

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. —Hôpital Notre-Dame, Montréal.	
—De quelques usages des iodures, M. H. E. Desrosiers	289
COMMUNICATION.	293
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. —Du pneumothorax, 294.—Traitement de la migraine, 296 —Du chlorure de méthyle contre l'élément douleur dans des affections diverses, 397.—Traitement de l'anorexie des hystériques, 299.—Du traitement rationnel de l'affection furonculaire, 299.—De l'albuminurie diphtérique et scarlatineuse, 302.—Les lavements à l'acide tannique dans le choléra	303
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. —De l'uréthrotomie, 304.—Traitement de l'épistaxis, 305 —De la circoncision et de la dilatation du prépuce, 306.—Traitement de la gonorrhée, de la leucorrhée et du bubon suppuré par le permanganate de potasse, 307.—Ozène, nature et traitement, 308.—Des abcès fétides, 309.—Pathogénie de la suppuration	310
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. —Des injections intra-utérines d'eau chaude dans les hémorrhagies puerpérales, 311. —Eclampsie puerpérale traitée par les bains chauds, 313. —De la rupture spontanée des membranes, avant le début du travail à terme, 314.—Emploi de la quinine dans l'accouchement, 314.—De l'endométrite dissequante, 315 —Péritonisme dans les kystes de l'ovaire, 317.—Phlegmon péri-utérin	317
PÉDIATRIE. —De l'allaitement, 319.—Traitement des différentes diarrhées, 322.—Croup membranoux; croup diphtérique; vrai croup, 322.—De la croissance, 324.—Traitement de la plaie ombilicale chez le nouveau-né	325
SYPHILIGRAPHIE. —Diagnostic du chancre infectant, 227.—Traitement du chancre infectant, 328.—Traitement de la syphilis	329
FORMULAIRE. —Hydropisie. — Alopecie. — Injection vaginale antiseptique. — Collutoire. — Choléra infantile.—Suppositoires au chloral	329
BULLETIN. —Variole et vaccination, 331.—Le Bureau de Santé, 332.—Encore ces charlatans, 333.—M. Pasteur et M. le Dr Robillard	334
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.	335
NOUVELLES MÉDICALES. —Hôpital Notre-Dame, 335 —Nécrologie.—Université Laval, Montréal —Naissance	336

MELLIN'S FOOD

NOURRITURE DE MELLIN

POUR LES PETITS ENFANTS ET LES MALADES.

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

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

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

DOLIBER, GOODALE & CO.

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

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

Echantillon et pamphlet expédiés gratuitement sur demande.

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

SPECIALITES DE WYETH

PAPOMA.

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

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

EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

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

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

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

PILULES PEPTOGENES (PEPTONIC PILLS).

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

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

PASTILLES DE CHLORAMINE DE SPENCER.

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

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

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

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

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

MODE D'EMPLOI :

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

DAVIS & LAWRENCE Co. LIMITED

JOHN WYETH & BRO., PROPRIETAIRES, PHILADELPHIE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

De quelques usages des iodures.

MESSIEURS,

Depuis que vous suivez cette clinique vous avez pu observer que nous avons prescrit les préparations d'iode, et en particulier les iodures, en plus d'une circonstance et pour plus d'un cas. Nous allons aujourd'hui brièvement résumer les observations que nous avons, sur ce sujet, faites au lit des malades.

Trois diathèses ont surtout été combattues au moyen des iodures : la scrofule, la syphilis et le rhumatisme. En outre nous avons fréquemment mis ces médicaments en usage dans les cas de phlegmasies accompagnées d'épanchement et dans certaines maladies des centres nerveux. Contre ces différents états pathologiques, vous nous avez vu employer surtout les iodures de potassium, d'ammonium et de fer.

Si les iodures, comme cela ne fait pas de doute, s'adressent principalement au traitement de certaines maladies diathésiques et à celui des accidents nombreux liés à ces diathèses, il est également vrai de dire qu'ils trouveront surtout leur indication dans les diathèses caractérisées par une tendance à la formation de produits nouveaux, plastiques ou non, plus ou moins susceptibles de se résorber. Or, c'est précisément ce qui arrive dans le cas de la syphilis, de la scrofule et du rhumatisme.

Dans la scrofule, nous voyons s'hypertrophier en nombre considérable les ganglions lymphatiques. Au cours de la syphilis, nous avons les gommes, les tubercules, les papules, les exostoses, les hypertrophies osseuses, etc., toutes lésions qui réclament l'emploi des fondants, ou comme on le dit encore, par convention, des altérants. Mais, laissez-moi vous rappeler ici un fait que vous n'avez peut-être pas oublié pourtant, et qui se rapporte à la période à laquelle vous devez administrer les préparations d'iode. Celles-ci, règle générale, ne conviennent pas aux premières périodes, ce que j'appellerai les périodes aiguës, de ces diathèses, mais plutôt à des périodes ultérieures alors que la maladie a pris une allure, non pas chronique tout à fait, mais sub-aiguë. Ce n'est donc pas, conséquemment, à la période de formation des produits nouveaux qu'il convient de donner les iodures, mais bien alors que ces mêmes produits se sont faits et qu'il est devenu urgent ou simplement utile d'en opérer la résorption. Ainsi, règle générale, pas d'iodures dans la scrofule s'accompagnant de fièvre ou de quelque phlegmasie aiguë, ou, en d'autres termes, dans les manifestations inflammatoires aiguës de la scrofule. Pas d'iodure non plus, en général, dans la première période de la syphilis. Enfin, pas d'iodure dans le rhumatisme aigu, à sa période inflammatoire proprement dite.

La raison d'être de ces réserves se trouve dans l'action physiologique même de l'iode et de ses dérivés. En effet, ce sont, comme vous le savez, des agents congestionnants, stimulants, dont l'action se porte sur la circulation qu'ils accélèrent, sur le système capillaire qu'ils congestionnent, sur la température qu'ils tendent manifestement à élever, produisant de la sorte, une espèce de fièvre artificielle qui n'est en somme que la première phase de l'iodisme aigu.

Dans la scrofule, les iodures ne sauraient être regardés comme des spécifiques, quoiqu'on en ait dit. Ils s'adressent spécialement aux accidents ganglionnaires et lymphatiques de la diathèse, mais ils ne constituent pas à eux seuls toute la thérapeutique. Nous leur adjoignons, comme vous me l'avez souvent vu faire, des toniques généraux tels que l'huile de foie de morue, l'arsenic, le fer, les phosphates, sans oublier les prescriptions hygiéniques dont je n'ai sans doute nul besoin de vous dire toute l'importance.

C'est à l'iodure de fer que nous recourons de préférence dans la scrofule et ses manifestations. Il se prescrit communément sous forme de sirop ou sous forme pilulaire. Le sirop (officiel) d'iodure de fer donne à dose moyenne de dix à vingt minimes, cette dose étant administrée dans un véhicule quelconque, l'eau par exemple, trois par jour, après le repas. Quelques-uns préfèrent, au sirop, la pilule d'iodure de fer (officinale). Chaque pilule de 3 grains renfermant 1 grain d'iodure, les malades peuvent prendre de 3 à 6 ou 9 de ces pilules par jour. Comme la plupart des préparations de fer et d'iode, l'iodure de fer se donne de préférence après les repas.

Vous n'avez qu'à ouvrir vos auteurs, messieurs, pour y voir l'iodure de potassium recommandé exclusivement dans les 2^m et 3^m périodes de la syphilis. Rationnellement, c'est bien à ces périodes qu'il importe d'administrer l'iodure, parce que c'est précisément alors que les accidents spécifiques, étant de nature hyperplasique, réclament l'emploi d'un agent qui en opère la fonte et la résorption. L'influence de l'iodure de potassium sur la marche et le progrès de quelques syphilides secondaires, et de toutes les syphilides tertiaires est des plus évidentes et vous avez, en mainte occasion, été à même de la constater. Je de quelques syphilides secondaires. En effet, l'iodure ne convient pas indistinctement à tous les accidents de la deuxième période de la vérole. Vous avez vu quelques uns de ces accidents résister à l'iode ne disparaître rapidement par l'emploi du mercure, tandis que pour d'autres, c'est tout le contraire qui a eu lieu. D'accord avec l'expérience, Sémund, de Vienne, prescrivait l'iodure dans les cas de syphilides secondaires à forme humide, réservant le mercure pour les formes sèches. Plus ces autres observateurs ont corroboré ce fait remarquable que nous avons, nous aussi, constaté chez nos syphilitiques, si vous en rappelez. Nous avons vu, en effet, les plaques muqueuses, les ulcérations buccales et linguales céder comme par enchantement à ce traitement par l'iodure de potassium, tandis que, chez d'autres malades, la forme papuleuse, entre autres formes sèches, résistait à la même médication.

Dans une communication à la Société de thérapeutique, de Paris, MM. Gouguenheim et Morin ont, l'an dernier, tenté d'établir que l'iodure de potassium, de même que le mercure, convient à toutes les périodes de la syphilis. Pour eux, le mercure et l'iodure de potass-

sont des spécifiques de la syphilis à toutes les périodes de son évolution. Cependant, ils réservent l'iodure pour combattre les syphilides buccales et pharyngiennes, lésions humides, comme vous voyez, ainsi que les lésions diffuses et hypertrophiques à caractère grave.

Tout cela veut-il dire que l'administration des iodures convienne à tous les cas de syphilis? Loin de là. Vous avez occasion d'observer des cas qui restent rebelles à la médication iodée, de même que vous en rencontrez qui résistent quand même au mercure. Le fait est que la syphilis n'affecte pas toutes ses victimes de la même manière; nous avons, vous le savez, des syphilis graves et des syphilis bénignes, si bénignes parfois qu'elles passent tout-à-fait ignorées. La constitution antérieure du patient, ses habitudes, son degré plus ou moins prononcé de résistance à la maladie, modifient également la manière d'être de la diathèse. Vous avez donc à soigner non pas tant la maladie que le malade, et si l'iodure et le mercure ne conviennent pas, vous devez recourir à d'autres agents.

L'iodure de potassium se prescrit généralement en solution, à dose moyenne de 15 à 30 grains par jour. Quelques-uns recommandent de préférence de petites doses: 3 grains, par exemple, donnés trois fois par jour. En général, si les symptômes ne sont pas alarmants, les doses que je viens d'indiquer suffisent. Mais que surviennent des accidents sérieux, v.g. du coma ou des convulsions indiquant la présence de gommes intra-craniennes qu'il importe de faire résorber au plus vite, alors vous augmentez la dose et administrez 15, 20 ou même 30 grains d'iodure, de trois à cinq ou six fois par jour.

L'iodure de potassium se prescrit de préférence au moment des repas, immédiatement avant ou immédiatement après. Ici, nous l'administrons en solution aqueuse, associé à un amer quelconque, gentiane ou quassia, quand l'appétit semble faire défaut. Le lait constitue également un bon véhicule. Dernièrement, on a recommandé, comme tel, le sirop de groseilles qui aurait l'avantage précieux de masquer passablement bien la saveur désagréable du médicament.

Permettez-moi de vous dire en passant, messieurs, que la plupart des préparations de salsepareille, que vous voyez vantées à la quatrième page de nos journaux, doivent leurs propriétés thérapeutiques à l'iodure de potassium qu'elles contiennent et non pas à la salsepareille dont elles n'ont souvent que la saveur; aussi le vulgaire s'y laisse-t-il prendre souvent. Il y a quelque temps, un mien client, syphilitique avéré, auquel j'avais prescrit l'iodure refusa tout-à-fait de se conformer à ma prescription, disant que la potasse (?) ne lui allait pas, etc. Laisse à lui-même, il se jeta sur une salsepareille quelconque (de Bristol ou d'Ayer) et en éprouva un soulagement notable. Au fond il n'avait fait que prendre de l'iodure de potassium, mais sous une forme qui, tout en lui cachant la véritable nature du remède, semblait donner raison à des répugnances plus ou moins justifiées.

J'ai dit que les iodures ne conviennent pas au traitement du rhumatisme articulaire aigu, à ses deux premières périodes. En effet, l'iodure de potassium reste la plupart du temps inerte dans les cas où le pouls est accéléré, la température élevée, l'urine rare, les sueurs profuses. Il convient au contraire quand tous ces symptômes se sont amendés, et que la maladie est passée à sa troisième phase. Dans le rhumatisme sub-aigu, nous l'avons prescrit fort souvent, et la plupart

du temps avec avantage. La dose ne doit guère excéder 30 grains par jour. Le rhumatisme musculaire lui-même subit heureusement l'influence de l'iodure de potassium, donné à la dose indiquée ci-dessus.

Chez le vieillard qui occupe le No 3 de la salle St-Joseph, vous avez vu avec quelle rapidité se sont amendées les lésions pulmonaires sous l'influence de l'iodure d'ammonium administré à doses soutenues. Cet homme a souffert de pneumonie, s'il vous en souvient, et pendant quelques jours son état nous a donné d'assez vives inquiétudes. Suivant les indications de Bartholow, nous lui avons donné l'iodure d'ammonium dans le but d'empêcher la partie enflammée du poumon de subir la dégénérescence caséuse. La résolution a été complète, comme l'a prouvé le retour du murmure respiratoire et de la sonorité normale. En même temps les matières expectorées ont été à la fois plus fluides et plus abondantes.

Chaque fois qu'il s'agit d'opérer la résorption de produits inflammatoires épanchés ou infiltrés, il est rationnel de songer aux iodures qui ont pour effet de favoriser cette résorption. C'est ainsi que vous m'avez vu, à plusieurs reprises, prescrire les iodures de potassium, d'ammonium et de sodium, plus particulièrement les deux premiers, dans la pleurésie avec épanchement, la pneumonie fibrineuse, les méningites anciennes, l'hémorrhagie cérébrale, l'hépatite interstitielle; c'est ainsi qu'on les donne encore dans la péricardite, l'orchite, la néphrite interstitielle chronique, le goître, la méningite tuberculeuse, etc. Dans ces cas, je crois préférable de donner l'iodure de potassium, et ce, à petites doses, soit 2 ou 3 grains, que l'on répète souvent, toutes les deux ou trois heures, afin que l'organisme subisse promptement l'influence du remède.

En général, plus l'épanchement sera fibrineux, plus facilement l'iodure le pourra faire résorber. Les épanchements séreux cèdent plus volontiers aux diurétiques et aux sudorifiques, et en beaucoup de cas, il sera nécessaire de recourir à l'aspiration. Ainsi, dans le cas d'un épanchement pleurétique de nature séreuse ou séro-fibrineuse, pour peu que le liquide existe en quantité un peu considérable, n'allez pas perdre votre temps à administrer les iodures. Vous en retirerez peu de profit, et une bonne dose de jaborandi ou l'aiguille de l'aspirateur vous sera bien autrement utile.

Enfin, vous m'avez vu prescrire l'iodure de potassium dans quelques cas de lésions plus ou moins chroniques des centres nerveux: la paralysie d'origine cérébrale et l'ataxie du mouvement. Quels résultats avons-nous obtenus de cette médication? Rien de bien marqué, à coup sûr. Dans le cas de l'hémorrhagie, l'iodure agirait en favorisant la résorption des exsudats formés autour du caillot apoplectique ainsi que celle du caillot lui-même. Mais a-t-il réellement cet effet? Dans l'ataxie, même indication de faire résorber. Mais il est une remarque qui a son importance et qui terminera cette leçon. C'est dans les affections nerveuses de nature syphilitique que les iodures rendent de véritables services. Cela est vrai plus particulièrement pour l'ataxie qui est si souvent de nature spécifique. Le médicament agit donc ici encore principalement en vertu de ses propriétés anti-syphilitiques et tous les auteurs s'accordent à le recommander dans les cas où la véritable nature d'une affection chronique n'est pas manifestement connue. L'iodure devient alors comme une véritable pierre de touche et justifie une fois de plus l'adage: *Naturam morborum curationes ostendunt.*

• COMMUNICATION.

Messieurs les Rédacteurs,

Je concours pleinement dans les idées de vos deux correspondants du mois de mai. Les charlatans ne sont pas traités par les médecins de notre province comme ils mériteraient de l'être, et à ce sujet, la profession médicale en est rendue à un point qui est loin de lui faire honneur. Il y a pléthore, dit-on; mais voyez dont les avocats, eux aussi souffrent de pléthore; cependant, parmi eux, les choses vont mieux que parmi nous, quoique là non plus on ne soit pas encore parvenu à l'idéal.

Dans chaque localité où il y a une cour, il y a pour le barreau un bureau chargé de recevoir les plaintes et ayant droit de punir et même de suspendre ceux qui prostituent leur profession. Pourquoi n'aurait-on pas quelque chose de semblable pour les médecins? Mais pour cela il faudrait se voir et s'entendre. Dans Ontario, il y a dans chaque ville et presque dans chaque comté une société médicale; pourquoi n'aurait-on pas la même chose ici? Il n'y a, que je sache, qu'une seule société médicale parmi nous, Canadiens-Français, c'est celle de Montréal. C'est regrettable, car on sait tout le bien que produisent ces réunions où chacun apporte son contingent de connaissances et d'expérience.

Un de vos correspondants parle de faire adopter une loi contre les médicaments patentés; ce ne serait que juste, mais la chose est peut-être un peu difficile, car si le peuple *adore ses charlatans* et leurs drogues, il en est aussi de même, je crois, de la députation prise comme corps. Cette objection n'existe pas à propos de la gouverne des médecins entre eux, car enfin nous devons être libres de faire passer des lois qui ne regardent que nous seuls.

Je connais des médecins qui sont assez peu soucieux de leur honneur pour fournir des calmants à des patients actuellement sous les soins de rebouteurs. D'autres, animés d'une charité de mauvais aloi, prodiguent leurs soins, *pour rendre service*, à des gens qui leur *rient au nez*.

M'est avis que si nous avons des charlatans, des rebouteurs, des dentistes vendeurs d'onguents, des pharmaciens *qui soignent* et des orthopédistes barbiers, la faute en est à nous.

Mai 1885.

RÉFORME.

Traitement du sycosis.—HEBRA a beaucoup recommandé la formule (modifiée) de Wilkinson contre le sycosis :

P.—Soufre sublimé, Huile de cade, de chaque, 2 drachmes; Savon mou, Axongo, de chaque, 1 once; Craie préparée, 2½ drachmes.

