de croire que la contagion se fut bientôt limitée à cette institution et que notre ville en eut été préservée.

Nous savons qu'en certains quartiers l'on a blâmé les autorités de l'Hôtel-Dieu et en particulier M. le Dr Hingston de n'avoir pas refusé d'admettre Longley à l'hôpital, tout comme on avait refusé de l'admettre au *Montreal General Hospital* où cependant il y a des salles spécialement destinées aux maladies contagieuses: scarlatine, rougeole, etc. Nous avouons ne rien voir d'absolument blâmable dans le fait pris en

lui-même. Il était tard ; on refusait de recevoir le malade à l'hôpital anglais ; il fallait bien le loger quelque part. Le grand tort que l'on a eu, nous le répétons, a été de ne pas séquestrer complètement le malade. Puisque le diagnostic était nettement posé (FROM THE FIRST, *Longley's case was regarded as a case of small-pox*), il n'y avait qu'à prendre toutes les mesures préventives, sanitaires et autres, jugées nécessaires en pareille occurrence. Un autre tort, non moins grave, a été, lorsque la contagion se fut répandue dans l'institution, d'ouvrir les portes de l'hôpital pour rejeter au sein d'une population encore indemne, près de deux cents individus dont un certain nombre portaient déjà le germe de la maladie.

Quant au Bureau de Santé d'alors, il a été bien lent à agir en cette circonstance. Dès le 2 mars (le surlendemain de l'arrivée de Longley à l'Hôtel-Dieu,) il était officiellement averti par le Dr Rodger qu'un cas de variole venait d'être transporté à l'Hôtel-Dieu, et ce n'est que le 7 avril que l'hôpital-civique fut ouvert. Or à qui fera-t-on croire que l'on n'aurait pas pu se hâter davantage ? N'était-il donc pas possible d'aménager l'hôpital civique immédiatement et d'y faire transporter les premiers cas ? Nous ne voulons être injuste envers personne, mais nous tenons, quelque pénible que soit pour nous cette tâche, à faire retomber sur qui de droit la responsabilité des maux dont nous avons souffert. Cette responsabilité est des plus lourdes, nous le savons, et si les autorités de l'Hôtel-Dieu doivent porter une partie du fardeau, l'autorité municipale en doit avoir aussi sa très large part. Pour nous, si le sous-comité du Conseil d'Hygiène n'a pas cru, pour des raisons faciles à comprendre, formuler le moindre blâme au sujet de l'apathique attitude du Bureau de Santé en cette occasion, il nous est impossible d'observer la même prudente réserve.

La rude leçon qui vient de nous être donnée aura-t-elle pour résultat pratique de nous doter d'une organisation sanitaire convenable ? Nous croyons avoir droit de l'espérer, surtout si les progrès qui ont été faits récemment dans l'organisation du Bureau de Santé peuvent être complétés, et si l'on peut compter désormais sur la compétence et le désintéressement parfait de tous ceux à qui est confiée la direction des affaires qui concernent la santé publique.

### A chacun le sien.

Dans une correspondance publiée dans la livraison de décembre du *Detroit Lancet* et intitulée : *How small-pox has been introduced into the United-States from Canada*, le Dr Henry B. Baker, secrétaire du *State Board of Health*, du Michigan, met les officiers sanitaires de tout l'Etat du Michigan en garde contre le danger de laisser pénétrer dans l'Etat sus-dit des cas de variole venant du Canada. Comme pièce justificative, il cite le fait de deux ou trois familles venues de Montréal, qui auraient, paraît-il, introduit la picote dans le Wisconsin, en août et septembre derniers. Ce serait là, suivant le Dr Baker, le point de départ de l'épidémie variolique qui se fait sentir actuellement un peu partout, aux Etats-Unis.

M. le Dr Baker est tout à fait dans son droit en exerçant la plus grande vigilance possible pour empêcher la variole, de quelque part

qu'elle vienne, de pénétrer dans le district soumis à sa juridiction, mais le titre même de sa correspondance semble vouloir faire oublier un fait bien autrement grave pour nous, c'est que la variole nous est venue en droite ligne de Chicago, ce dont M. le Dr Baker pourra se convaincre en prenant connaissance du rapport du sous-comité chargé par le Conseil d'Hygiène de l'enquérir des causes et de l'origine de l'épidémie variolique qui a décimé Montréal durant près d'une année. C'est à Chicago que Longley a contracté la variole, en février 1885 (1), et c'est à lui que nous devons le fléau qui nous a ravagés et contre lequel nos estimables voisins ont cru ne pouvoir trop se prémunir.