On rase d'abord les poils sur l'endroit affecté et tout autour. Après quoi, au moyen d'un onguent simple, on enlève soigneusement les gales et les croûtes. Au bout de vingt-quatre heures, on savonne et on rase (au rasoir) la partie puis on applique l'onguent ci-dessus. Un morceau de flanelle et un bandage terminent le pansement que l'on change tous les jours, ayant soin, à chaque fois, d'enlever tout l'onguent de l'application précédente, d'arracher les poils qui repoussent et d'exprimer le pus des pustules. On continue ainsi tant qu'il se forme de ces pustules.—*Analectic*.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Du pneumothorax.—Clinique de M. le docteur DUGUET à l'hôpital Lariboisière.—Beaucoup d'entre vous ont pu examiner un malade âgé de 16 ans qui se trouve, en ce moment, couché au numéro 33 de la salle St-Joseph. Il était déjà depuis quelque temps dans notre service pour une tuberculose pulmonaire, lorsqu'un soir M. Feulard crut trouver un pneumothorax partiel supérieur. Le lendemain matin, bien que j'aie depuis longtemps une répugnance assez grande à accepter un diagnostic semblable, sachant par expérience qu'il ne s'agit toujours que d'une caverne, je fus néanmoins de l'avis de mon interne pour les raisons suivantes : la région située au-dessous de la clavicule gauche ne présentait pas cette dépression signalée dans les cas de cavernes ; de plus, il existait, outre un affaiblissement des vibrations thoraciques, une sonorité tympanique considérable qui ne ressemblait nullement au bruit de pot fêlé, et un bruit d'airain d'autant plus manifeste que l'on se rapprochait du sommet de la poitrine ; d'ailleurs, la respiration était amphorique, et le retentissement de la voix et de la toux avait le timbre particulier. Eh bien ! malgré la présence de tous ces signes, nous étions cependant dans l'erreur. Le malade, en effet, étant mort trois semaines plus tard voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie. Tout d'abord, après avoir piqué avec un bistouri la paroi thoracique, préalablement amincie, au niveau du troisième espace intercostal, je constatai, à ma grande stupéfaction, qu'il ne sortait rien. Continuant alors nos recherches, nous trouvâmes une caverne qui occupait tout le lobe supérieur du poumon. Quant au reste du poumon, il va sans dire qu'il était ravagé par la tuberculose.

En 1877, M. Vulpian a observé, à la Charité, chez une femme de 25 ans, des phénomènes analogues sous la clavicule droite. C'étaient de la sonorité exagérée et du bruit d'airain. C'était le retentissement particulier de la voix et de la toux ; tous signes qui, par conséquent, auraient pu faire penser à un pneumothorax partiel supérieur si le bruit de pot fêlé n'avait suffi, à lui seul, pour faire rejeter ce diagnostic. De ces faits, il s'ensuit que le pneumothorax partiel supérieur est une rareté chez les tuberculeux, par la raison bien simple, très probablement, que c'est justement au sommet que se produisent les tubercules qui amènent des adhérences avec la plèvre.

Si je n'ai pas vu de pneumothorax partiel supérieur, j'ai eu, par contre, la bonne fortune de rencontrer un pneumothorax partiel inférieur latéral. C'était à l'hôpital Laënnec, chez un homme de 23 ans. Il présentait, à la base gauche, de la sonorité, une respiration soufflante et du retentissement métallique de la voix et de la toux, sans bruit d'airain et sans gargouillement. A l'autopsie, j'ai trouvé une cavité assez volumineuse renfermant de l'air et quelques cuillerées de pus. Pas besoin n'est, du reste, d'aller si loin. Au numéro 22, en effet, nous avons été à même d'observer les progrès d'un pneumothorax gauche, autant toutefois que cette affection peut se compléter chez un tuberculeux, car il n'y a guère que le pneumothorax consécutif à l'emphysème pulmonaire qui puisse devenir total.

Infinitement plus fréquent chez l'homme que chez la femme, le pneumothorax se montre entre 20 et 40 ans. Quant au côté qu'il occupe de préférence, les statistiques suivantes vont vous en faire juges. Hill, sur 6 cas, en a rencontré 5 à gauche et 1 à droite. Les auteurs du *compendium*, 50 à gauche et 25 à droite. Béhier conclut que le pneumothorax est plus fréquent à gauche qu'à droite. Woillez, sur 8 cas, en a trouvé 3 à gauche et 5 à droite; et moi, 8 à gauche et 12 à droite. Que conclure de tout cela? Absolument rien, puisque les uns disent blanc, tandis que les autres disent noir.

Maintenant, une fois développé, le pneumothorax donne lieu à une douleur de côté et à une dyspnée considérable qui, dans certains cas, a l'air de menacer le malade de mort.

Il en est donc qui succombent d'emblée; ceux qui, par exemple, ont l'autre poumon infiltré de tubercules. Plusieurs ne vivent que quelques heures, quelques semaines. Enfin on a signalé le cas d'un individu qui aurait vécu trois ans et demi.

La situation devient donc intéressante à étudier au point de vue du pronostic. Que la fièvre, au bout de quelques jours, vienne à tomber, et que du liquide se produise dans la plèvre, voilà des conditions qui permettraient au malade de guérir. Mais si, par malheur, la fièvre s'allume, l'appétit disparaît, la toux et l'expectoration deviennent abondantes et le liquide fait défaut, vous vous trouverez en présence d'un cas déplorable.

De quelle manière se termine donc un pneumothorax? Ou bien le malade est emporté par la dyspnée, ou bien encore par une syncope. Dans d'autres circonstances, on peut voir le dénouement fatal provenir d'un deuxième pneumothorax. C'est, du reste, ce qui m'est arrivé en 1877 à Laënnec où, au bout de 42 jours, un malade atteint de pneumothorax fut pris tout d'un coup d'une oppression considérable, et mourut en 12 ou 15 minutes. A l'autopsie, il me fut donné de voir non seulement un pyopneumothorax gauche, mais encore, du côté opposé, une cavité pleurale remplie d'air. Le malade peut encore être emporté par une hémorrhagie abondante comme vous venez d'en avoir un exemple au numéro 25 de la salle St-Vincent, chez un cocher atteint d'un pneumothorax droit qui durait déjà depuis trois mois et demi. Qu'avons-nous donc trouvé à l'autopsie? Une caverne considérable qui communiquait, d'une part avec les bronches, et d'autre part avec la cavité pleurale, et qui offrait, sur ses parois, un anévrysme d'une branche de troisième ordre de l'artère pulmonaire dont la rupture avait été la cause d'une hémoptysie. Le plus souvent, toutefois, c'est par le fait d'une asphyxie lente, d'une cachexie que le malade succombe, parce que les tubercules envahissent non seulement le poumon qui est compromis, mais encore celui qui est sain.

Si le plus grand nombre des tuberculeux atteints de pneumothorax meurent, je crois cependant qu'il en est qui survivent. A cet égard, permettez-moi de vous citer un cas de guérison spontanée observé en 1882, ici même. C'était le 22 mai; je reçus au numéro 15 de la salle St-Vincent un homme de 34 ans, employé dans une compagnie d'assurance, qui m'avait été envoyé par un médecin de la ville sous la rubrique pneumothorax. Voici ce que ce malade nous raconta. Le 1^{er} mai, en descendant d'omnibus, il fut subitement saisi d'un point de côté et d'une dyspnée si violente, qu'on fut obligé de le porter dans une pharmacie où, quelques minutes après, il reprit ses sens. Le soir même, le médecin

constata l'existence d'un pneumothorax. A son arrivée à l'hôpital, cet homme qui pouvait faire tous les mouvements sans aucun essoufflement, présentait sous la clavicle gauche une voussure. Les vibrations thoraciques étaient nulles. Il existait, à la percussion, de la sonorité tympanique et du bruit d'airain, et, à l'auscultation, une respiration amphorique avec retentissement de la voix et de la toux. Quant à l'état général, il était on ne peut plus parfait. Le thermomètre marquait 37°, et l'appétit était excellent. Le 5 juin, nous pûmes constater un bruit de flot manifeste, et le 16 du même mois le malade, n'y tenant plus, s'en alla reprendre ses affaires sans être aucunement inquiété. Quand la guérison se fit-elle ? je n'en sais rien. Quoi qu'il en soit, le malade étant revenu en 1883 pour une éruption syphilitique, nous constatâmes qu'aucune différence n'existait entre les deux côtés du thorax. En 1884, je le revis pour du tremblement acoolique, et ne découvris encore rien. De quelle nature était donc ce pneumothorax ? De deux choses l'une : ou il devait son origine à la rupture d'une alvéole pulmonaire, ou il provenait d'un tubercule sous-pleural ignoré. De l'emphysème, je n'en ai jamais trouvé trace, et puis, dans ce cas, il est très probable que nous n'aurions eu seulement que de l'air dans la cavité pleurale. Comme il y a eu du liquide, et que le malade présente dans ses antécédents une sœur ayant succombé à la phthisie, je me rallierai volontiers à la seconde hypothèse, bien que, maintenant encore, il n'y ait aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Maintenant, en présence d'un pneumothorax, qu'avons-nous à faire ? Au début, la douleur est calmée, soit par des ventouses scarifiées, soit, comme le fait M. Jaccoud, par un sachet de glace, soit enfin par des injections de chlorhydrate de morphine qui agissent aussi sur la dyspnée. Plus tard, lorsque les malades sont menacés d'asphyxie, il faut faire une ponction. Enfin, il est des cas dans lesquels on peut provoquer la guérison. Woillez est le premier qui montra que tout individu atteint d'un pyopneumothorax tuberculeux n'est pas fatalement condamné à mort. En 1853 il apporta à la Société médicale des hôpitaux sept cas de guérison obtenue par la thoracentèse. Citons entre autres deux cas qui offrent un intérêt remarquable. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 32 ans atteint d'une pyopneumothorax gauche qui, au bout de 20 jours, fut guéri. Le second a rapport à une femme de 26 ans dont le pneumothorax droit, au bout de 4 mois et demi, contenait une telle quantité de liquide qu'il fallut l'enlever au moyen d'une thoracentèse. Deux mois après, on refit une seconde thoracentèse, et la malade guérit.

Cela n'a du reste rien qui doive vous étonner. Au numéro 18 d'une de nos salles, repose un homme de 27 ans dont le pneumothorax, au début, nous inspira les craintes les plus grandes. Depuis, et peu à peu, les accidents ont disparu, de sorte qu'aujourd'hui c'est un individu qu'on ne reconnaîtrait pas. Je lui ai pourtant retiré en une seule ponction 1,300 gr. de liquide, et je compte bien un jour lui enlever le reste. Tels sont les points particuliers sur lesquels je voulais attirer votre attention aujourd'hui.—*Praticien.*

Traitement de la migraine.— Il y a seulement quelques années qu'on a considéré l'estomac comme étant l'origine fréquente de cette névrose. Encore aujourd'hui, beaucoup de médecins considèrent les troubles gastriques comme un effet et non comme une cause.

Le Dr H. HUGHES, professeur des maladies du système nerveux au Collège médical de Saint-Louis, a publié sur ce sujet une série de leçons destinées à montrer la véritable nature de la maladie. D'après lui, la migraine serait tout simplement la protestation du cerveau surmené; il y aurait disproportion entre la dépense et la réparation. Elle peut sans doute être produite par d'autres causes, mais la tendance congénitale à l'affaiblissement lorsqu'il existe un travail exagéré du côté des nerfs vaso-moteurs du cerveau et la production d'un effort sont les deux facteurs essentiels pour qu'une attaque de migraine se produise. Les influences sympathiques d'une attaque s'étendent jusqu'à l'estomac; il y a souvent des nausées et des vomissements et parfois de la diarrhée. Les nausées tiennent aux accidents céphaliques. Parfois les vomissements se prolongent et la migraine cesse avant eux. Dans le traitement de la migraine, le médecin veillera surtout à ce que le malade garde un repos absolu dans l'obscurité; des lotions fraîches de la tête sont utiles. L'hyperesthésie aurale indique qu'il faut, autant que possible, tenir le malade loin du bruit. Durant l'attaque, les bromures sont toujours utiles quand l'estomac peut les supporter. Il est bon, pour faciliter leur administration, de les donner avec la menthe poivrée et un peu de créosote. Ce sont d'excellents médicaments contre le malaise et l'agitation qui accompagnent l'attaque. M. Hughes ne parle pas de l'huile éthérée de menthe à l'extérieur; elle répond cependant bien à une partie des indications qu'il formule.—*Therapeutic Gazette.*

Du chlorure de méthyle contre l'élément douleur dans des affections diverses.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. TENNESON apporte le résumé de 37 observations relatives à l'emploi du traitement de M. Debove contre l'élément douleur dans des affections diverses qui se décomposent ainsi :

Névralgie sciatique.....	10
Rhumatisme musculaire.....	11
Rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, localisé.....	5
Rhumatisme articulaire chronique.....	2
Contusion articulaire.....	1
Douleurs ostéo-périostiques des tuberculeux.....	1
Points de côté de la tuberculose pulmonaire.....	3
Points de côté de la pleurésie purulente.....	1
Points de côté de la pneumonie lobaire.....	3
Total.....	37

Sur les 10 cas de sciatique, 7 fois la guérison de la douleur fut immédiate et complète. La maladie datait de huit jours à trois mois. Dans un de ces cas il y eut récurrence, à Vincennes; une nouvelle application du jet enleva aussitôt les douleurs comme la première fois.

Chez un huitième malade, dont le travail était empêché depuis deux ans et demi, qui avait suivi plusieurs traitements et dépensé, dit-il, deux cents francs en frictions diverses, la guérison de la douleur fut immédiate et complète dans toute la hauteur du membre, excepté son talon, où l'épaisseur de l'épiderme exigea plusieurs emplois du siphon.

Dans deux cas, résultat imparfait; il fallut plusieurs applications du jet qui produisirent chacune un soulagement notable.

Les 11 cas de rhumatisme musculaire occupaient des régions diverses, plusieurs étaient très douloureux; neuf fois la guérison des douleurs fut immédiate et complète; chez deux malades, il fallut deux applications de jet.

Dans 5 cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu localisé, la guérison des douleurs fut immédiate et complète, les mouvements restant limités bien entendu par l'épanchement synovial et l'œdème inflammatoire périarticulaire. Chez une femme portant aux deux mains et à un haut degré les déformations du rhumatisme noueux, qui souffrait depuis huit ans et dont les douleurs étaient vives depuis trois mois, la disparition des douleurs fut immédiate; cette femme ne souffre plus quant à présent, mais reste infirme.

Un homme jeune encore, atteint de rhumatisme chronique du genou gauche, ne peut plus travailler depuis un an et demi; les douleurs sont devenues tellement vives que la pression du genou contre le matelas ne peut être supportée; l'articulation est déformée. Après une application du jet, la guérison des douleurs est immédiate et complète; le malade peut marcher de suite et sans souffrances, et depuis plus de trois semaines, il n'y a pas eu de récurrence.

Un homme qui avait fait une chute d'un lieu élevé avait le genou et surtout l'épaule droite fortement contusionnés; après une application du jet, la guérison fut immédiate et complète: le malade put de suite marcher et exécuter sans douleur avec le bras les mouvements de circumduction les plus étendus.

Chez un tuberculeux de M. Tenneson, des douleurs vives, de nature probablement ostéo-périostique, occupaient le sacrum et rendaient le décubitus dorsal impossible. Après une application du jet, la disparition des douleurs fut immédiate et complète; elles ne se sont pas reproduites jusqu'à la mort du malade, qui survint quelques semaines plus tard.

M. Tenneson a attaqué enfin 7 points de côté avec le chlorure de méthyle, trois dans la tuberculose pulmonaire, un dans la pleurésie purulente, trois dans la pneumonie aiguë lobaire, franche. Dans tous les cas, la guérison du point de côté fut immédiate et complète. Deux fois le point de côté se reproduisit quelques jours après et fut enlevé aussi aisément. Produire une réfrigération de 23 degrés sur la poitrine d'un pneumonique pourra sembler audacieux; pourtant les trois pneumonies ont guéri dans le temps voulu, sans incident et sans traitement.

M. Tenneson dit quelques mots des accidents imputables à la médication si brillamment inaugurée par M. Debove.

Au début de ses essais, il a produit plusieurs fois la vésication et l'escharification superficielle du derme. Pour éviter ces accidents, il ne faut pas prolonger l'action du jet plus de cinq ou six secondes; il faut aussi avoir soin de ne pas diriger le premier jet perpendiculairement à la peau. Ce premier jet perpendiculaire produit une dépression cupiliforme dans la peau blanchie et congelée; c'est là surtout que se développe la phlyctène ou l'eschare.

Chez quelques malades, M. Tenneson a vu une hyperesthésie très vive de la peau persister pendant plusieurs jours.

Dans tous les cas, l'érythème dure plusieurs semaines; il est important d'être prévenu du fait pour certaines régions, chez certains sujets.

Un certain degré de pigmentation de la peau peut aussi succéder à l'action du chlorure de méthyle.—Praticien.

Traitement de l'anorexie des hystériques ; par M. le professeur CHARCOT.—Il ne sera pas question des agents physiques, le traitement psychique étant de beaucoup plus important. C'est dire que le médecin a besoin d'une grande autorité sur l'esprit de ses malades, et qu'il doit imposer l'obéissance quand il n'a pas réussi par la persuasion. Dans ce dernier cas, l'isolement est le plus souvent une mesure nécessaire, et il faut commencer par les éloigner de leur famille et surtout de la mère.

L'exemple suivant est très instructif à cet égard. Une jeune fille de quatorze ans, refusant de manger, M. Charcot prescrivit l'isolement.

On l'emmena bien à Paris, mais le conseil ne fut suivi qu'en partie, la mère ne comprenant pas qu'un médecin pût lui ordonner de quitter son enfant malade.

Celle-ci continua de refuser toute nourriture, et en face du danger imminent qu'elle courait, on vint prier M. Charcot d'intervenir.

Il trouva une fille arrivée au dernier degré d'émaciation, dans un état squelettique, la peau froide, les muqueuses violacées, la tête affaissée sur la poitrine. Ayant fini par obtenir des parents qu'ils s'en iraient, ou du moins qu'ils le feraient croire à leur fille, il déclara à celle-ci qu'il fallait obéir.

Ce jour-là même, elle commença à manger un biscuit trempé dans du vin, et qu'elle demanda elle-même. Au bout de trois semaines, alors qu'elle ne pouvait encore se lever ni soutenir sa tête, on commença l'hydrothérapie. Après deux mois, elle était sur pied, et après trois mois elle s'en allait guérie.

M. Charcot lui fit avouer le motif de son obstination. " Je savais, dit-elle, que vous aviez ordonné de m'envoyer seule à Paris. En voyant que mes parents n'en faisaient rien, j'ai pensé qu'il n'y avait aucun danger et qu'on cherchait seulement à m'effrayer. Mais quand je les ai vus s'éloigner, j'ai compris que mon état pouvait être grave, puis qu'ils obéissaient au médecin, et je me suis alors efforcée de manger."

Ces malades n'ont pas faim, la nourriture leur répugne. Il y a d'abord chez eux résistance à la dénutrition, puis amaigrissement extrême. A une période d'excitation, pendant laquelle ils vont et viennent fiévreusement, succède une période de torpeur. Ils n'ont plus alors la force de rester debout, ni même de soutenir leur tête qui tombe de côté et d'autre. Le corps devient froid, cyanosé, et cet état se termine par la mort, comme M. Charcot l'a vu quatre fois, si on n'intervient pas énergiquement.—*Journal de la Santé publique.*

Du traitement rationnel de l'affection furoncleuse. (1) — Nous devons examiner le cas où le furoncle se présente à l'état isolé, et celui où il se développe à l'état d'éruption, c'est-à-dire la furunculose. Tout d'abord si nous devons chercher à faire avorter le furoncle, nous devons avec tout autant d'attention ne pas favoriser le développement de nouveaux furoncles. On pensait autrefois et bien des personnes pensent encore que les cataplasmes sont d'excellents topiques, soit pour faire avorter le furoncle, soit pour hâter sa maturation. Mais les cataplasmes n'ont jamais été capables d'arrêter la marche des furoncles ; et si, surtout lorsqu'ils sont chauds, ils les font arriver plus vite au terme ultime de leur développement, il faut bien savoir, comme nous l'avons déjà

(1) Suite et fin.— Voir la livraison de juin.

fait observer, qu'ils sont le plus souvent les propagateurs des parasites et qu'ils favorisent le développement de nouveaux furoncles. Les émoullients locaux devront donc être rejetés. "La chaleur et l'humidité qu'ils apportent, dit avec raison Lœwenberg, ne sauraient servir qu'à activer le développement des parasites. Les substances organiques qu'ils renferment leur fournissent un aliment de plus." Il serait surtout nuisible d'appliquer des cataplasmes lorsque les furoncles sont ouverts ou qu'ils sont sur le point de s'ouvrir, car les parasites mêlés au pus se répandraient beaucoup plus facilement sur la peau.

Les bains simples ou émoullients pourraient paraître bons en ce sens qu'ils calment la douleur; mais ils ne la calment que pendant l'immersion; en outre ils ont le même inconvénient que les cataplasmes, lorsque les furoncles sont ouverts, parce qu'ils répandent le pus et les parasites sur la peau.

Si nous avons particulièrement insisté sur les cataplasmes et les bains, c'est dans le but de détourner les médecins de leur emploi. Nous ne ferons guère que signaler les autres moyens employés et qui ne paraissent guère efficaces, pour arriver à ceux qui doivent être employés de préférence.

La compression doit être rejetée, car en l'employant c'est renfermer le loup dans la bergerie. La saignée générale ne peut agir contre une affection parasitaire localisée à la peau. Il est facile de comprendre qu'elle n'agirait pas plus dans le cas de furoncle que dans le cas de teigne ou de gale. La saignée locale, ou l'incision prématurée serait efficace, si l'on était sûr par ce moyen de donner issue à tous les parasites; de plus, elle constitue une plaie et, raison majeure, n'avons-nous pas dit que nous devons chercher à éviter l'incision. Or ce serait un bizarre moyen d'éviter l'incision que celui de la pratiquer.

Les vésicatoires produiraient certainement une résolution utile, mais ils sont douloureux. Le diachylon, les emplâtres et les pommades, s'ils calment un peu la douleur à cause des substances qu'ils contiennent, ne peuvent être considérés comme des abortifs. Il en est de même des moyens réfrigérants.

Arrivons de suite aux médicaments parasitocides qui doivent être seuls considérés comme de vrais abortifs; mais cherchons parmi ceux-ci quels sont ceux qui occasionnent le moins de douleur.

Startin employait le nitrate acide de mercure qu'il appliquait sur le furoncle ou l'anthrax dans une étendue en rapport avec ces deux tumeurs, et il en aurait toujours recueilli de bons résultats. Le nitrate acide de mercure agit d'abord par vésication, puis il pénètre les tissus par endosmose et finit par les détruire. Peter Eade substitua l'acide phénique au médicament précédent. Il emploie une solution très concentrée qu'il applique, après avoir entamé la peau avec un caustique, pour faciliter son action. Ces deux moyens sont certainement rationnels, mais ils ont l'inconvénient d'être par trop douloureux. Il en est de même de la potasse caustique.

La teinture d'arnica a été employée avec succès; mais il est à croire que ce qu'il y avait de plus actif dans ce moyen, c'était assurément l'alcool. Cette réflexion nous servira de transition pour arriver aux moyens que M. Gingeot semble préférer, nous voulons parler de l'alcool camphré et de la teinture d'iode.

L'alcool est en effet un des meilleurs topiques à employer contre

les éruptions furonculieuses. Le camphre étant aussi un parasiticide pourra être associé à l'alcool. Différentes méthodes d'application ont été proposées; nous croyons qu'il est inutile d'y insister. Il suffit en effet de l'appliquer, que ce soit d'une façon ou d'une autre. Le plus simple serait de mettre sur le clou une petite plaque d'ouate que l'on collerait sur la circonférence de celui-ci, au niveau de la peau saine, et de l'imbiber plusieurs fois par jour avec de l'alcool camphré et de recouvrir ensuite avec un taffetas gommé pour éviter l'évaporation. Il paraît que lorsque ce traitement est appliqué dès le début, la guérison sans production de pus est la règle; mais si le mal est plus avancé, l'effet abortif est moins manifeste.

La teinture d'iode est d'une application beaucoup plus simple et paraît beaucoup mieux réussir. Il faut badigeonner la tumeur furonculaire et laisser sécher. Un seul badigeonnage suffit à faire avorter les clous même avancés et à les juguler encore plus sûrement que l'alcool camphré. Il sera bon néanmoins de faire plusieurs badigeonnages par jour et plusieurs jours de suite. On comprend tout l'avantage qu'on peut retirer de l'emploi de la teinture d'iode à cause de son application si simple. Mais si la teinture d'iode est un excellent moyen pour faire avorter les clous, il faut bien dire qu'on ne peut l'employer sans inconvénient dans tous les points du corps. Par exemple on ne pourra pas l'appliquer sur le bord des paupières, dans le cas d'orgeolets, dans le nez et les oreilles, dans le cas de furoncles de ces régions; quel médicament faudra-t-il donc employer? Lœwenberg a recommandé de se servir dans ces cas d'une solution concentrée d'acide borique (on l'emploie tiède, pour qu'elle tienne plus d'acide borique en solution) et de laver les régions atteintes de furoncles avec cette solution saturée.

Tels sont les moyens à employer pour faire avorter les furoncles naissants, les furoncles isolés. Quels sont ceux qu'il faudra employer contre la furonculose?

Ici encore il faudra s'inspirer de la nature parasitaire de l'affection. Il faudra chercher à détruire les parasites et les empêcher de se propager, d'envahir la surface de la peau. Il est certain qu'en agissant sur des furoncles isolés, on agit du même coup sur la furonculose. Mais il est souvent bien difficile d'empêcher le développement de nouveaux furoncles.

On devra, d'une part, pour arriver à ce but, agir en grand sur la peau, c'est-à-dire agir sur toute la surface du corps. On prescrira alors des ablutions avec la solution boriquée. Ou bien, comme Kaposi le recommande, on prescrira des bains d'alun et de soude (1 kilogramme par bain) ou encore des bains de sublimé (10 grammes.) Ces substances agissent comme parasitocides. Dans le même but, M. Gingcot recommande les bains sulfureux.

Mais, d'après cet auteur, si ces moyens extrêmes sont excellents, ils sont insuffisants. En effet, l'eau ne peut pénétrer dans l'intérieur des follicules, la paroi de ces follicules étant grasse. Aussi pense-t-il que la médication interne sera utile aussi. Il s'agira alors de faire prendre aux malades des substances qui, s'éliminant par les glandes cutanées, viendront agir de cette façon sur les parasites qu'elles contiennent et les détruire. Les médicaments qu'il sera bon d'employer sont l'hyposulfite de soude et les eaux sulfureuses; mais ce sont les préparations sulfureuses artificielles qu'il sera préférable d'employer.—
Revue médicale.

De l'albuminurie diphthéritique et scarlatineuse.—On sait que l'albuminurie est une complication très fréquente de la diphthérie et de la scarlatine, et qu'elle est aussi fréquente, probablement même plus, dans la première que dans la dernière de ces maladies. Il en est peu, cependant, qui se demandent s'il y a quelque différence dans les conditions immédiates qui, dans les deux cas, sont le point de départ de cette albuminurie. Il est généralement compris que dans la scarlatine, l'albuminurie est le résultat d'une néphrite, et nous croyons que la plupart des médecins assignent la même cause à l'albuminurie diphthéritique. Cependant, il n'est pas nécessaire d'examiner les faits bien attentivement pour se convaincre qu'il y a d'importantes différences entre la manière d'être de ces deux albuminuries. On sait, par exemple, qu'il est bien rare de rencontrer de l'urémie ou de l'hydropisie (d'origine rénale) dans la diphthérie.

Au cours de quelques remarques faites devant la *Société médicale de Berlin*, SENATOR a attiré l'attention sur ces différences. Suivant lui, l'albuminurie de la diphthérie est de nature congestive, non associée à des phénomènes inflammatoires du côté du rein, à moins cependant que la congestion ne persiste pendant très longtemps, et alors nous avons en outre ce que l'on appelle de la néphrite congestive ou induration cyanotique. Cette congestion peut se produire de deux manières; d'abord par suite de la propagation du processus diphthéritique au larynx, ce qui a pour effet d'amener une hypérémie passive générale dont les reins prennent amplement leur part; ou bien, dans les dernières phases de la maladie, par suite de la paralysie du nerf vague et l'asthénie cardiaque. Cette congestion est souvent associée à l'œdème des extrémités inférieures, lequel est également favorisé par l'anémie qui se montre à cette période. Il est rare que, dans la scarlatine, l'albuminurie soit produite par de semblables causes.

Une autre forme, associée à la diphthérie, peut être appelée infectieuse albuminurie fébrile. Elle se montre fréquemment, au début de la maladie, ou quand le mal de gorge est le plus intense, et ne s'accompagne d'aucun autre symptôme de néphrite, tel que la présence de sang, de leucocytes ou d'épithélium dans l'urine. Quelquefois, à la vérité, on trouve des cylindres hyalins, mais ils n'indiquent pas nécessairement l'existence d'une inflammation. Cette albuminurie peut être comparée à celle qui accompagne la période d'acmé des autres processus fébriles, disparaissant avec le déclin de la fièvre. Après la mort, on ne retrouve pas de lésions dans le rein, ou s'il y en a, elles se bornent à une infiltration trouble de l'épithélium, comme on en voit souvent dans l'albuminurie.

Il y a encore une troisième forme d'albuminurie diphthéritique, qui n'est ni congestive, ni infectieuse-fébrile, mais qui est due à une légère néphrite différant des cas ordinaires de néphrite scarlatineuse en ce que les altérations pathologiques sont légères ainsi que les symptômes. Dans cette forme de néphrite les lésions interstitielles et vasculaires, de même que celles des capsules de Malpighi sont beaucoup moins prononcées que dans la néphrite scarlatineuse, et, bien qu'à la vérité la néphrite puisse être parfois plus intense et se présenter avec des symptômes plus marqués, il faut cependant admettre que c'est rare.

Dans ses remarques au sujet de la communication de Senator, M. le

prof. HENCOCK a fait observer que, suivant lui, l'albuminurie diphthéritique que Senator rapporte à la congestion asphyxique est la forme la plus rare, et que les cas où l'albuminurie se montre ne sont souvent accompagnés d'aucun degré de fièvre grave. Il prétend que l'albuminurie diphthéritique est presque toujours le résultat de l'infection et doit être réunie au groupe des néphrites infectieuses, et cela, en dépit du fait que Weigart et Furbringer n'ont pas encore réussi dans ces cas à découvrir de bactéries dans le rein.—*Physician and Surgeon.*

Les lavements chauds à l'acide tannique dans le choléra.—Cette méthode a été préconisée par le professeur ARNALDO CANTANI (de Naples). Son but est de changer en réaction acide la réaction alcaline du contenu de l'intestin; d'après lui, l'acidité s'opposerait à la prolifération du bacille en virgule. L'auteur a expérimenté avec l'acide chlorhydrique et l'acide tannique. Il a eu de bons résultats avec le tannin dans les cas de catarrhe intestinal aigu et chronique, dans les ulcérations et la dysenterie infectieuse. Il administre donc son médicament dans les cas de diarrhée prémonitoire et de choléra confirmé. Il a obtenu une centaine de succès pendant l'épidémie de Naples. Selon lui, la pratique générale de sa méthode au début de la diarrhée cholériforme aux époques d'épidémie arrêterait, dans la grande majorité des cas, le développement d'une attaque grave. Voici la formule qu'il emploie :

Eau chaude.....	2000 grammes
Acide tannique ..	5 à 10 grammes.
Gomme arabique.....	50 grammes.
Laudarum.....	30 à 40 gouttes.

Ce lavement est donné à l'aide d'un irrigateur puissant, placé à la hauteur de 3 ou 4 mètres. Au lieu d'eau bouillante, on peut employer une infusion de camomille. Un seul lavement à la température de 38° C. arrête la diarrhée. Si les selles cholériques existent déjà; elles s'arrêtent ordinairement au bout de huit à douze heures, 4 à 5 lavements produisent, dans les cas graves, une amélioration extrêmement marquée.

L'excrétion urinaire revient, le sang est moins épais, le stade fébrile se développe sans symptômes typhoïdes, il n'y a pas d'algidité. L'auteur pense que les quantités astringentes du liquide injecté combattent efficacement la paralysie des vasomoteurs intestinaux. Les selles prennent une réaction acide après les lavements; c'est là un fait d'une grande importance. Le médicament agit par suite de son action sur les bacilles. Il est facile de le démontrer par les cultures sous l'influence du tannin; les microbes ne sont pas tués, mais leur prolifération est arrêtée, et ils perdent leurs mouvements pendant vingt-quatre à trente-six heures.—*Paris médical.*

Lotions au sulfure de potasse, par Pierre VIGIER.—Le sulfure de potasse est un médicament précieux, mais il a le grave inconvénient de sentir mauvais. Cette odeur de *Barèges* ou d'œufs pourris est insupportable à bien des gens. Le moyen le plus certain de l'atténuer et même de la rendre agréable, c'est d'ajouter autant de teinture de benjoin qu'il y a de sulfure employé. Ainsi une solution composée de 1 gramme de sulfure de potasse, 1 gramme de teinture de benjoin pour 100 grammes d'eau distillée dégage un parfum se rapprochant beaucoup de la fleur d'acacia.—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'Uréthrotomie.—Clinique de M. le Dr TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Un conseil d'abord : quand il s'agit de sonder un homme qui urine mal ou qui croit avoir un rétrécissement, il faut employer une sonde de calibre ordinaire pour la première exploration. La cystite du col de la vessie peut être, en effet, une cause d'erreur, les symptômes étant à peu près identiques à ceux du rétrécissement. Il est arrivé ici qu'une grosse sonde entraînât toute seule chez des malades qu'on se disposait à opérer.

Pour que les accidents du rétrécissement se produisent, il n'est pas non plus nécessaire que le canal soit à peu près complètement oblitéré. Les abcès et les fistules peuvent se montrer alors qu'un instrument de deux millimètres passe encore. Il ne faut pas croire que les accidents soient en rapport avec le degré du rétrécissement.

Messieurs, parmi les procédés dirigés contre le rétrécissement je ne vous parlerai ni de la divulsion qui consiste dans l'emploi d'un instrument qui dilate et déchire les parois du canal sans les inciser, ni du cathétérisme forcé qui avait précédé la divulsion et que Mayor, son auteur, pratiquait avec des bougies d'étain ; il les introduisait avec une force qu'il compare à celle qu'un ouvrier déploie pour enfoncer un poinçon dans du caïr trop dur.

L'uréthrotomie externe se pratique dans les cas où l'on ne peut introduire aucune bougie et où il existe des fistules. Faite sans conducteur elle est de date ancienne, elle vient des Arabes et peut être de plus loin.

L'uréthrotomie avec conducteur est due à Syme, d'Edimbourg, en 1844 ; elle fut acceptée par Thompson et beaucoup de chirurgiens anglais. Elle trouve son indication dans les cas de rétraction fibreuse considérable, où il faudrait de grandes incisions comme Reybard les faisait, incisions qui exposent à l'infiltration d'urine ; dans ces cas, l'uréthrotomie interne ne réussirait pas.

Il semblerait, messieurs, que cette dernière opération soit de date récente, au dire de beaucoup d'auteurs, il n'en est rien.

Du temps d'Ambroise Paré, on s'imaginait que le rétrécissement était dû à la saillie du canal, à des carnosités, comme on les appelait, tandis qu'en réalité ce sont des dépôts plastiques situés à la face profonde de la muqueuse, dans l'épaisseur des parois du canal. A. Paré se servait donc d'une lime pour détruire ces saillies. Un chirurgien, Turquet de Mayern, guérit ainsi Henri IV d'une rétention d'urine, mais la Faculté défendit à tous les médecins de se trouver en consultation avec ce chirurgien, qui fut obligé de se retirer en Angleterre.

Maisonneuve inventa pour cette opération un instrument ingénieux. Il consiste en une lame coupant en avant et en arrière et mousse à son sommet. Cette lame qui est introduite sur un conducteur déplisse les parties non coarctées et ne coupe que les tissus rétrécis.

Voici, messieurs, au sujet du rétrécissement, quatre points dont j'ai fait la règle de ma pratique et que je vous engage à retenir.

1. Toutes les fois qu'un canal ne reçoit pas aisément une sonde de 7 millimètres de diamètre, il doit être considéré comme rétréci.

2. Un canal rétréci exposant le malade à des accidents sérieux, doit être ramené le plus tôt possible à son état normal.

3. La méthode rationnelle de traitement du rétrécissement de l'urètre est la dilatation progressive avec des bougies.

4. Si le canal refuse de se laisser dilater par les bougies, soit qu'il se produise des accès de fièvre après chaque séance, soit que le rétrécissement soit trop serré, on doit en faire l'incision.

Les soins préliminaires sont importants; au début il mourait un opéré sur quatre; aujourd'hui, il n'en meurt plus. Il faut que l'urine soit acide et normale, elle ne cause pas alors d'accidents en passant sur les plaies. On fera prendre un purgatif, un grand bain et du sulfate de quinine.

Cette opération, pour laquelle je refuse d'endormir, se pratique de la façon suivante. Une bougie flexible est introduite dans le canal, à son extrémité on visse le conducteur. On fait glisser la lame de l'uréthrotome dans la canule du conducteur, on la pousse jusque dans la vessie, puis on la retire.

Il est nécessaire d'avoir deux lames, une petite et une grande, une seule lame pouvant se fausser; on les introduit successivement, la petite d'abord.

Enfin on retire le conducteur pour en visser un autre sur lequel une sonde à bout coupé est introduite; cette sonde est fixée à demeure et laissée 24 heures en place.

Quand le malade a été laissé en repos pendant une quinzaine de jours on lui passe des bougies de Béniqué de plus en plus grosses pendant quelque temps. On aura soin de recommencer chaque année une ou deux fois pour maintenir la dilatation obtenue.

L'homme que nous allons opérer a 40 ans, il a eu sa première chaudière à 17 ans, la seconde à 21 ans. Il lui est toujours resté un léger suintement.

Après dix-huit années il est survenu des troubles de la miction et un abcès urinaire du périnée. En 1880, nouvel abcès urinaire.

Le rétrécissement siège à 12 centimètres du méat à l'extrémité de la portion spongieuse, comme c'est la règle. Le malade urine bien, mais cependant il faut agir. Les reins et la vessie sont sains, il n'y a aucune douleur, mais si on le laissait dans cet état les accidents reparaitraient et dans quelques années se montreraient les douleurs, la néphrite et les complications habituelles.