Si M. le Dr Baker peut trouver dans ce fait un adoucissement à ses chagrins et un sujet quelconque de calmer ses appréhensions, nous ne regretterons certainement pas de lui avoir fait voir *how small-pox has been introduced into Canada from the United-States.*

---

### Médecins et clients.

---

Sous ce titre, nous lisons dans *Le Praticien* : “Le client qui ne paie pas comptant le médecin aux soins duquel il a recours doit être considéré comme s'en étant rapporté aux notes du docteur pour constater le nombre de visites faites. En conséquence, lorsque le client conteste le nombre de visites réclamées, c'est à lui qu'incombe la charge de la preuve.” (Ainsi jugé par le tribunal civil de la Seine, (7<sup>e</sup> chambre) dans son audience du 8 décembre 1884).

Il arrive assez souvent que des cas semblables se présentent. Il est des clients, en effet, qui, atteints de quelque sérieuse maladie, sont continuellement à prier leur médecin de ne leur ménager ni son temps ni ses soins, exigent qu'il les visite deux fois par jour—quand une fois suffirait amplement, vont même jusqu'à le harceler la nuit, souvent pour des raisons futiles, et qui, une fois la maladie passée et la note présentée, croient devoir se récrier sur le nombre de visites faites, en disant que le docteur a inutilement et volontairement multiplié celles-ci. Si l'affaire se complique et vient devant les tribunaux, c'est ordinairement au médecin à fournir la preuve qu'il a visité son malade tant de fois ; or cette preuve n'est pas toujours facile à établir. Le médecin n'a rien à apporter souvent que sa parole et son *grand livre*. Si le jugement du tribunal civil de la Seine pouvait être accepté, comme précédent, par nos savants magistrats !

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

LA MÈRE ET L'ENFANT.—Journal mensuel illustré de la première enfance. Rédacteur en chef : Dr Th. CARADEC. Sommaire du n<sup>o</sup> 7, 1<sup>er</sup> novembre 1885, 1<sup>re</sup> année : *Causerie du Docteur : Le Docteur Diet et le Dr Beefsteak*, par le Dr Th. CARADEC.—*Médecine maternelle : Scrofule et lymphatisme chez les enfants*, par le Dr G. LEFÈVRE.—*Barcelonnette* ; poésie par Ach. MAFFRE DE BAUGE.—*Des précautions à prendre contre la fièvre typhoïde*, par le Dr GRELLETY (DE VICHY).—*Une consultation.*—

[1] Voir l'article précédent.

*Hygiène infantile : La nourriture des vaches laitières*, par Ch. GIRARD, Directeur du Laboratoire municipal de la ville de Paris.—*La première barbe de Robin des bois*, par J. PROTCHÉ DE VIVILLE.—*Les résultats de la loi Roussel dans le département de la Seine*, par le Dr DEPASSE.—*Chronique*.—*Correspondance*.

Illustrations par B. DE MONVEL, VAN MARCKE, HUNSER, etc., etc.

Abonnements : Départements et Union postale, un an, 6 fr. Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie. Librairie Ch. Delagrave, 15 rue Soufflot, Paris.

HARDAWAY.—*Essentials of Vaccination.—A Compilation of facts relating to vaccine inoculation and its influence in the prevention of Small-pox*, by W. A. Hardaway, M. D., of St. Louis—J. H. Chambers & Co., Editors, St. Louis, Missouri, U. S.

Pour donner à nos lecteurs une idée du but et de la portée de cet ouvrage, nous donnons le titre des dix chapitres qu'il contient :

Chap. 1er.—Histoire de la vaccination.

Chap. 2me.—Variole chez l'animal.

Chap. 3me.—Nature de la vaccine.

Chap. 4me.—De la vaccine chez l'homme.

Chap. 5me.—Modifications anormales et complications de la vaccine.

Chap. 6me.—De la revaccination.

Chap. 7me.—Mérite des différentes espèces de virus vaccin.

Chap. 8me.—Des différentes méthodes d'obtenir et de conserver le virus vaccin.

Chap. 9me.—De l'opération de la vaccination.

Chap. 10e — Examen des objections à la vaccination.