La bougie est introduite assez facilement, mais le conducteur, trop serré, ne peut passer. M. Tillaux préfère dilater le canal pendant quelques jours et remet l'opération à une autre fois.—*Journal de la Santé publique.*

Traitement de l'épistaxis.—De nombreux moyens ont été préconisés pour arrêter l'épistaxis; un des plus simples, et qui a l'avantage d'être facilement applicable dans les affections fébriles comme la fièvre typhoïde, où ce symptôme revêt souvent une véritable gravité, consiste à introduire dans les narines, jusqu'à un niveau assez élevé, un fragment d'éponge fine taillé de manière à y pénétrer assez facilement et imbibé préalablement de jus de citron ou d'eau vinaigrée. Le malade est ensuite couché sur le ventre, et maintenu ainsi dans la position horizontale. Par suite de cette position, le sang ne s'écoulant plus par le pharynx se transforme en un caillot assez consistant, transformation favorisée d'ailleurs par le contact de l'éponge, et l'hémor-

rhagie s'arrête assez rapidement; ce procédé, que nous avons vu souvent employé dans le service de M. Siredey, surtout dans les cas de fièvre typhoïde, dispense presque toujours de recourir au tamponnement postérieur, opération toujours délicate et très pénible pour le malade.—*Moniteur thérapeutique.*

De la circoncision et de la dilatation du prépuce; par M. le Dr DE SAINT-GERMAIN.—En dépit de son étymologie, le mot de circoncision s'applique le plus souvent à l'incision dorsale du prépuce chez l'homme, et chez les femmes à l'excision des petites lèvres.

Elle a pour but de remédier au phimosis, qu'il soit produit par un défaut d'étoffe dans les verges conformées comme celle de l'Hercule Farnèse, ou, au contraire, par un excès comme dans celle de l'Apollon Pythien. Le phimosis, en accumulant les sécrétions sébacées, peut être cause de démangeaisons et celles-ci amener des pratiques vicieuses; de plus, il expose au paraphimosis, que celui-ci survienne dans une simple érection ou sous l'influence du coït. Quelques-uns croient que cette conformation pourrait être aussi un obstacle à la fécondation. Ainsi Louis XVI, qui était atteint de phimosis, n'eut d'enfants qu'après avoir été opéré par Louis, mais cette opinion est bien peu probable, car il n'est aucunement nécessaire que le sperme soit projeté ou porté sur le col, le spermatozoïde étant essentiellement migrateur.

Un autre inconvénient du phimosis, c'est qu'il exposerait à la vérole et au chancre mou. Cela est incontestable, au moins pour cette dernière affection, dont l'inoculation se fait sans doute au niveau de quelque érosion de la muqueuse.

Les contre-indications à la circoncision seraient seulement l'hémophilie, la proximité d'un foyer de diphthérie et la chancrelle.

Procédé juif: Elle se pratique le 8e jour. "L'opérateur" malaxe la verge de manière à l'amener à une demi-érection; il tire alors le prépuce et le coupe carrément; mais il arrive souvent qu'il en coupe trop, qu'il emporte même un morceau du gland et qu'après la cicatrisation, l'extrémité de la verge soit taillée en flageolet. Quand il a coupé, il insinue les ongles de ses pouces qu'il laisse croître à cet effet et retourne le prépuce. Autrefois, il appliquait alors sa bouche sur le gland qu'il suçait énergiquement; cette pratique est à présent supprimée. Sur la plaie, il répand une poudre hémostatique, puis il engage le gland dans une compresse trouée qu'il fixe avec des bandelettes.

Procédé mahométan: Il se pratique à l'époque de la puberté et le soin en est confié aux barbiers. On introduit le prépuce dans un disque de bois percé d'un trou au centre; on tire sur lui à l'aide d'une ficelle et l'on tranche comme à la guillotine tout ce qui a passé dans le trou, le gland avec quelquefois.

Procédé des chirurgiens: Ricord introduisait sous la partie dorsale du prépuce un bistouri dont la pointe était protégée par une boulette de cire; quand cette pointe était parvenue dans le cul-de-sac, il enfonçait brusquement le bistouri et le ramenait sur lui en coupant ainsi le prépuce. On a fait de la sorte deux lambeaux qui pendent comme des oreilles de chien et donnent à l'ensemble, surtout au bout de quelques jours, un aspect des plus désagréables et des plus inquiétants pour le malade; mais il faut rassurer celui-ci, car après quelque temps tout s'arrange et le résultat est satisfaisant. C'est donc une bonne opération.

Hue, de Rouen, a employé la ligature élastique ; ici comme toujours elle est très douloureuse.

Voici, à présent, le procédé de M. de St-Germain : L'enfant est chloroformé à fond. On saisit la muqueuse avec deux pinces à verrou en arrière desquelles on passe une forte ficelle. Par dessus la peau, on refoule le gland pour s'assurer qu'il n'est pas pris et alors on abat tout ce qui a été saisi par la ficelle et on fait ensuite, avec des ciseaux, l'incision dorsale. Enfin, on décortique le gland en détruisant les adhérences qui peuvent exister.

Quand on craint l'hémophilie, il faut appliquer de petites serres-fines qu'on ne laisse pas plus de douze heures en place. Quand le prépuce est épaissi et charnu, il faut le sculpter en ne touchant pas au frein à cause des hémorrhagies. Le pansement consiste en une compresse trouée et des bandelettes, le tout maintenu par un ligament suspenseur qui relève la verge.

La circoncision n'est pas toujours une opération inoffensive ; elle peut être compliquée d'hémorrhagie, de diphthérie, de phlegmon, accidents qui ont plusieurs fois causé la mort ; c'est ce qui a décidé M. de St-Germain à la remplacer par la dilatation du prépuce.

Sorel l'avait déjà pratiquée avec un dilateur à trois branches, M. de Saint-Germain après lui, mais les résultats n'étaient pas favorables. Cependant ce dernier qui l'avait abandonnée la reprit, après s'être assuré sur des doigts de gants que les effets d'une dilatation brusque, comme cela s'était fait jusq' alors, et d'une dilatation lente étaient fort différents.

Le procédé est le suivant : On se sert d'un dilateur à deux branches. Après avoir introduit l'instrument, on devra s'assurer qu'il n'est pas dans l'urèthre en cherchant les extrémités des branches sous les doigts. Quand celles-ci sont parvenues à la base du gland, on les écarte progressivement et on les fait sortir en même temps. On rompra les adhérences à l'aide de la sonde cannelée et après avoir graissé le gland on le recouvrira, ce qui se fait non pas en tirant sur le prépuce mais en le refoulant d'arrière en avant.—*Journal de la Santé publique.*

Traitement de la gonorrhée, de la leucorrhée et du bubon puré par le permanganate de potasse.—Dans la gonorrhée, la leucorrhée et les bubons purifiés, dit BARTHOLOW, une forte solution de permanganate, de cinq à dix grains à l'once, est très efficace, spécialement dans la gonorrhée. Quand la maladie est encore près de son début, la solution ne doit pas dépasser deux grains à l'once ; mais plus l'affection est chronique, plus forte doit être l'injection, sans cependant dépasser des limites raisonnables. Dans le cas de bubon purifié, le contenu du sac devra être enlevé au moyen de l'aspirateur ou autrement, et la cavité remplie avec une forte solution du remède.

Les expériences de Lacerda au sujet du poison des serpents rendent presque certain le fait que le virus de la syphilis peut aussi, au début du chancre, être neutralisé par le permanganate de potasse. Dans toutes les lésions syphilitiques caractérisées par de l'ulcération fétide ou gangréneuse, dans le phagédène gangréneux, par exemple, il mérite d'être plus employé qu'il ne l'a été jusqu'à présent. On l'appliquera sous forme de poudre fine, à la surface des ulcères, ou on l'introduira dans les sinuosités des plaies. De même on peut l'employer dans le

lupus et l'épithélioma, et il n'y a pas de doute qu'il rendra de plus grands services que le chlorate de potasse que l'on a dernièrement beaucoup vanté dans ces cas.—*Medical and Surgical Reporter*.

Ozène, nature et traitement.—Tel est le sujet d'une communication du Dr LÆWENBERG, au Congrès international d'otologie, de Bâle, en septembre dernier. M. le Dr Schiffers lit à la *Société médico-chirurgicale de Liège*, l'analyse suivante de cet intéressant travail :

Comme le dit le docteur Læwenberg, l'ozène qui a été l'occasion de nombreux travaux, constitue encore actuellement une affection dont la pathogénie est absolument obscure et la thérapeutique souvent des plus décourageantes.

Dans ce travail, notre collègue a cherché, en utilisant la rhinoscopie antérieure et postérieure ainsi que les études parasitologiques, à élucider la question de la nature intime de cette maladie et à en tirer des conclusions pratiques au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous tâcherons de faire ressortir ici les principaux points de cette communication.

Il est très important avant tout de bien être fixé sur les termes et de savoir ce que l'on doit entendre par *ozène vrai* ou simple. Faute de tenir compte de cette distinction, la question a souvent été mal interprétée ; il y a eu des divergences, autrement inexplicables, sous le rapport du pronostic et du traitement préconisé par différents auteurs, toujours avec succès, quoique les modes d'action fussent variables.

Il faut entendre par *ozène vrai*, une affection où l'on constate un amincissement extrême de la pituitaire avec atrophie des cornets, surtout du cornet inférieur, et un élargissement considérable des fosses nasales. Outre ces lésions anatomiques absolument nettes, il y a du fœtor et une perte plus ou moins notable de l'odorat.

Dans 15 cas sur 16, M Læwenberg a constaté que le mucus nasal avait une réaction alcaline. Il a découvert, toujours en nombre considérable, un gros diplococcus, sensible aux couleurs d'aniline, dont il a fait des cultures, suivant la méthode de Koch ; il tient ce microbe pour spécifique de l'*ozène vrai*. Les mêmes cocci se rencontrent dans le pharynx nasal, dont la surface est toujours, dans ces cas, inégale et sèche.

Quand il n'y a pas de coccus, on ne constate pas la fétidité propre aux ozéneux ; cette dernière n'existe pas, par exemple, dans le catarrhe du nez, dans les cas de polypes muqueux et de végétations adénoïdes. Le coccus vraisemblablement est transporté d'une narine ozéneuse dans une autre saine ; pour élire domicile, il lui faut cependant rencontrer des conditions particulières.

Les diplococcus se présentent le plus souvent groupés en chaînes, plus rarement en amas. Quant à la forme, elle était tantôt plutôt sphéroïde, tantôt plutôt ellipsoïde, parfois même presque rectangulaire sur la section optique, comme s'ils étaient cylindriques, au lieu d'être amincis et arrondis aux deux extrémités.

Certains exemplaires montraient une zone transversale plus claire, d'une couleur blanchâtre ; dans ceux-ci il n'y avait pas, à la vérité, d'étranglement indiquant un commencement de division.

Ces cocci se distinguent surtout par leur grande taille (diamètre longitudinal 1.1—1.65), et se différencient du gono coccus par leur ten-

dance à former des chaînes et par leur coloration avec toutes les couleurs d'aniline, donc aussi dans le vert de méthyle, qui ne teindrait pas le gono-coccus.

Des cultures pures ont été obtenues dans la gélatine peptonisée et dans l'agar-agar. Les cocci y forment des chaînes diversement courbées; il y a par-ci par-là des individus plus volumineux dans lesquels se développent les spores.

M. Lœwenberg essaie actuellement d'inoculer le produit de ces cultures à des animaux pour leur communiquer l'ozène.

L'état général chez ces malades est ordinairement mauvais; ils sont pâles, mal nourris. Cela peut provenir de ce qu'ils respirent des gaz qui résultent de la décomposition, et aussi de ce qu'ils avalent certainement beaucoup de coccus.

Autrefois on a admis la contagiosité de l'ozène; maintenant, depuis la découverte du diplococcus, on n'a certes aucun motif de la rejeter. Mais il faut en tout cas au préalable certaines prédispositions; c'est ainsi que souvent dans une seule famille il n'y a qu'un enfant malade; les autres restent indemnes.

M. Lœwenberg conteste le rapport des maladies de l'oreille avec l'ozène; il n'a rencontré cette coïncidence que dans le $\frac{1}{20}$ des cas qu'il a eus en examen. Ce fait est d'autant plus intéressant que, par suite de l'atrophie des cornets inférieurs, la trompe est beaucoup plus directement exposée au courant d'air et que la paroi du pharynx est tapissée de cocci. Grâce à ce microbe qui tranche la question du diagnostic, il sera possible de décider si l'ozène commence ou non par un stade hypertrophique, par un catarrhe chronique du nez. Dans les cas douteux, où la fétidité est légère et où il y a peu d'élargissement des narines, la constatation du coccus est très importante.

Quant à ce qui concerne le *traitement*, il doit être strictement antiparasitaire. Tous les jours, l'antisepsie sera pratiquée sous trois formes: 1^o douche nasale, c'est-à-dire irrigation de Weber avec une solution de sublimé, (1 : 10,000—1 : 7,000 progressivement.)

2^o Bain de nez: le malade incline la tête en arrière, soutient le son de la lettre *a*; pendant ce temps, on verse lentement dans une des narines une solution de sublimé, jusqu'à ce qu'elle sorte par l'autre.

3^o Insufflation d'acide borique porphyrisé, pendant que le malade dit continuellement "*a*".

Par ce mode de traitement, le fœtor disparaît, le nombre des cocci diminue notablement, et l'état général se relève.—*Scalpel*.

Des abcès fétides.—*Société de chirurgie.*—M. NERVEU (de Paris) lit sur cette question un travail dont voici le résumé:

Les abcès fétides des membres sont très rares et se présentent dans plusieurs conditions: a) A la suite d'effractions sur les vaisseaux qui en contiennent dans certaines conditions pathologiques, et par inoculation directe du sang aux tissus, c'est l'auto inoculation; b) A la suite de pénétration dans l'intérieur des tissus de bactériens venant du dehors; à cette catégorie se rattache leur incarceration directe dans nos tissus. Cette incarceration se produit à l'aide de la membrane granuleuse.

La persistance des bactériens ou de leur descendance, dans le cas d'incarcération, ne peut être mise en doute, car on les observe au bout de quatorze ans, de dix ans.

Un trauma quelconque peut mettre à même les bactériens, ainsi incarcérés, de produire de grands désordres ; phlegmons, abcès fétides, par une véritable inoculation aux tissus périphériques.

Cette longue incarcération nous prouve que les bactériens sont les véritables agents de la fétidité qui les caractérise. Ainsi s'éclaire peu à peu leur rôle dans la production des liquides septiques.—*Abeille médicale.*

Pathogénie de la suppuration.—*Congrès français de chirurgie.*—M. SOGIN, de Bâle, rappelle que la méthode de culture des microbes sur un terrain solide, imaginée par Koch, a donné une nouvelle impulsion à l'étude des microbes pyogènes. On s'est d'abord occupé du microbe de l'ostéomyélite. Bocher, élève de Koch, dans un travail publié en 1883, crut avoir découvert le microbe spécifique de cette affection, et décrit un microbe pyogène en grappe jaune. Mais Rosenbach, de Goettingen, et Krause, de Halle, montrèrent bientôt l'existence d'un autre microbe blanc naéré dans le pus de l'ostéomyélite. De plus, ils établirent que ces deux microbes se trouvaient dans tous les phlegmons et dans tous les abcès chauds. Quelque temps après, Rosenbach découvrit un microbe plus petit disposé en chaînette, non en grappe : ce microbe est particulièrement malin. M. Socin et son assistant M. Garri ont poursuivi les études des précédents auteurs. Sur trente cas d'ostéomyélite aiguë, ils ont toujours trouvé les deux premiers microbes dans le pus ; ces microbes jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'affection. Rodet, de Lyon, a pu reproduire l'ostéomyélite chez des lapins en leur injectant dans les veines des cultures de ces micrococci, mais ces expériences n'ont pas été répétées. M. Garri, pour développer l'ostéomyélite, a toujours dû traumatiser les os avant d'injecter les microbes. Or ce ne sont pas là de bonnes conditions expérimentales, car l'ostéomyélite aiguë survient la plupart du temps sans traumatisme.

Les abcès, les furoncles, les phlegmons contiennent les mêmes parasites ; il faut en conclure que l'ostéomyélite n'a pas d'agent spécifique. M. Garri, pour démontrer l'entière justesse de cette assertion, n'a pas craint d'expérimenter sur lui-même. Il s'inocula d'abord près de l'ongle de l'annulaire gauche une petite quantité de microbes d'une culture artificielle provenant du sang d'un malade ostéomyélique. Il s'ensuivit au bout de vingt-quatre heures un abcès sous-épidermoïdal qui fit le tour de l'ongle. La réinoculation du pus de cet abcès sur la gélatine redonna des cultures du microbe jaune. Le courageux expérimentateur alla plus loin, il se fit sur le bras gauche une friction avec du pus ; il se développa une grave éruption furonculeuse, puis un volumineux anthrax. Pendant quelques jours, les symptômes furent très alarmants, et la guérison n'eut lieu qu'après l'élimination de larges lambeaux mortifiés.

Il ressort de l'ensemble de ces faits et de ces recherches que le parais, le phlegmon, le furoncle, sont dus aux mêmes microbes que l'ostéomyélite. Il paraît de plus établi que l'introduction du microbe n'a pas lieu exclusivement à travers une solution de continuité de la peau, mais qu'elle peut aussi se faire par friction.

M. VERNEUIL dit que Debove a fait connaître le premier, il y a longtemps, la gravité particulière de la suppuration jaune de l'ostéomyélite, et que le fait a été vérifié bien des fois.

M. OLLIER fait remarquer, à propos des expériences de Rodet, que les inoculations faites sous la peau n'ont jamais produit d'inflammations osseuses; les injections intra-veineuses ont au contraire produit des ostéites juxta-épiphysaires.

M. RODET a constaté l'existence du microbe au niveau de foyers inflammatoires très anciens, épiphysaires. Sous l'influence de certaines causes occasionnelles, ce microbe peut reprendre ses propriétés nocives et provoquer ainsi le réveil des accidents inflammatoires.—
Praticien.

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Des injections intra-utérines d'eau chaude dans les hémorrhagies puerpérales, par M. BUDIN, à l'hôpital de la Charité.—Le traitement des hémorrhagies puerpérales par les injections intra-utérines d'eau chaude se généralise beaucoup et est accepté par un grand nombre d'accoucheurs. C'est un fait de pratique important à connaître en lui-même et dans le *modus faciendi* à employer. M. Hervéou, qui a pu suivre les heureux résultats de cette médication dans le service de Budin, à la Charité, vient de publier un intéressant travail à ce sujet et il apporte à l'appui 16 observations.

Voici, d'après lui, la manière de pratiquer ces injections :

- 1^o Position à donner à la malade ;
- 2^o Instruments nécessaires pour pratiquer l'injection ;
- 3^o Quantité d'eau à injecter. La nature du liquide, sa température, la durée de l'injection.

La *position* à la fois la plus simple et présentant le plus de commodité est de laisser la femme dans la position horizontale, les jambes légèrement écartées, fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin. La partie supérieure du tronc devra toujours être recouverte par une couverture chaude, pour éviter toute cause de refroidissement. Le siège soulevé par un drap plié en quatre permettra de disposer d'une façon convenable un bassin pour recevoir l'eau en retour. Ce drap, une fois l'injection terminée, pourra en outre être facilement déroulé, et l'accouchée reposera ainsi sur un lit sec, en attendant qu'on la transporte dans un autre.

Cathétérisme.—Placé soit à gauche, soit à droite, selon la disposition du lit et d'après son habitude personnelle, l'opérateur introduit dans le vagin son doigt indicateur, préalablement enduit de vaseline, pénètre sans brusquerie jusqu'à l'orifice externe du col utérin, qu'il reconnaît à sa grande mollesse. Arrivé à ce point, il fait pénétrer la première phalange, la pulpe tournée en haut, puis sur son index, servant ainsi de conducteur, fait glisser avec lenteur sa sonde, qui doit en quelque sorte pénétrer d'elle-même. L'extrémité de la sonde doit dépasser le col utérin d'environ 5 à 6 centimètres et surtout ne pas heurter la paroi de l'organe. Puis l'opérateur retire en partie son index, mais le maintient dans le vagin, afin de pouvoir en écarter légèrement les parois, ce qui contribue à rendre le retour de l'eau plus facile.

Pour faire ce cathétérisme, diverses sondes ont été mises en usage.

Les plus utiles sont celles de M. Budin.

Ces sondes, soit en métal, soit en celluloïde, ont une longueur de 30

centimètres; elles présentent d'un bout à l'autre une dépression assez profonde, une coupe pratiquée perpendiculairement à la longueur représenterait la figure d'un fer à cheval.

Cette même dépression, en s'adaptant sur la pulpe des doigts et en glissant sur elle, rend cette introduction très facile et assure enfin le retour du liquide, même lorsque l'utérus se rétracte fortement sur l'instrument.

Bien que résistantes, elles jouissent d'une certaine élasticité, d'une certaine souplesse, qui leur permettent de s'adapter à la courbure des organes, ce qui facilite l'introduction de l'instrument.

Elles ont un certain état de transparence qui facilite aisément la constatation de leur état de propreté intérieure.

Elles peuvent être plongées durant un temps assez long dans les solutions antiseptiques, sans subir la moindre altération.

M. Budin a fait fabriquer des sondes de calibres différents, 5, 7, 9, 11, 13, 15 millimètres de diamètre, ce qui permet de pratiquer des injections intra-utérines, non seulement après l'accouchement et pendant les suites de couches, mais même après l'avortement survenant dans les premiers mois de la grossesse, en un mot dans tous les cas où l'orifice utérin est revenu sur lui-même et offre des dimensions peu considérables.

Le récipient contenant l'eau à injecter consiste en un vase de verre d'une capacité d'environ deux litres, présentant à la partie inférieure un orifice auquel s'adapte un tube en caoutchouc qui établit ainsi communication avec le pavillon de la sonde; un certain nombre d'accoucheurs se servent au contraire de l'irrigateur Eguisier, ou l'irrigateur d'Esmark.

Un aide, placé de l'autre côté du lit, élève le récipient. Ruher recommande de le maintenir à la hauteur de l'épaule, Munster, à 75 centimètres au-dessus des organes génitaux externes.

La quantité d'eau varie entre 1,500 à 2,500 grammes; dans la généralité des cas, cela est suffisant.

La température doit être de 45 à 50°.

La durée de l'injection ne doit guère dépasser 4 à 5 minutes. Pour qu'elle ait une réelle efficacité, le jet doit être dirigé de façon à venir frapper tous les points de la surface utérine; pour ce faire, il suffit d'imprimer à la sonde différents mouvements à gauche et à droite. Elle doit, de plus, être exécutée avec une certaine force de projection. Si l'on se sert d'un simple vase, l'aide devra s'en élever peu à peu; la pression diminuant en raison directe du niveau d'eau, la chose est facilement réalisable.

La pratique de ces injections est donc d'une exécution aisée, les parois du conduit vulvo-utérin, distendues par le passage du fœtus, devenues molles et flasques, le col utérin encore béant, laissent libre accès à la pénétration de la sonde.

Les quelques complications pathologiques qui peuvent rendre ce cathétérisme moins facile seraient soit l'infiltration des parties génitales externes (dans ce cas, le canal se trouve plus long), soit la présence d'un thrombus. Dans les deux cas, en usant de ménagements, la difficulté est facilement surmontée.

Si l'on interroge les malades sur les sensations qu'elles éprouvent durant ces injections, toutes accusent un bien-être considérable.

Pas la moindre douleur.

Ces injections exercent une action mécanique très utile. Par leur force de projection, elles lavent et détergent la paroi utérine, désagrègent les débris de membranes et les caillots qui peuvent adhérer et les entraînent dans leur trajet rétrograde.

Nature du liquide.—Ajoutons enfin que cette eau contient 0 gr. 50 cent. de bichlorure de mercure pour 1,000 d'eau, médicament antiseptique par excellence, ce qui permet de faire un traitement prophylactique contre les complications si graves qui surviennent parfois chez les femmes nouvellement accouchées. Ce point étant en dehors de notre sujet, nous ne nous y arrêterons pas. Joanny Rendu l'a du reste traité d'une façon complète dans sa thèse 1879, tome 28.

L'effet de ces injections est si considérable que dans quelques cas (si l'hémorrhagie a lieu post-partum ou le jour suivant) les lochia cruenta font totalement défaut, l'écoulement, blanchâtre et séreux dès les premiers jours, ne redevient coloré qu'après un laps de temps de vingt-quatre à trente-six heures et reprend ensuite sa coloration normale.

De nombreuses critiques ont été faites contre l'emploi des injections intra-utérines, tous ces reproches sont d'une grande exagération.

Passage du liquide injecté dans la cavité péritonéale. La réfutation à cette accusation puise son premier argument dans cette considération que la différence de volume de la sonde et du col utérin est telle que la stagnation de l'eau dans la matrice est impossible, le calibre de la sonde est de 15 millimètres, celui du col d'un calibre supérieur (3 c. après l'accouchement).

Admettons que, dans quelques cas, le col puisse être resserré spasmodiquement. Mais alors n'est-il pas facile de s'assurer que la sonde une fois introduite, il n'existe pas d'espace suffisant entre celle-ci et les parois pour permettre le retour de l'eau? Ne peut-on pas enfin, dans ces cas, se servir d'une sonde à double courant?

Certains auteurs ont émis l'opinion que ces injections pouvaient donner lieu à des métrites et même à des péritonites. Dans toutes les observations que nous avons relevées à la Charité, nous n'avons vu aucun accident de ce genre qui puisse être rapporté à cette méthode thérapeutique.

À tous les faits malheureux et rares dont on accuse les injections intra-utérines, ne peut-on pas opposer les cas beaucoup plus nombreux où elles ont sauvé quantité de femmes?—*Paris médical.*

Eclampsie puerpérale traitée par les bains chauds.—On lit dans les *Archives allemandes de Gynécologie*, que le Dr BREUS, sur six cas de cette affection, traités par le bain chaud, n'en avait perdu qu'un seul. Dans la suite, sur 11 nouveaux cas, il n'en a encore perdu qu'un seul. La malade est placée dans un bain à 38 degrés centigrades, que l'on élève ensuite de 2 à 3 degrés. Puis on l'enveloppe dans des couvertures pour provoquer une transpiration abondante, que l'on pourrait favoriser par une infusion de jaborandi.

De ces 11 femmes, 4 avaient des convulsions au commencement du travail, 2 pendant la gestation, 1 au moment de la délivrance et 4 après. Se basant sur les 17 cas précédents, M. Breus affirme qu'avec les bains chauds, on n'a pas à redouter les avortements ni les hémorrhagies, et si présence de l'albumine annonce des complications, les bains constituent un prophylactique excellent. Une jeune primipare de 26 ans,

atteinte d'œdème avec de l'albumine dans les urines, au huitième mois, fut soumise au traitement par les bains chauds. Après avoir pris 45 bains, elle fut très heureusement délivrée d'un enfant pesant 2,700 grammes.—*Scalpel*.

De la rupture spontanée des membranes, avant le début du travail à terme.—Dans la livraison d'avril de l'*American Journal of the Medical Sciences*, le Dr G. W. H. KEMPER publie une note au sujet de 50 cas de rupture spontanée des membranes et il en conclut que :

1. La rupture spontanée des membranes, à terme et avant le début des douleurs, arrive assez souvent, la moyenne étant de 1 fois sur 14 cas.

2. Quand la poche des eaux se rompt, le travail, règle générale, se montre aussitôt, mais il peut aussi ne se déclarer qu'au bout de plusieurs heures, ou de plusieurs jours, et même de plusieurs semaines.

3. Quand cet accident arrive, le travail n'en est pas nécessairement prolongé ni rendu plus douloureux.

4. La mortalité, chez les femmes, n'est pas augmentée. Quant à la proportion des enfants mort-nés, elle est si légèrement accrue, si tant est qu'elle le soit, que ça ne vaut guère la peine d'en parler.

5. Les causes de cette rupture ne sont pas bien nettement précisées. La répétition de semblable accident, chez certaines femmes, indique qu'il y a comme une prédisposition particulière chez elles. On admet, comme cause possible, l'influence de l'atmosphère, principalement un abaissement de température. Smellie met en cause l'obésité, mais ses observations ne confirment pas cette manière de voir.

6. Il est probable que la durée du travail est plus courte dans les cas où les douleurs tardent quelque temps à se montrer après la rupture des membranes.

7. Le mode de traitement adapté à ces cas, tel que donné par Smellie, McClintock, Bard, Denman et Dewees, et corroboré par l'expérience du Dr Kemper, consiste dans le repos (au lit, si cela est nécessaire.) et la patience. Toutes tentatives ayant pour effet d'exciter les douleurs du travail sont inutiles, nuisibles même et inopportunes. Attendez que les douleurs se montrent et traitez le cas suivant les principes généraux.

8. Enfin, la crainte d'un retard et du danger dans ces cas—le travail à sec des auteurs—telle qu'émise par nos pères en obstétrique et formulée de nouveau par plusieurs auteurs successivement, n'est basée que sur une simple étincelle de vérité et constitue une de ces traditions médicales que l'expérience nous montre être très exagérée sinon tout-à-fait apocryphe.—*Detroit Lancet*.

Emploi de la quinine dans l'accouchement.—Le Dr MULLEN (*British Medical Journal*), à la suite d'un article sur ce sujet, formule les conclusions suivantes :

1. La quinine, à dose de 4 grains et davantage, donne lieu à des douleurs au bout de vingt ou trente minutes. Si l'on répète la dose à intervalles de $\frac{1}{2}$ à 1 heure, elle soutiendra énergiquement ces douleurs.

2. Elle ne produit pas de céphalalgie, à peine un peu du cinchonisme produit par le remède quand il est donné en d'autres cas, et pas de nausée, la saveur amère étant le seul obstacle à son emploi.

3. Les douleurs qu'elle produit ne sont pas continues, comme celles

de l'ergot, mais intermittentes à l'instar de celles du travail normal, et ne sont évidemment pas la conséquence d'un stimulus spécial se faisant sentir seulement sur la matrice, mais plutôt celle d'un effet tonique exercé sur toute l'économie. Souvent il arrive que la malade se sent plus forte.

4. L'action produite par l'ergot administré seul, dans les cas où la malade est épuisée, semble souvent être employée seulement à effectuer la sortie du fœtus, laissant l'utérus dans un état d'épuisement complet, incapable de se contracter et d'expulser le placenta, d'où hémorragie et nécessité d'extraire l'arrière-faix. Rien de tel ne se montre quand la quinine est administrée convenablement, soit seule, soit avant l'ergot.

5. Quand l'ergot est contr'indiqué, on peut lui substituer la quinine, et cela avec la plus grande sécurité, tant pour la mère que pour l'enfant. Dans un cas, cinq ou six heures s'étaient écoulées entre l'administration du romède et la naissance de l'enfant; cependant tout alla fort bien. Le Dr Mullen dit ne pas se souvenir avoir jamais vu (sauf en un seul cas) l'enfant naître vivant quand il s'est écoulé plus de deux heures entre l'administration de l'ergot et la délivrance.—*Detroit Lancet*.

De l'endomérite disséquante; par KUBASSOW.—L'auteur a observé trois fois cette maladie: la première fois en 1877, puis en 1880, et enfin la troisième fois en 1881.

Deux observations ont été publiées par Syromjatnikoff.

Malgré ce petit nombre de faits, l'auteur prétend que cette affection n'est pas rare et que le plus souvent on la confond avec la dysménorrhée membraneuse ou avec l'avortement au commencement d'une grossesse.

Cette maladie est caractérisée par l'expulsion d'un sac membraneux, constitué par la muqueuse utérine elle-même, toute idée de grossesse étant écartée; dans cette membrane, outre les éléments de la muqueuse normale, on trouve une couche, l'externe, composée de fibres musculaires lisses dont les extrémités sont plus ou moins altérées et entourées de globules de pus qui donnent à la surface externe de cette membrane un aspect filamenteux.

La surface interne de l'utérus présente, d'après les résultats de l'autopsie, le même aspect: on y observe les mêmes faisceaux musculaires altérés, entourés de globules de pus et se terminant par des filaments très fins; on y trouve, en outre, des capillaires dilatés, des lacunes plus ou moins étendues, un exsudat, des masses de globules de pus altéré; les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont pleins d'éléments morphologiques.

Il semble que le point de départ de l'exfoliation de la muqueuse est un épanchement de sang suivi d'une réaction inflammatoire.

L'hémorragie ne peut pas être abondante, parce que les vaisseaux sont rapidement oblitérés par thrombose, avant même que l'expulsion de ce sac ne se fasse en dehors du globe utérin.

La muqueuse peut se reformer successivement pendant trois ou quatre fois, et cette régénération a pour point de départ des parcelles de muqueuse restées intactes. Cette possibilité d'une reproduction de la muqueuse caractérise l'endomérite disséquante et la distingue de la métrite disséquante dans laquelle cette reproduction ne s'observe jamais.

L'exfoliation de la muqueuse utérine reconnaît pour causes diverses maladies de la membrane interne de l'utérus, et probablement le développement particulier d'un stratum sous-muqueux dont l'auteur admet l'existence. On doit considérer comme causes prédisposantes divers états constitutionnels, comme la fièvre typhoïde (2 cas), la fièvre puerpérale, la syphilis, etc.

La maladie se manifeste cliniquement par des symptômes généraux et nerveux, tels que nausées, vomissements, diarrhée, affaiblissement général, accélération de la respiration, fièvre, etc. De plus, on observe des phénomènes locaux: douleurs utérines violentes, sensibilité douloureuse des annexes de l'utérus, écoulement muco-purulent et sanguinolent, et enfin expulsion en masse de la muqueuse utérine. Ces accidents aigus se produisent pendant une période prémonitoire relativement assez longue pendant laquelle on observe différents troubles de la menstruation. La maladie ne récidive jamais.

Le pronostic est souvent aggravé par des complications qui se produisent fréquemment du côté des trompes (hydro et hémato-salpingite). Une complication de cette nature a occasionné la mort dans un des cas observés par Kubassow.

La maladie peut être confondue avec l'avortement au commencement de la grossesse, avec l'expulsion de la caduque dans la grossesse extra-utérine, avec la métrite ou avec la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Elle se distingue de l'avortement en ce que la période intermenstruelle est plus courte pendant les mois qui précèdent l'expulsion de la membrane; dans la grossesse, au contraire, les règles cessent ou retardent de plusieurs jours. La membrane elle-même diffère de la caduque: à l'œil nu, en ce qu'on ne constate nulle trace de l'implantation de l'œuf et qu'elle est uniformément lisse et brillante; au microscope, dans le premier mois de la grossesse, par l'absence des cellules propres de la caduque, par la dimension et la direction normale de ses glandes, par l'intégrité de l'épithélium superficiel et le manque absolu de vaisseaux de nouvelle formation.

Dans le second mois de la grossesse, la différence est encore bien plus sensible: cellules géantes, dilatation des glandes qui prennent l'aspect caverneux du tissu de la muqueuse; destruction de l'épithélium glandulaire transformé en masses finement granuleuses: tous ces caractères manquent dans l'endomérite disséquante.

La caduque expulsée à la suite d'une grossesse extra utérine se rapproche davantage de la muqueuse provenant d'une endomérite disséquante, cependant le microscope pourra toujours permettre d'en faire la distinction.

Le mode d'expulsion suffit pour diagnostiquer la métrite de l'endomérite disséquante.

Ce qui caractérise surtout la dysménorrhée membraneuse, c'est sa marche à l'état chronique et le renouvellement périodique d'expulsion de la membrane. Dans l'endomérite disséquante, l'expulsion ne se fait qu'une seule fois et ne se reproduit jamais plus.

Au point de vue histologique, l'exfoliation de la muqueuse, dans la dysménorrhée membraneuse, se produit au niveau de la couche moyenne de la muqueuse, d'où il résulte que les membranes expulsées ne présentent ni les faisceaux musculaires, ni les culs-de sac glandulaires que l'on rencontre dans l'endomérite disséquante: c'est pour cela que les

membranes de la dysménorrhée présentent au microscope l'aspect d'un crible. Mais en réalité la dysménorrhée membraneuse n'est pas autre chose qu'une forme atténuée de l'endométrite disséquante.

Traitement.—Au point de vue prophylactique, il faut combattre la congestion utérine dès qu'elle est reconnue : contre l'affection parfaitement déclarée, il faut employer les narcotiques, les antiphlogistiques et les révulsifs... Après l'expulsion du sac, il faut faire des applications de glace sur le ventre, des injections vaginales froides, des lavements froids et enfin, s'il est nécessaire, quelques injections astringentes faibles dans la cavité intra-utérine.—*Lyon médical.*

Péritonisme dans les kystes de l'ovaire. — Le regretté Gubler définissait ainsi, il y a quelques années, le péritonisme : " C'est un ensemble de phénomènes graves, et souvent mortels qui viennent compliquer la péritonite, ou plutôt les lésions quelconques des organes tapissés par le péritoine." M. le Dr LE DENTU a observé cette complication dans le courant de l'évolution d'un kyste de l'ovaire; c'est un fait rare qu'on ne trouve signalé ni dans Spencer Wells, ni dans les intéressantes communications de M. Terrier. Une femme de 28 ans vit, après son second accouchement, se développer une tumeur abdominale. Quelque temps après elle fut prise de violentes douleurs, de vomissements verdâtres, son visage était tiré : elle avait, en somme, le facies péritonitique avec une diarrhée abondante. Au bout de deux jours, détente très brusque. Puis nouvelle reprise des accidents à des époques variables, toujours avec les mêmes caractères. M. Le Dentu, ne trouvant aucun signe de péritonite, attribua avec raison tous ces symptômes au péritonisme et pratiqua l'ovariotomie pour en empêcher le retour. L'opération fut faite régulièrement, on ne trouva pas la moindre trace de péritonite plus ou moins récente, et la malade guérit sans le moindre accident. Ces phénomènes de retentissement nerveux des lésions juxta-péritonéales sont assez fréquents relativement; l'année dernière nous en avons observé un cas dû à l'inflammation du cordon spermatique dans une orchite aiguë.—Dr BARETTE *in Concours médical.*

Phlegmon péri-utérin. — Une femme âgée de vingt-huit ans est entrée le 21 avril à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. GALLARD, salle Sainte-Marie, n° 38. Cette femme, habituellement bien portante, menstruée un peu tardivement, a eu, à l'âge de vingt-deux ans, une première grossesse qui s'est bien terminée et n'a laissé à sa suite qu'un peu de leucorrhée. Elle était dans cet état, lorsque le 6 avril dernier elle fut prise tout à coup d'un état fébrile avec embarras gastrique. Une purgation et deux ou trois jours de repos lui permirent de reprendre son travail habituel. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Quelques jours après elle éprouva des douleurs dans le ventre, avec gonflement, des nausées, sans vomissements. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

Examinée le 23, elle présenta l'état suivant : ventre tendu, douloureux à la pression, surtout dans le flanc gauche; fièvre, pouls fréquent, température élevée. A l'examen vaginal on trouve une grande humidité avec une température très élevée de cette région, un léger degré d'antéversion de la matrice, avec un col gros et légèrement ulcéré. En

arrière du col, le doigt perçoit une tuméfaction arrondie, très nette, formant une sorte de bourrelet, se prolongeant un peu du côté droit, mais beaucoup plus du côté gauche. La consistance de cette tuméfaction était celle d'un phlegmon cutané, la muqueuse rétro-vaginale ne glissait point sur la tumeur à laquelle elle paraissait adhérer. Enfin on y constatait des pulsations artérielles semblables à celles que l'on perçoit sur un panaris. L'exploration de cette région était très douloureuse. Enfin, pour compléter l'examen, un doigt introduit dans le rectum, tandis que l'autre est maintenu dans le vagin, permet de contourner et de circonscrire exactement la tumeur qui correspond au segment inférieur de l'utérus dont on sent la partie supérieure restée libre au-dessus.