Ce petit volume (in-16 de près de 150 pages) a pour principal mérite de réunir et de condenser tous les grands traits de cette immense et importante question. Le praticien a qui le temps manque pour de patientes et longues recherches y puisera tous les renseignements nécessaires avec la plus grande économie de temps possible.

MENIÈRE.—*Variations de composition et réactions chimiques des humeurs normales et morbides de l'appareil génital de la femme*, par le Dr P. Ménière, d'Angers. Paris, Oct. Doin, éditeur, 1885.

BORCK.—*Abnormal positions of the head. What do they indicate ?* by Edw. Borck, A. M., M. D., St. Louis, Nov. 1885.

CAMPBELL.—*The Relation of Meteorology to Disease*, by F. R. Campbell, A. M., M. D., Lecturer on Hygiene, Niagara University.

*The Model Vaccine Propagating establishment of the United States. Bovine virus, its Production and Preservation. Comparative value of Bovine and Humanized Lymph.*

Ce pamphlet est le prospectus d'un nouvel établissement que la célèbre maison John Wyeth & Bro. de Philadelphie vient de fonder pour la culture du vaccin animal. La culture du vaccin dans tous ses détails est placée sous la surveillance du Dr Zuill, professeur de pathologie externe dans le département vétérinaire de l'Université de Pensylvanie. L'agence pour le Canada a été confiée à la maison Davis et Lawrence, de Montréal.

CALDWELL.—*A study of Epilepsy*, by J. J. Caldwell, M. D., Baltimore.—*Transactions of the Medical Society of the State of Pennsylvania at its thirty-sixth annual session at Scranton, Pa., May, 27, 28, 29, 1885.*

---

## NOUVELLES MÉDICALES.

---

**Nécrologie.**—A Paris, M. le Dr A. DECHAMBRE, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*.

**Une bonne chance.**—Un médecin de Montréal, ayant plus de vingt-cinq années de pratique active, possesseur d'une clientèle fort étendue, et situé dans un quartier des plus avantageux, désire s'adjoindre un associé. Ceux de nos jeunes lecteurs qui seraient disponibles en ce moment voudront bien ne pas laisser s'échapper l'occasion qui leur est offerte. Pour détails, on est prié de s'adresser à *Medicus*—aux soins de l'*Union Médicale du Canada*, Boîte 2040, Montréal.

Le *Detroit Lancet*, de Détroit, est maintenant publié sous le nom de *The American Lancet*, avec format agrandi et toilette typographique entièrement neuve.—Le *American Practitioner* et le *Louisville Medical News* ont été combinés en un seul journal, *The American Practitioner and News*.—Le *Medical and Surgical Reporter*, de Philadelphie, nous arrive aussi lui, cette année, avec une toilette neuve et une disposition typographique qui lui permet de donner à ses lecteurs quatre pages de plus par semaine.—Le *Cincinnati Lancet and Clinic* portera désormais le nom de *Cincinnati Lancet-Clinic*.—Le Dr Squibb, de Brooklyn, vient de suspendre la publication du *Squibb's Ephemeris*.—Le *Medical Times and Gazette*, de Londres, a également cessé de paraître.—Le *Médecin Praticien*, ci-devant publié par le Dr B. de Bournonville, à Paris, est devenu la propriété du Dr Pierre Jacquin qui le publie sous le nom de *Médecin Clinicien*.—*The Journal of Reconstructives*, tel est le titre d'une nouvelle revue mensuelle publiée par John Carnrick, de New-York, et rédigée par le Dr Wallace Wood. Ce journal est consacré exclusivement à l'étude de la thérapeutique alimentaire.

**Lactopeptine.**—Nous employons ce composé depuis quelque temps, contre l'indigestion et le recommandons comme un remède efficace. Comme il renferme les cinq agents actifs de la digestion il ne saurait manquer d'aider le système à préparer les aliments pour l'assimilation. C'est un remède précieux contre la diarrhée des enfants pendant la saison chaude. Ici l'épuisement du système et surtout de l'appareil digestif rend les aliments irritants et augmente la difficulté. Dans les cas de ce genre, la matière médicale ne nous offre rien de mieux que la Lactopeptine.—*Cal Med. Journ.*

---

## NAISSANCES.

COUTURE.—A St Bernard, comté de Dorchester, le 7 janvier, la dame du Dr Ch<sup>s</sup> F. Couture, un fils.

MIGNAULT.—A Montréal, le 21 janvier, la dame du Dr L. D. Mignault, une fille.