Qu'est-ce que cette tumeur? Elle présente manifestement tous les caractères de l'inflammation aiguë, développement rapide s'accompagnant d'un mouvement fébrile, empatement, sensibilité vive, battements artériels. Son siège, nettement indiqué par les signes énoncés ci-dessus, est sur la paroi postérieure de l'utérus qu'elle contourne un peu jusque sur les côtés. Sa situation ainsi que sa consistance et sa fixité excluent l'idée d'une ovarite ou d'un phlegmon du ligament large ou de la trompe. Il n'y avait pas non plus à mettre en cause une péritonite dont il n'existe d'ailleurs aucun des symptômes généraux caractéristiques. M. Gallard n'hésite pas à assigner pour siège à cette tuméfaction le tissu cellulaire péri-utérin. Il ne saurait y voir autre chose qu'un phlegmon péri-utérin.

M. Gallard insiste sur cette détermination, c'est parce que l'existence du phlegmon péri-utérin a été contestée, pour y substituer la notion de la péritonite pelvienne, affection dont la réalité n'est pas mise en doute, mais qui n'exclut pas la première. On ne s'est pas borné à contester l'existence du phlegmon, mais on a nié même qu'il y eût un tissu cellulaire péri-utérin. Or, le phlegmon péri-utérin existe, de par les signes cliniques qui ne peuvent se rapporter à aucune des inflammations des autres organes du bassin et qui ne se rapportent qu'à lui, fait qui a été assez heureusement exprimé par cette proposition de M. Nonat: le tissu cellulaire péri-utérin s'enflamme, donc il existe. Mais la démonstration en a été faite directement, tant par les recherches anatomiques et anatomo pathologiques d'Aran que par les observations de M. Nonat, de M. Gosselin, de M. Courty, et celles de plusieurs chirurgiens anglais et allemands. M. Gallard en a fait lui-même la démonstration sur les organes génitaux d'une jeune femme, morte de phthisie pulmonaire, dans un grand état d'émaciation, ce qui lui a permis de séparer facilement du péritoine et de disséquer les lames de tissu cellulaire qui lui étaient sous-jacentes et accolées à la face postérieure du vagin et du col de l'utérus. Du reste, le tissu cellulaire se trouve dans ce point comme il se trouve partout où il existe un vide entre une séreuse et le viscère qu'elle recouvre.

Cette couche de tissu cellulaire est elle assez épaisse pour donner lieu, quand elle vient à s'enflammer, à une tuméfaction du volume que présente la tumeur péri-utérine chez la malade qui fait le sujet de ces considérations cliniques? Il suffit de voir ce qui se passe dans le tissu cellulaire des ligaments larges, dans celui des paupières, lorsqu'ils s'enflamment, pour ne pas s'arrêter un instant sur ce point.

La question est donc résolue au point de vue anatomique. Elle ne l'est

pas moins au point de vue anatomo-pathologique, d'après les faits cliniques que nous avons rappelés ci-dessus.

Mais M. Gallard va plus loin. Non seulement la question de l'existence du phlegmon péri-utérin lui paraît désormais hors de toute contestation, mais il retourne l'argument aux anatomo-pathologistes qui ne voient que la pelvi-péritonite, comme phénomène initial des accidents phlegmasiques et des phlegmons du bassin. La pelvi-péritonite, à ses yeux, au lieu d'être primitive, est, au contraire, toujours secondaire.

Enfin on a introduit récemment un nouveau facteur dans l'histoire des phlegmons du bassin, c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques, la ganglionite rétro-utérine de M. Lucas Championnière. Mais elle ne saurait être confondue avec le phlegmon du tissu cellulaire rétro-utérin. Partout où les ganglions s'enflamment dans le bassin, comme aux aines ou dans la région axillaire, ils donnent lieu à une tuméfaction circonscrite, limitée, et non à un empâtement globuleux comme est ici le phlegmon en question. D'ailleurs, les ganglionites ne sont-elles pas toujours elles-mêmes consécutives à d'autres lésions dont elles ne sont en quelque sorte que les symptômes ?

En résumé, les deux seules maladies primitives de la région dont il s'agit sont l'ovarite et le phlegmon péri-utérin. On a vu pour quelles raisons l'idée d'une ovarite devait être rejetée ici. C'est donc à un phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin que l'on a affaire.—*Gazette des hôpitaux.*

PÆDIATRIE.

De l'allaitement.—Clinique de M. le Docteur BLACHEZ à l'hôpital des Enfants-Assistés.—La question de l'allaitement est une question complexe qui intéresse à la fois la mère et l'enfant, et qui peut être envisagée sous plusieurs aspects. L'allaitement maternel doit être encouragé par toutes sortes de moyens, administratifs et médicaux, toutes les fois qu'il est possible ; ce qui a lieu dans la grande majorité des cas. Chaque fois que la mère est bien portante et que ses mamelles sont volumineuses, il faut le recommander, car dans la classe pauvre, où les soins manquent, son importance est si grande, que vous voyez tous les jours à la consultation des enfants athrepsiés parce qu'ils sont nourris autrement. Il importe donc de savoir dans les derniers mois de la grossesse si la mère future pourra nourrir.

Ce sujet est résolu par des présomptions et des certitudes. Il est certain qu'une femme jeune, bien portante, doit nourrir même lorsque ses mamelles ne sont pas bien prononcées. M. Donné prétend que l'on peut préjuger de la quantité du lait et de sa qualité par l'examen du colostrum au microscope. On ne doit pas s'en laisser imposer par le volume des mamelles, car c'est un fait d'observation que quelques jeunes femmes à grosses mamelles ont très mauvaises nourrices, le développement se faisant aux dépens de la partie graisseuse, et non pas de la glande. L'empêchement peut provenir de certains défauts d'organisation qui peuvent gêner la tétée. C'est ainsi que le mamelon est tellement rentré que l'enfant éprouve beaucoup de difficultés à le prendre, si on n'a pas fait auparavant le bout de sein, c'est-à-dire si quelqu'un

ne l'a pas attiré avec un bout de pipe. Ce serait aussi une bonne précaution à prendre de faire quelques fomentations aromatiques pour le solidifier et l'empêcher, par suite, de s'excorier.

Le lait de bonne qualité a une densité qui varie de 1030 à 1035. Sa qualité, au microscope, est proportionnelle au volume des globules; mais on ne doit pas se fier absolument à cet examen, car j'ai vu un enfant dépérir avec une femme au sein volumineux et un lait excellent. Comme elle voulait nourrir à toute force, M. Depaul fut consulté, et il ordonna, séance tenante, malgré les bons résultats fournis par l'examen microscopique, qu'on allât chercher une nourrice qui, au bout de huit jours, avait rétabli l'enfant. Ce fait est destiné à vous montrer combien, dans certains cas, les apparences sont trompeuses, et que le véritable réactif du lait, comme l'a dit M. Bouchardat, c'est l'enfant.

Reste encore l'analyse chimique dont je ne vous fournirai que les résultats. Le lait de femme est ainsi composé pour un litre : eau 900 gr., beurre 30 gr., caséine 28 gr., sucre de lait 45 gr., phosphates 2,50 cent. Il se distingue surtout par la grande quantité de sucre qu'il contient. Cette composition, toutefois, n'est pas toujours identique aux différentes époques, et l'alimentation a une grande influence sur la qualité. Dans les premières semaines, il est plus riche, et la nourriture dont on gorge les nourrices qui arrivent de la campagne engendre une dyspepsie qui fait que le lait diminue. Certaines circonstances, à la tête desquelles il faut placer la menstruation, viennent encore jouer un rôle. Remercier une nourrice parce qu'elle a ses règles, c'est commettre une erreur. Si l'enfant ne tolère pas bien pendant ces quelques jours un lait épais, il arrivera bien vite à se refaire, attendu que le lait reprend ses qualités primitives après la menstruation.

Lorsque la femme devient grosse, la question est résolue d'avance, vu que la sécrétion tarit. Quant à l'influence des rapprochements sexuels, il est évident qu'à ce moment les personnes très portées doivent se modérer, mais ils ne sont pas absolument défendus, et c'est une erreur d'empêcher la nourrice de visiter son mari.

Arrivons maintenant à des causes plus sérieuses, je veux parler de l'influence des maladies. La première modification qui se fait est la diminution de la quantité d'eau. Sous ce rapport, on est quelquefois embarrassé dans la clientèle, et quand une mère présente une affection fébrile, on se demande s'il n'est pas nécessaire d'éloigner immédiatement l'enfant. Il vaut mieux, dans ces cas, qu'il ait un peu de diarrhée, que de le changer de nourrice, et, tout en lui donnant un peu de lait afin de moins fatiguer la mère, faites-le néanmoins téter légèrement. J'ai vu souvent, du temps que j'étais à Necker, des nourrices continuer à allaiter avec des fièvres typhoïdes légères. Attendez donc que la dothiënthérie devienne certaine ou que le lait se supprime, afin de n'avoir aucune hésitation. Dans la petite vérole même, ne vous pressez pas trop, pourvu toutefois que l'enfant soit vacciné.

Une femme est syphilitique; que devez-vous faire? Si la contagion a eu lieu depuis la grossesse, vous ne pouvez pas avoir l'ombre d'un doute, car tout vous ordonne de la séparer de son enfant; mais si l'accident remonte avant, et que l'enfant présente quelques traces de syphilis, il faut, dans ce cas, ne pas chercher ailleurs ou lui fournir une nourrice syphilitique.

Il y a certaines maladies, l'épilepsie par exemple, qui si elles ne m-

gent nullement à la qualité du lait, peuvent cependant être très préjudiciables à l'enfant. Lorsque les attaques sont rares, vous pouvez le confier, mais quand elles sont répétées, il est préférable de l'enlever. Il devra en être de même pour l'hystérie, pour l'aliénation mentale, etc., non pas à cause de la qualité, mais des conséquences, comme l'exemple ci-dessous vous le fera mieux comprendre. Une pauvre femme qui allaitait son enfant voit une petite fille renversée par une voiture. Elle jette aussitôt par la fenêtre celui qu'elle tient dans ses bras pour aller secourir l'autre.

Ceci dit, considérons maintenant l'allaitement par rapport à l'enfant. Quelle est donc la quantité de lait qu'il prend dans les vingt-quatre heures? Tout le monde le sait aujourd'hui, mais ce n'est qu'en 1859 qu'on eut l'intelligence de peser l'enfant. Ce procédé, pour être absolument exact, nécessite qu'on apprécie ce qui a pu être entraîné au dehors pendant que l'enfant était au sein. M. Nathalis Guyot avait atteint des chiffres trop forts que M. Boucheron, avec sa patience de peser lui-même pendant plusieurs mois à chaque tétée, au lieu de s'en rapporter aux gens de service, a rectifiés en 1864. Il constata, tout d'abord, qu'à chaque tétée la quantité pouvait varier, et il arriva, dans la suite, à établir la moyenne suivante. Le premier jour, l'enfant prend 30 gr., le deuxième 150., le troisième 450gr., au bout de vingt à trente jours 640 gr., le troisième mois 750 gr., le huitième 800 gr. et le neuvième, où il s'arrête, 950 gr.

Permettez-moi, à ce propos, de faire une courte digression. Il y a quelques années, en 1872, je dirigeais la crèche à Lourcine. A ce moment, une épidémie de rougeole nous força à séparer les enfants contaminés. Tout alla bien jusqu'au moment où il ne me resta plus que trois ou quatre petits enfants à soigner. A ce moment je m'aperçus qu'ils commençaient (eux qui s'étaient bien portés jusque-là) à dépérir, et j'en cherchai vainement la cause lorsqu'une mère me dit un matin: " Mais, Monsieur, cela n'a rien d'étonnant, puisqu'ils n'ont pas de lait. " Je vérifiai séance tenante la quantité allouée par l'administration, et je me rendis chez le directeur. Celui-ci me mit en face du règlement qui allouait 350 gr. par jour depuis la naissance jusqu'à l'âge d'un an. Je fis part de mon observation à la Société des hôpitaux; cela fit du tapage; les journaux en parlèrent, et en fin de compte on nomma une commission, dont M. Parrot fut le rapporteur, qui fixa la quantité à 750 gr.

Jusqu'à quel âge devez vous laisser l'enfant uniquement au sein de la mère? Pendant les quatre premiers mois, vous devez donner uniquement le sein. A partir de ce moment, si l'on peut aider la mère, il ne faut pas en revanche garder une nourrice qui ne peut plus suffire. En effet, la mère a bien mérité le repos de la nuit, et on doit, par conséquent, l'aider à nourrir. Quels sont alors les aliments qui conviennent le mieux à cette époque? Avant tout, c'est le lait. Le plus pratique est celui de vache; le meilleur serait celui d'ânesse qui est impraticable parce qu'il est trop cher (8 fr. le litre à Paris). Donnez donc le lait de vache à la température de 35°, coupé d'abord au 1/4 et ensuite au 1/3 avec de l'eau filtrée légèrement sucrée. Diminuez insensiblement l'eau, et servez-vous soit d'une cuillère, soit d'un biberon. Ce dernier est cependant préférable, car il se rapproche davantage du sein. Quant au choix du biberon, le meilleur est celui qu'on tient à la main, vu que les biberons en caoutchouc sont difficiles à laver, et que l'enfant à qui

on l'abandonne est susceptible à son réveil de prendre du lait froid qui pourrait lui être nuisible.—*Praticien.*

Traitement des différentes diarrhées. (1) Clinique de M. le Dr J. SIMON, à l'hôpital des Enfants Malades. — Les diarrhées qui dépendent de déchéances ou de diathèses demandent encore une explication. Prenons, par exemple, l'entérite chronique par suite de scrofule, de surmenage, ou d'anémie. En pareille circonstance vous devez prescrire le lait, un régime où tous les aliments soient en purée, tels que des potages, des panades, des œufs, de la pulpe de viande que je fais cuire un pou pour éviter la production du tœnia, des révulsifs sur le ventre (coton iodé, teinture d'iode, crayon limousin, vésicatoires), et, à l'intérieur, le bismuth à hautes doses et le diascordium en potion pour les petits, et en pilules pour les plus grands. La plupart du temps ce traitement suffira, non pour guérir, mais pour enrayer des entérites rebelles. Enfin, dans le cas où rien n'aurait réussi, ayez alors recours aux eaux de Plombières.

Il est encore des enfants qui, ayant eu autrefois, dans le bas âge, des maladies des voies digestives dont ils ont parfaitement guéri, sont repris, au moment du sevrage, de coliques sourdes à la suite desquelles ils rendent des matières glaireuses, des fausses membranes, et quelquefois même un peu de sang. C'est là une espèce d'entérite à laquelle on a donné le nom de pseudo-membraneuse que vous ne rencontrerez guère à l'hôpital. Ici, en présence de l'hypersécrétion qui occupe le rectum, l'S iliaque et le colon, si vous donniez les mêmes substances que pour l'entérite chronique, vous donneriez de la constipation, et par suite de nouvelles tranchées. Permettez donc à l'enfant de se lever, d'aller même en classe, à la condition toutefois qu'il ne s'agite pas. Prescrivez-lui le régime de tout le monde en ayant soin que tous les aliments soient réduits en purée, et qu'on proscrive les aliments indigestes, tels que les aliments trop gras. Ajoutez à cela les substances alcooliques mêlées avec de l'eau, la bière de Strasbourg, les bandes de flanelle à demeure sur le ventre, les frictions chaudes matin et soir, et au commencement de chaque repas une cuillerée à dessert d'huile d'olive ou mieux d'amandes douces dans de l'eau contenant une cuillerée à dessert de graine de lin. A la fin du repas, qui doit être réglé de manière à ce que celui du midi soit beaucoup plus substantiel que celui du soir, faites prendre un peu de pepsine. Maintenant, matin et soir, il faut lui donner de grandes douches ascendantes, et, s'il ne guérit pas, l'envoyer à Plombières.

Quand l'enfant, au contraire, est herpétique ou rhumatisant, il a de la diarrhée sous forme de couennes. Aux premiers, vous conseillerez Royat, et aux seconds, Plombières. Quant aux diarrhées saisonnières, à celles propres à certaines familles, celles-ci demandent le traitement des diarrhées pseudo-membraneuses, et celles-là un éméto-cathartique. Enfin, lorsque vous aurez échoué sur place, vous recommanderez aux scrofuleux et aux anémiques les bains de mer, à condition toutefois qu'ils ne prennent pas de l'eau de mer à l'intérieur.—*Praticien.*

Croup membraneux ; croup diphthérique ; vrai croup. — Le Dr J. LA WIS SMITH, de New-York, publie dans le No d'avril de l'*American Journal of the Medical Sciences*, une étude très élaborée du vrai croup. Il passe en revue l'étiologie, les caractères anatomiques,*

(1) Suite et fin. — Voir la livraison de juin.

diagnostic et le traitement de cette maladie. Quelqu'en soit la cause, dit-il, les caractères anatomiques et les symptômes ressemblent tellement à ceux de la diphthérie, que malgré de nombreuses recherches, on n'a pu établir de différence, spécialement là où la diphthérie regnait, excepté cependant lorsque le croup était dû à l'ingestion ou à l'inhalation de quelqu'agent irritant.

Suivant le Dr Smith, l'inflammation des muqueuses du larynx et de la trachée, lorsqu'elle atteint un certain degré, et quelqu'en soit la cause, peut être accompagnée d'une exsudation fibrineuse et de la production d'une fausse membrane; ce résultat se montre plus souvent dans l'inflammation diphthérique que dans toute autre. Dans la diphthérie, une laryngo-trachéite modérée s'accompagne de la formation d'une pseudo-membrane. Les expériences de Smith l'ont porté à conclure qu'un malade sur huit a guéri par le traitement médical commencé dans la première semaine de la diphthérie, alors que les symptômes annonçaient une sténose laryngéenne plus ou moins grande. L'exsudation, alors, c'est-à-dire, dans la période aiguë, se fait si rapidement et en telle abondance, qu'aucun des agents ou modes de traitement ordinairement prescrits n'est assez prompt dans son action, pour arrêter la formation d'une fausse membrane qui met bientôt la vie en danger.

Le croup survenant dans la deuxième ou la troisième semaine de la diphthérie, quand l'exsudation est moins abondante et moins rapide, cède plus souvent à l'usage perseverant des inhalations dissolvantes. On obtient en moyenne une guérison sur trois lorsque le traitement est ainsi commencé de bonne heure et que les inhalations sont continues ou presque continues.

Cependant la mortalité est si considérable et les souffrances sont si grandes, dans le croup se montrant à n'importe quelle époque de la diphthérie, qu'on doit donner la préférence au traitement chirurgical qui offre les plus grandes chances de sauver la vie. Les médicaments ou les inhalations ont une action trop lente pour nous garantir le succès.

Parlant du traitement médical, le docteur Smith recommande la trypsine comme excellent dissolvant. Du calomel, il dit: "l'expérience de plusieurs praticiens nous justifie de recourir au calomel au début de l'exsudation fibrineuse. Il ne faut pas l'administrer au point de produire le l'hydrargyrisme et d'augmenter la cachexie, comme certains médecins ont fait. Dans la forme ordinaire de la diphthérie il ne le recommande pas, tout au plus limite-t-il son usage à une ou deux doses de 6 à 10 grs. au début de la maladie et chez des malades robustes. Mais dans le croup, là où il n'y a pas de cachexie et où le danger dépend de la sténose laryngéenne qui peut se développer rapidement, le calomel est indiqué et doit être prescrit parce qu'il empêche l'exsudation, facilite la liquéfaction et la disparition des pseudo-membranes, s'il se produisait de la salivation, il faudrait le discontinuer. Donc il est convenable de prescrire le calomel dans le croup pendant plus longtemps et à plus haute dose que dans toute autre inflammation membraneuse, pourvu toutefois qu'il produise les effets voulus.

Dans sa propre pratique, le Dr Smith ne prescrit le calomel que le premier ou le deuxième jour; après ce temps, il emploie d'autres remèdes efficaces qui ne produisent pas d'effets injurieux. La trachéotomie bien faite et assez à bonne heure, suivant lui, donne en moyenne une guérison sur trois malades.

De la croissance.—Dans mon *Traité des Maladies de l'Enfance*, il y a un grand chapitre sur la croissance, croissance réelle ou apparente; croissance en rapport avec les maladies qui la produisent ou en sont la conséquence. Ce sujet vient d'être repris par le Dr Ménard et je vais indiquer ses conclusions :

La croissance est le phénomène dominant de la période du jeune âge; la manière dont elle s'accomplit influe sur la constitution des individus.

Elle est soumise à quelques influences qui sont dans notre dépendance et qui nous permettent de lui imprimer une direction favorable.

La croissance d'un sujet quelconque suit une bonne marche quand elle est conforme à la moyenne de son espèce ou à la moyenne de sa race. Plus rapide ou plus lente, à un moment donné, elle est dans une mauvaise voie et nos efforts doivent tendre, soit à la modérer soit à l'activer, suivant les cas.

Il n'y a pas à se féliciter, par exemple, de voir un enfant grandir outre mesure. " Les géants, dit I. Geoffroy de Saint Hilaire, sont ordinairement d'un tempérament lymphatique et d'une complexion très délicate; ils sont affaiblis et épuisés par la rapidité et l'excès de leur accroissement."

L'embonpoint exagéré est aussi mauvais que la taille excessive. Par contre, un développement long et insuffisant entraîne une infériorité plus ou moins marquée.

Nous n'avons pas un guide pour chaque espèce ni pour chaque race; mais on peut y suppléer provisoirement, à certains points de vue, en considérant que la marche de la croissance n'est pas sans analogie d'une espèce à l'autre. Rappelons-nous surtout que l'accroissement dans les trois ou quatre premières années de la vie est relativement considérable dans toutes les espèces; de là l'indication générale que, si l'on veut exercer une action quelconque sur la croissance, il faut s'y prendre dès le tout jeune âge, alors que le moindre effet pourra se traduire d'une manière très appréciable.

Aussi ne devons-nous rien négliger pour l'alimentation des enfants dès les premières périodes. A défaut de l'allaitement naturel, on pourra les soumettre à l'allaitement artificiel, à condition de leur assurer du lait de bonne qualité, exempt de toute substance conservatrice qui en altère la composition. Il est important d'éviter le sevrage prématuré et de donner, pour commencer, le lait et les œufs, qui sont les aliments de croissance par excellence.

Sous le rapport de la durée de la croissance, on constate dans la pratique bien des variations individuelles; mais ici nous n'avons à regretter que les écarts dans un sens. Les sujets à croissance tardive n'ont pas un squelette solidement ossifié, et leur constitution est délicate. Quant à la croissance hâtive ou précocité, qu'il ne faut pas confondre avec l'élévation rapide de la taille, nous ne pensons pas qu'elle ait jamais des inconvénients dans l'espèce humaine; et, pour les espèces animales, elle offre des avantages considérables au point de vue économique.

En résumé, si nous suivons attentivement la croissance d'un individu quelconque, et si des écarts se produisent, nous avons à en activer ou à en ralentir la marche ou bien à développer la précocité.

Dans l'espèce humaine, le cas le plus ordinaire est celui où il con-

vient d'activer la croissance. Chez les nouveau nés, l'accroissement en poids est le plus régulier et le plus facile à suivre. S'il reste au-dessous de la moyenne en l'absence de toute maladie, c'est que la nourrice ne donne pas assez de lait. Il est facile de s'en rendre compte, et le remède est tout indiqué. Plus tard, le sevrage prématuré et le sevrage tardif peuvent être cause d'une croissance insuffisante. Par un sevrage prématuré, l'enfant ne reçoit qu'une nourriture grossière que ses organes digestifs trop débiles ne peuvent pas élaborer, les maladies gastro-intestinales viendront ajouter un élément de plus à l'inanition relative. Si le sevrage est trop tardif, le lait maternel n'augmentant pas en richesse ni en quantité à mesure que les besoins de l'enfant s'accroissent, le même effet sera produit. Cela s'évite en donnant du lait de bonne qualité, associé peu à peu à des aliments d'une digestion facile et riches en principes hydro-carbonés et en principes minéraux; tels sont: la farine de froment, la farine de lentilles, les féculs (tapioca, arrow-root), etc.

Dans la seconde enfance et l'adolescence, le ralentissement de la croissance est dû souvent à l'évolution latente de la tuberculose et de la scrofule, ou bien à la production de l'anémie par diverses causes. A cette période, c'est la taille qui permettra d'apprécier l'insuffisance du développement, sans compter les signes de maladie. Ce sera le cas de recourir, non seulement à une alimentation appropriée, mais encore à des toniques tels que les préparations de fer et de quinquina.

Les aliments susceptibles d'activer la croissance sont ceux qui favorisent le développement de la trame osseuse, mais non la calcification: tels sont les légumes et les viandes.

Il sera très important de graduer l'exercice depuis la marche, la gymnastique, la danse, jusqu'à l'équitation, la natation, etc.; il faudra surtout éviter les efforts violents et les fatigues qui pourraient momentanément exagérer l'effet voulu et finalement entraîner des troubles de la nutrition.

Il est assez rare dans la pratique qu'on se préoccupe de réagir contre la croissance exagérée. Cependant l'indication s'en présente assez souvent.

Dans ce cas, l'indication hygiénique est bien précise; il s'agit de modérer la croissance et de reconstituer les tissus altérés. Nous avons vu quel est le régime alimentaire capable de produire un pareil effet, c'est celui qui fournira à l'organisme, dans des proportions convenables, tous les principes nécessaires à son développement, *et particulièrement les principes qui favorisent l'ossification du squelette*. Le fond de ce régime comprendra le lait, les œufs, le pain, les haricots, les pois, les lentilles; la viande et le poisson ne viendront qu'en supplément.

Le même régime conviendra pendant la convalescence des maladies aiguës qui auront donné une trop vive impulsion à la croissance.—
Dr BOUCHUT, in *Paris médical*.

Traitement de la plaie ombilicale chez le nouveau-né; par MM. CRÉDÉ et WEBER.—Chez le nouveau-né, la plaie ombilicale peut être le point de départ de deux sortes d'accidents; les hémorrhagies et les inflammations.

On sait que la circulation s'arrête dans les vaisseaux du cordon ombilical sitôt que le nouveau-né se met à respirer d'une façon régulière.

Le danger d'une hémorrhagie n'existe donc que chez les enfants nés avant terme et qui se trouvent en état d'asphyxie imminente. D'autre part, on attendra, pour sectionner le cordon, que les pulsations dans les vaisseaux ombilicaux soient devenues faibles et que l'enfant ait poussé quelques cris vigoureux. Il n'y a aucun avantage à attendre plus longtemps.

En général, on se sert à peu près exclusivement, pour la ligature du cordon, du ruban en toile. MM. Crédé et Weber ont fait différentes expériences qui leur ont fourni la preuve que l'oblitération du cordon obtenue de cette façon est incomplète. Il en est de même quand on lie le cordon avec la soie phéniquée, des fils en chanvre ou encore sur une aiguille. Un procédé de ligature qui est beaucoup préférable et qui a été introduit dans le service de M. Crédé, à la clinique de Leipzig, est celui qui consiste à lier le cordon ombilical avec une corde en caoutchouc de deux millimètres d'épaisseur ou avec un tube en drainage. La priorité de ce procédé revient à M. Budin. Toutefois, étant donnée la facilité avec laquelle le lien en caoutchouc glisse sur le cordon, il faut, pour bien assujettir le lien en place, recourir à l'assistance d'un aide. Pour obvier à cet inconvénient, M. Tarnier a proposé de lier en même temps que le cordon un petit morceau de bois, tel qu'un fragment d'alumette, placé parallèlement. On le brise ensuite au dessous de la ligature et on retire les deux morceaux de dessous le lien en caoutchouc.

Le procédé suivant offrirait, au dire des auteurs, une plus grande simplicité. On plie en deux un tube à drainage ou un lien en caoutchouc de 20 centimètres de longueur. On en fait un nœud coulant qui enserre le cordon. On serre le nœud coulant et on contourne le cordon en sens inverse avec les deux extrémités du lien, pour nouer une seconde fois. Cette ligature offre une entière sécurité contre les dangers d'hémorrhagie et peut dès lors être appliquée très près de l'ombilic.

Pour protéger la plaie ombilicale contre les complications inflammatoires, il faut éviter que le bout du cordon divisé ne soit exposé à des tiraillements ou à d'autres irritations traumatiques. A cet effet, on appliquera le pansement suivant: après que l'enfant aura été lavé, on enveloppe dans de l'ouate le bout du cordon qui adhère à l'ombilic, et on le fixe, sans serrer, au flanc gauche de l'enfant, à l'aide d'une bande. Chaque fois qu'on baigne l'enfant, on renouvelle l'ouate jusqu'à complète cicatrisation de la plaie. L'ouate a pour but d'empêcher le contact de la plaie avec l'air extérieur. On obtient ainsi la momification du cordon et l'on peut baigner régulièrement les enfants, ce qui n'a pas lieu quand on a recours au pansement ouaté à demeure, suivant le procédé de Dohrn.—*Paris médical.*

Mixture contre le coryza aigu.—M. HAGER préconise la formule suivante contre le coryza aigu :

Acide carbolique (lisez phénique).....	5 parties
Alcool rectifié.....	15 —
Liquueur ammoniacale caustique.....	5 —
Eau distillée.....	10 —

SYPHILIGRAPHIE.

Diagnostic du chancre infectant.—On est souvent bien embarrassé pour établir le diagnostic entre l'herpès des organes génitaux et le chancre infectant. Il existe une variété d'herpès érosif et solitaire qui simule tellement le chancre, qu'on lui a donné le nom d'herpès chancreiforme. Parmi les caractères différentiels donnés par les auteurs classiques, le contour polycyclique de l'ulcération n'a sa raison d'être que lorsque celle-ci résulte de plusieurs lésions élémentaires fusionnées; l'adénopathie n'est également qu'un signe trompeur, elle est quelquefois encore peu marquée au début d'une lésion chancreuse, et l'herpès peut en provoquer uno relativement considérable chez les individus à système lymphatique très développé. Il faut donc savoir gré à M. H. LÉLOIR, professeur de dermatologie à la Faculté de Lille, de nous signaler un caractère différentiel nouveau, qu'il propose d'appeler " signe de l'expression du suc ". Pour ne pas froisser la langue française, nous préférons " signe de l'expression."

" Prenons un chancre nain, un chancre érosif, et même prenons un chancre quelconque. Pressons-le entre les doigts aussi longtemps que nous voudrons; nous ne ferons pas sourdre à sa surface plus de liquide qu'il n'en existe ordinairement; c'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

" Prenons, au contraire, une érosion d'herpès (d'herpès solitaire, dans le cas actuel), pressons-la entre les doigts, et nous ferons sourdre à sa surface une goutte d'un liquide séreux, transparent, analogue à la sérosité de certains eczémas. Essuyons cette gouttelette, pressons de nouveau, nous ne tarderons pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essayons encore, puis pressons encore, nouvelle gouttelette. Et ainsi de suite.

" Donc, dans le chancre, pas ou peu de suintement: ce suintement n'est pas exagéré par la pression; une fois essuyé, il ne se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, suintement plus abondant, augmenté par la pression, et se reproduisant abondamment par la pression un grand nombre de fois.

" Ce phénomène peut être expliqué par les considérations anatomopathologiques suivantes, basées sur la structure respective des deux lésions précédentes. Dans l'herpès, par suite de l'hyperhémie neuro-paralytique, il y a œdème hyperhémique localisé et plus ou moins accentué du derme, parfois de l'hypoderme, et dilatation vasculaire.

" Dans le chancre, rien de semblable: nous sommes en présence d'un syphilome, d'un néoplasme dur, accompagné parfois de sclérose vasculaire. Donc, dans l'herpès, en comprimant la base de la lésion élémentaire, l'on fait sourdre à la surface de l'érosion le liquide de l'œdème localisé du tégument, le suc de la lésion, si j'ose m'exprimer ainsi. Dans le chancre, au contraire, il n'y a pas de suc que l'on puisse exprimer à la surface de la lésion; il n'y a qu'un néoplasme dur, résistant, incompressible.

" Parfois, dans l'herpès, l'œdème localisé du derme peut produire, sous l'érosion herpétique, une sorte d'induration simulant de très près, au premier abord (par sa limitation et sa consistance), l'induration superficielle de certains chancres nains. Mais, si l'on saisit entre les doigts cette pseudo-induration de l'herpès, l'on arrivera, au bout de quelque

temps, au moyen d'une pression forte et prolongée, à faire diffuser dans les tissus ambiants l'œdème localisé, et, par conséquent, à modeler, à déformer, à aplatir entre les doigts cette pseudo-induration. Il n'en est pas de même dans le chancre. On a beau presser, aussi longtemps que l'on veut, son induration entre les doigts, on ne la déformera pas".—Dr BARETTE, in *Concours médical*

Traitement du chancre infectant.—Extrait d'une clinique de M. FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.—La première question qui se présente est de nous demander si l'on peut faire avorter le chancre, et, dans le cas où cela serait possible, quels sont les avantages qui en résultent.

On peut, il est vrai, détruire le chancre au moyen des caustiques, du fer rouge ou même l'enlever avec des ciseaux; mais en convertissant le chancre en plaie, vous ne supprimez pas la vérole. Plusieurs observations vous rapportent que cette opinion est fautive, mais la plupart vous affirment le contraire, et afin d'éviter toute discussion sur ce sujet, je vous citerai celle de Rasori parue dans le journal italien des maladies vénériennes.

Un docteur en droit ayant eu rapport avec une femme apprend qu'elle a la vérole. Il va trouver Rasori et s'observe pendant 28 jours. Le matin du 29^m il constate l'existence d'une petite papule presque érosive, et court chez son ami qui excise le chancre d'un coup de ciseau 12 heures après son apparition. La plaie se cicatrise, et 48 jours après, la roséole et les plaques muqueuses font leur apparition. Il n'y a donc aucun avantage, ni général, ni même local, à agir ainsi; vous n'aboutissez qu'à produire une plaie qui laissera une cicatrice indélébile, et le mieux est de le laisser vivre en paix en s'efforçant d'abrèger sa durée par un traitement approprié à la circonstance.

Conseillez aux malades d'éviter tout contact et, sans exiger le repos, défendez-leur de se fatiguer. Ordonnez des lotions à l'eau de guimauve, des bains, et faites poser de la charpie sèche ou imbibée d'un corps gras sur l'érosion afin de la protéger. En voilà assez; mais vous savez que ce n'est pas suffisant, et que le médecin qui n'a pas recours au pharmacien risque fort d'être déconsidéré. Ordonnez alors des lotions émollientes à l'eau de laitue et du crat opiacé ou du calomel. A la période terminale, les lotions avec la liqueur de Labarraque coupée d'eau et les poudres inertes de calomel, d'oxyde de zinc, etc., sont bonnes pour ne pas dire insignifiantes. On a vanté à tort l'iode, l'iodoforme, le sulfate de fer, l'acide phénique car le chancre ne demande qu'à guérir de lui-même. Il est donc préférable de laisser ce sujet de côté et de vous conseiller de ne pas employer l'alun, le sulfate de cuivre, l'urine, le perchlorure de fer et la cendre de pipe, qui sont nuisibles. Le nitrate d'argent ne doit être employé que comme modificateur contre le chancre qui languit et qu'à la période extrême lorsqu'il bourgeonne. La cautérisation de l'induration est détestable, car on ne fait que l'exagérer. Il en est de même, lorsqu'on l'excise, et il est préférable d'attendre la résorption.

Ceci dit, examinons maintenant s'il faut commencer le traitement de la vérole. Au point de vue du chancre, cela n'a pas d'importance car nous savons qu'il guérit tout seul; mais en est-il de même pour la diathèse? Non, et quoique les observations soient en désaccord sur ce

sujet, je vous conseille d'employer le mercure d'emblée lorsque vous êtes sûr de votre diagnostic, et d'attendre que l'expectation vous ait éclairé si vous ne faites que suspecter la syphilis.—*Praticien.*

Traitement de la Syphilis.—Nous trouvons dans la *Revue médicale*, le résumé suivant de la manière de voir sur ce sujet, de M. le Dr Lancereaux. Il panse le chancre avec la solution de chloral au 1-10 et donne pendant toute la période secondaire, les toniques, l'hydrothérapie et l'exercice. Contre la fièvre syphilitique, il s'est, en général, trouvé bien d'un vomitif qui débarrasse les voies digestives, de bains tièdes qui apportent un grand soulagement au malade. Le traitement n'a ici qu'une activité médiocre; l'iodure de potassium calme, en général, les douleurs concomitantes de ce mouvement fébrile. Il est à remarquer que le traitement interne spécifique est peu efficace contre les plaques muqueuses. Les topiques locaux sont, au contraire, très puissants lorsqu'en même temps le repos et la propreté suppriment les causes locales d'irritation. A l'anus et aux parties génitales, de simples cautérisations au nitrate d'argent font quelquefois disparaître de volumineuses masses de syphilides. Divers caustiques peuvent être employés; mais je vous recommande surtout un remède qui me réussit beaucoup: des lotions avec une solution de chloral au cinquième, que l'on peut étendre d'eau suivant la sensibilité des parties. Pour les syphilides de la bouche et de la gorge, la cautérisation est également utile; mais à mon sens le moyen le plus efficace pour combattre ces manifestations est le chlorate de potasse pris à l'intérieur et dont l'élimination se fait par la bouche. Nous considérons que le traitement mercuriel n'a la plupart du temps d'autre effet que d'entretenir les plaques muqueuses de la bouche et de la gorge. Toutes les autres syphilides cutanées de cette période sont favorablement modifiées par le traitement mercuriel.

Abordant ensuite la question de la forme sous laquelle il convient le mieux d'administrer le mercure, M. Lancereaux se prononce pour l'onguent mercuriel, soit à l'intérieur sous forme de pilules de Sédillot, soit à l'extérieur: frictions quotidiennes avec deux, trois ou quatre grammes, appliquées au niveau des plis articulaires. L'iodure de potassium, dit-il, peut être employé isolément et avec succès dans les douleurs osseuses et les céphalées du début de la syphilis. Il a une action énergique dans toutes les périodes de la maladie, mais il est moins actif que le mercure en frictions. On retire les meilleurs effets de l'emploi simultané des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium, et nous les conseillons vivement dans toutes les syphilis graves et tertiaires.

C'est à cette médication que l'auteur a recours lorsque la syphilis est parvenue à sa période gommeuse ou destructive. Il est essentiel alors d'agir activement et sans retard. La médication tonique et les soins locaux ne viennent qu'en seconde ligne. Il ne faut jamais être arrêté, dans l'administration du mercure, par l'état de cachexie du malade. Des améliorations inespérées peuvent survenir dans un espace de temps très court, par les effets étonnants de cette médication. On doit associer les deux médicaments. Dans le cas de lésions nerveuses, l'emploi du calomel à doses fractionnées, porté jusqu'à salivation, nous a donné de très beaux résultats. Dans le service de Legroux j'ai vu, sous l'influence de ce médicament, un malade atteint d'hémiplégie devenir hémichorique et guérir ensuite.—*Scalpel.*

FORMULAIRE.

Hydropisie.—*Peter.*

- P.—Poudre de scille..... }
 Poudre de digitale..... } de chaque
 Calomel..... } 1 grain

M.—Divisez en 3 paquets.

Dose : Un toutes les heures. On peut répéter au bout de 3 ou 4 jours.—*Union médicale.*

Alopécie.—*Bartholow.*

- P.—Extrait fluide de jaborandi..... 1 once
 Teinture de cantharides..... $\frac{1}{2}$ "
 Liniment de savon..... $2\frac{1}{2}$ onces

M.—En frictions, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Injection vaginale antiseptique.—*Hôpital Lariboisière.*

- P.—Biiodure de mercure..... }
 Iodure de potassium..... } ââ
 Eau..... } 1 grain
 Eau..... } 1 chopine

L'injection doit être faite à la température d'environ 50° c.—*Bulletin de thérapeutique.*

Collutoire.

- P.—Acide salicylique..... }
 Chlorate de potasse..... } 1 drachme
 Bi-sulfate de soude..... }
 Glycérine..... } ââ
 Eau..... } 8 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé, en collutoire, toutes les heures ou toutes les 3 heures ; il faut avoir soin de bien laver la bouche au préalable.—*Analectic.*

Choléra infantile.—*J. L. Smith.*

- P.—Teinture d'opium..... 16 gouttes
 Esprit aromatique d'ammoniaque..... $\frac{1}{2}$ à 1 drachme
 Sous-nitrate de bismuth..... 2 drachmes
 Sirop simple..... $\frac{1}{2}$ drachme
 Mixture de craie..... $1\frac{1}{2}$ once

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures, pour un enfant de 8 à 12 mois, jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée.—*Druggists Circular.*

Suppositoire au chloral.

- P.—Hydrate de chloral..... 5 parties
 Cire jaune..... 5 "
 Beurre de cacao..... 15 "

M.—Pour cinq suppositoires.—*Gazette médicale de Paris.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUILLET 1885.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve "prima facie" d'intention de fraude.

Variole et vaccination.

Décidément nous tenons une épidémie de variole, et, à en juger par ses débuts, elle promet d'être solide et de faire sa marque. Après avoir fait semblant de se ralentir quelque peu, le fléau reprend de plus belle, et aujourd'hui les cas sont des plus nombreux. Malheureusement, c'est au cœur même de la ville, au milieu d'une population très dense et où les jeunes sujets ne manquent pas que la maladie sévit davantage.

Nous ne reviendrons pas sur le malheureux concours de circonstances par suite desquelles la variole s'est introduite dans Montréal. Le mal est fait, et nous n'avons plus qu'à en prendre notre parti en travaillant énergiquement à l'empêcher de se propager. Mais ce n'est pas facile. La variole nous trouve mal préparés à la recevoir. Depuis plusieurs années il ne se faisait pas de vaccination active, attendu que nulle part il n'était question de petite vérole. Or, au moment même où celle-ci nous arrive et à son occasion, la vaccination passe à l'état d'épouvantail aux yeux de notre population, et cela grâce à quelques accidents locaux et isolés, à quelques complications érysipélateuses faciles à prévoir, étant donnée la constitution médicale de la saison. Avec un peu plus de prudence de la part des vaccinateurs publics, et un peu de bonne volonté de la part de certains médecins toujours empressés de crier *au feu* à la vue d'un peu de fumée, la vaccination aurait pu se faire assez facilement, croyons-nous. Aujourd'hui, le public est alarmé. Il craint le vaccin à l'égal de la variole, et ce n'est pas peu dire. Il devient donc presque impossible de songer à cette mesure prophylactique.

L'isolement, qu'il importerait très grandement d'assurer aux victimes de la variole, n'est pas possible non plus, faute d'un local suffisant. La bâtisse qui sert actuellement d'hôpital civique peut à peine contenir convenablement plus de quinze à dix-huit malades, et il serait inhumain de songer à y en entasser un plus grand nombre à la fois. Il faut donc voir immédiatement à ce qu'un local plus spacieux soit affecté aux varioliques, sans quoi autant vaut les laisser en paix au sein de leurs familles respectives. En même temps, il ne serait peut-être pas mal à propos de nommer un médecin *résidant* à l'hôpital civique, comme cela se fait pour tous les hôpitaux où l'on admet des cas sérieux. Il trouverait de quoi s'employer.

En cette circonstance, il est du devoir de la profession médicale toute entière de prêter main forte et assistance à l'officier de santé. Chaque nouveau cas de variole devrait être enregistré au Bureau de Santé par le médecin même qui a tel cas sous ses soins. Le Bureau pourrait alors immédiatement prendre les mesures nécessaires pour assurer l'isolement du malade, la désinfection de l'habitation, etc., et limiter ainsi autant que possible les chances de contagion. Si les autorités sanitaires sont laissées à elles seules dans cette lutte contre l'épidémie qui nous décime, on peut s'attendre à des résultats désastreux.

Le Bureau de Santé.

Enfin, Montréal a un médecin officier de santé! Après des pourparlers qui ont duré près d'un mois, le Conseil de Ville s'est décidé à en finir, et il a nommé médecin de la cité, M. le Dr Louis Laberge. Ce n'était pas là le choix de la commission consultative d'hygiène. Celle-ci avait recommandé le Dr Beausoleil. Le comité de santé, lui, ne voulait pas de celui-ci et lui préférait M. le Dr N. Fafard. Le conseil de ville a tranché le nœud gordien en rejetant les deux candidats les plus en faveur pour élire M. le Dr Laberge à une majorité de 6 ou 7 voix.

Le nouvel officier de santé ne devra pas demeurer inactif. Il a de l'ouvrage tout prêt, et s'il comprend bien le sérieux de sa position il se mettra à l'œuvre immédiatement. Nous lui souhaitons, pour cela, tout le succès et toute la patience possible. Tout le monde, on le sait, se mêle un peu des affaires du Bureau de Santé. Nos dignes échevins, si peu compétents qu'ils soient en les choses de l'hygiène, ont néanmoins la prétention de s'y entendre et ils savent le prouver à l'occasion, ainsi que M. le Dr Laberge ne tardera pas à s'en apercevoir s'il ne s'en est déjà aperçu. Nous espérons néanmoins qu'il saura déployer assez de fermeté pour rester sourd à la voix des conseils et même des ordres *intéressés* pour n'écouter que la voix du devoir et les avis des médecins composant la commission consultative d'hygiène. De son côté, la Commission, si elle comprend le rôle qu'elle est appelée à jouer, saura faire tout en son pouvoir pour aider le médecin de la Cité à réorganiser le service de la santé publique, ainsi que le Bureau de Santé lui-même dont le prestige est tout à fait compromis dans l'esprit du public.

Ce travail de réorganisation n'est pas une petite tâche, et nous estimons que le fonctionnement du département de la Santé, si on le veut être ce qu'il doit être, n'est pas non plus une affaire de mince importance. Le médecin de la cité devra y mettre tout son zèle et toute son énergie. Il importe avant tout qu'il soit maître dans son département, et n'ait de comptes à rendre qu'au comité, pris collectivement, et non pas à chacun des échevins en particulier. S'il arrive que, tirailé de côté et d'autre par des influences personnelles et plus ou moins indues exercées sur lui par celui-ci ou celui-là, il est forcé de plaire à tous en même temps qu'à chacun, il ne tardera pas à comprendre que la place n'est pas tenable et qu'il est impossible de diriger l'ouvrage d'un bureau de cette importance en de semblables conditions. Le Conseil-de-Ville lui accorde un joli salaire et c'est tant mieux, mais encore faut-il qu'il ait de la latitude, des pouvoirs réels, de l'autorité enfin ! Sans cela, rien n'est possible.

Encore ces charlatans.

M. de Lamirande nous informe que deux causes viennent d'être gagnées par le Collège des Médecins et Chirurgiens devant les tribunaux de la province. La première était instituée contre le sieur Barthélemi Thierney, de West Farnham, qui pratiquait la médecine, sans licence, depuis nombre d'années. Si nous ne faisons erreur, c'est ce même Sieur Thierney qui, tout dernièrement, s'adressait au Bureau Provincial de Médecine à l'effet de se faire octroyer une licence *prescrite*, suivant lui, par vingt-cinq années de services. Mais un jugement, une condamnation, une amende, ce n'est pas tout, il faudrait empêcher ce monsieur de continuer l'exercice illégal de la médecine. Le fera-t-on ?

La seconde cause touche de très près la profession montréalaise. Il s'agit de Maître Antoine Racicot, domicilié 220 rue St-Laurent. Ce digne vendeur de racines a confessé jugement et a payé capital et frais. C'est bien, c'est même très bien, mais est-ce que cela va empêcher le Racicot de continuer son commerce ? Pas du tout. Du reste, il aurait bien tort de le faire. Comment ! voilà un individu (qu'il veuille bien ne pas s'offenser de l'expression) qui bon an, mal an, voit des sommes considérables s'engloutir dans son escarcelle, qui a le don de se faire payer grassement la marchandise qu'il débite, (et if en débite Dieu sait comme,) et l'on serait assez naïf pour croire qu'il va se laisser décourager par une ou deux misérables amendes par année ? Allons donc. Nous sommes convaincu que Racicot n'a pas un seul mauvais client. Tous le paient en bonnes espèces. La clientèle est considérable, il n'y a pas à le nier, et lui donne peu de trouble, attendu qu'il n'a pas à se déplacer pour en prendre soin. Elle lui vient spontanément, toute faite, une véritable manne, quoi. On peut calculer facilement ce que cela peut rapporter. Eh bien ! qu'est-ce que cela lui coûte, après tout ? Cinquante, disons-nous même cent dollars par année, c'est-à-dire une ou deux amendes payées aux cours de justice sur la plainte du Bureau de médecine représenté par son agent. C'est bien peu, si l'on veut se donner la peine de comparer ces chiffres à ce que nous, médecins licenciés, perdons annuellement par le fait de clients malhonnêtes qui ne nous paient pas.

Il est donc bel et bon de courir sus aux charlatans, de leur faire rendre gorge autant que possible, mais il ne faut pas oublier que cela ne suffit pas. Il faut prévenir les récidives, il faut une loi contre les récidivistes, loi qui comporterait une amende bien plus forte ou la prison tout simplement.

Voyez Racicot qui vient de payer ses cinquante dollars d'amende et les frais d'une action de ce genre. A-t-il fermé boutique ? A-t-il franchi la frontière ? Allez frapper à la porte du n° 220 rue St-Laurent et vous l'y trouverez encaissant l'argent et distribuant ses racines comme si rien n'était. Pas plus tard qu'hier nous avons reçu une de ses circulaires glissée sous la bande d'un journal. A l'heure qu'il est il doit être rentré dans les déboursés de son dernier procès. Et c'est encore à recommencer. Cet homme-là se fiche de nous comme de l'an quarante, et, dans l'espèce, il a bien un peu raison.

Il nous faut donc une loi contre les récidivistes. Par la même occasion, qu'on nous en donne aussi une contre les *dames* qui se permettent (que ne se permettent-elles pas ?) de *pratiquer la botanique* à la Racicot. Une circulaire nous est arrivée l'autre jour, émanée de l'officine de Madame R. Desmarais et Lacroix (lequel des deux est l'heureux mari ? Est-ce Desmarais ? Est-ce Lacroix ?) C'est une vraie perle du genre. On y vante les qualités mirifiques du *Bimadgia*, de l'*Imogina*, du *Sirop Bimadis*, de l'*Anokitas* (à la bonne heure !), de l'*huile Andek*, du *liniment Angoa*, et des *ciroïnes en boîtes de Bakanad*, le tout inventé, préparé, vendu, etc. par la susdite Dame. C'est Racicot en jupons, avec un peu plus de littérature et moins de grammaire. Mais cela importe peu pour le moment. Sait-on bien ce que cette femme encaisse de gros sous par jour ? Et on la laisse faire ! Le jour n'est peut-être pas loin où quelque Gouverneur du Bureau la fera mander chez lui pour le guérir d'un mal d'aventure.

Un ami nous disait l'autre jour : "Savez-vous ce qu'il faudrait pour forcer le Bureau Provincial de Médecine à s'occuper un peu sérieusement et efficacement des charlatans ? Il faudrait n'élire comme gouverneurs que des médecins pauvres. Ce ne sont pas eux qui resteraient inactifs et qui tireraient de l'arrière pour faire cesser l'état de choses actuel relatif aux charlatans. Nos Gouverneurs d'aujourd'hui sont tous assez bien doués du côté de la fortune et peu leur importe sans doute que les charlatans s'enrichissent à nos dépens."

Nous donnons l'argument pour ce qu'il vaut, s'il vaut quelque chose, mais à coup sûr, il doit exister quelque part un moyen efficace de mettre fin aux *charlataneries* que nous venons de signaler. S'il n'existe pas, ce moyen, qu'on en fasse un, et que cela finisse.

M. Pasteur et M. le Dr Robillard.

M. le Dr E. Robillard, de retour d'Europe depuis quelque temps s'est imaginé sans doute que ses confrères du Canada étant fort arriérés en fait de connaissances scientifiques, il importait grandement de les tirer de l'ornière. Dans une conférence donnée au Bureau de Santé et à laquelle il avait convoqué quelques-uns des médecins de Montréal, il a daigné entretenir son auditoire des théories microbiennes de M. Pasteur, comme s'il se fut agi là d'un fait absolument nouveau.

Si M. Robillard a eu pour but d'éclairer ses confrères en leur parlant de choses tout à fait neuves et inconnues d'eux jusqu'à aujourd'hui, il peut être sûr d'avoir manqué son effet. Grâce à Dieu, nous ne sommes pas aussi en arrière que M. Robillard veut bien le croire, et chaque courrier d'Europe nous tient au courant des découvertes scientifiques du jour avec autant d'exactitude et de clarté que l'éminent conférencier le pourrait faire lui-même. Il n'est pas besoin d'avoir vécu quelques mois à Paris pour savoir que le microbe existe et que Pasteur est son prophète!

Nos confrères d'Europe voudront bien, nous les en prions, de ne pas nous prendre pour des ignares parce qu'il a plu à M. le Dr Robillard de venir nous parler de choses qui, pour se rapporter à des infiniment petits n'en sont pas moins infiniment connues de tous.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BELL (Clark).—*Shall we hang the insane who commit homicides?* by Clark Bell, Esq., of New York.

WILSON (H. C. P.).—*Foreign bodies left in the abdomen after Laparotomy*, by H. C. P. Wilson, A.M., M.D.

NOUVELLES MÉDICALES.

Le *Philadelphia Polyclinic* et le *Philadelphia Post Graduate Medical School* viennent de fermer leurs portes et leurs cours.

L'Université d'Edimbourg compte 3,396 étudiants inscrits. Dans ce nombre sont compris 1,724 élèves en médecine.

La Faculté de médecine de Paris ayant désigné pour la chaire d'hygiène, vacante par la démission de M. Bouchardat : en première ligne, M. PROUST; en deuxième ligne, M. LANDOUZY; le choix du ministre de l'Instruction Publique s'est arrêté sur M. PROUST.

Au Congrès international de Copenhague, on a présenté une statistique des médecins du monde entier. Il y en aurait un chiffre total de 189,650.

Le *American Journal of the Medical Sciences* sera transformé, en janvier prochain, en une publication anglo-américaine intitulée : *The International Journal of the Medical Sciences*, qui sera publiée simultanément sur les deux côtés de l'Atlantique. Le Dr I. Minis HAYS en sera le rédacteur américain et M. Malcolm MORRIS le rédacteur européen.

Hôpital Notre-Dame.—Durant le terme d'été le service chirurgical de cet hôpital est sous la direction de M. le Dr A. Lamarche. M. le Dr H. E. Desrosiers a pris la direction du service médical.

Nécrologie.—A Paris, M. Noël GUÉNEAU de MUSSY, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la licence et le doctorat en médecine ont eu lieu dans le cours du mois de juin. Les questions qui suivent ont fait le sujet de l'épreuve écrite.

PREMIER EXAMEN.

Anatomie : Origine, insertion et rapports des muscles de l'abdomen; bornes du canal inguinal.

Physiologie : Système nerveux. 1^o Propriétés spéciales des tissus nerveux. 2^o Disposition générale du système nerveux (cellules, fibres, centres nerveux, organes périphériques). 3^o Système nerveux sensitif. 4^o Système nerveux moteur. 5^o Coordination des mouvements. 6^o Actions réflexes.

Pathologie générale : Troisième période de l'inflammation, ou période de formation.

Histologie : Cellules nerveuses et tubes nerveux; description complète. Leur rôle physiologique.

Hygiène : Prescriptions hygiéniques concernant les écoles.

Chimie : Réactifs à employer pour la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine.

DEUXIÈME EXAMEN.

Pathologie interne : Dysenterie: Symptômes et traitement.

Pathologie externe : Les fractures : Causes, symptomatologie. Traitement.

Matière médicale et thérapeutique : Iodoforme.

Tocologie : Causes de l'avortement spontané.

Ophthalmologie et otologie : Névrite optique et ses indications cliniques; symptômes, étiologie, pronostic. Névrite optique et affections cérébrales.

Toxicologie : Empoisonnement par le chloral.

A la suite de ces examens, les degrés suivants ont été conférés.

Docteur en médecine : M. Jos. N. Legault.

Licenciés en médecine : MM. Jos. Rochon et Walter Lamarche.

Bacheliers en médecine : MM. A. Duhamel, J. B. Richard, Chs. Z. Marcell, S. Girard, A. Lavallée, H. Mayrand et R. Perrault.

NAISSANCES.

CUERRIER.—A St-Télesphore, le 23 juin, la dame du Dr J. Cuerrier, une fille.

DESROCHES.—A Montréal, le 24 juin, la dame du Dr J. I. Desroches, une fille.