

## 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.—De l'opium .....	449
REVUE DE PÆDIATRIE.—A travers mes livres; par Séverin LACHAPELLE, M. D., Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame.....	449
<b>Hopitaux, Cours et Dispensaires.....</b>	<b>452</b>
SOCIÉTÉS SAVANTES.—ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.—Séance du 15 août 1889.....	454
CORRESPONDANCE.....	457
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE:— <i>De la tuberculose pneumonique (JACCOUD)</i> .....	458
<i>Traitement de la chlorose (HULLMANN)</i> .....	462
<i>Coliques hépatiques (POTAIN)</i> .....	466
CHIRURGIE. — <i>Ostéopériostite du radius (VERNEUIL)</i> .....	468
<i>Des ostéites typhoïdiques (SCHWARTZ)</i> .....	470
<i>Epithélioma secondaire des ganglions sous-maxillaires (KIR- MISSON)</i> .....	472
<i>Traitement antiseptique des abcès (CHAMPIONNIÈRE)</i> .....	473
<i>Décollement des ongles (DURAND)</i> .....	474
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>Hygiène de la femme enceinte (GOLAY)</i> .....	474
<i>Présentation de l'épaule répétée treize fois chez la même femme (EUSTACHE)</i> .....	476
<i>Le symptôme de Hegar</i> .....	477
<i>Septicémie puerpérale (WIGGLESWORTH)</i> .....	477
<i>Traitement de la vaginite aiguë</i> .....	477
<i>Traitement de l'endométrite (DUMONT-PALLIER)</i> .....	479
<i>Le traitement de la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées (POTHERAT)</i> .....	481

( Voir la suite, page 5. )

**J. H. CHAPMAN**  
2294, RUE STE-CATHERINE, 2294  
AU COIN DE MCGILL COLLEGE AVENUE,  
MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions: Comptant.

## INSTRUMENTS ET APPAREILS DE CHIRURGIE

De toutes espèces, des meilleurs modèles et de qualité supérieure à prix modérés  
au comptant.

*Pansements Antiseptiques; Thermo et Galvano Cauteurs, Forceps Dubois, Tar-  
nier, Pajot brisé et autres; Instruments de O'Dwyer pour intubation du  
larynx; Chaise d'opération de Harvard, Clisses métalliques  
perforées de Lévis; Enema "Alpha" à courant con-  
tinu; Batteries Gaiffe, (les véritables)  
Waite & Bartlett, &c., &c.*

*Les médecins qui résident en dehors de la ville peuvent être assurés de la prompte et intel-  
ligente exécution des commandes qu'ils voudront bien m'adresser.*

Pour références s'adresser, par permission spéciale, à la Faculté de Médecine de  
l'Université Laval.

**J. H. CHAPMAN**

**Dr. J. LEDUC & CIE**  
**Pharmaciens - Chimistes**

**2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,**

*Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,*

**MONTREAL.**

---

**DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES**

PARFAITEMENT PURS.

---

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

---

**PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.**

---

*Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.*

---

**BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)**

---

**FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.**

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

**2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME**

*Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs*

**MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

<b>P</b> ÉDIATRIE.—Durée du sommeil chez l'enfant (POLLOCK).....	483
Les injections rectales de glycérine dans le traitement de la diarrhée et la chute du rectum chez les enfants (RICE).....	484
Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.....	484
Les yeux des bébés.....	485
Traitement de la coqueluche (LEWIS).....	485
Contribution à l'étude de la tuberculose dans l'enfance (DEMME)....	485
Traitement des affections bulleuses de la peau, en particulier chez les enfants (BULKLEY).....	487
De l'ascite aigue chez les enfants (RONDOT).....	487
<b>S</b> YPHILIGRAPHIE.—Syphilis et tuberculose; leur association (POTAIN)	489
Technique des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis (FOURNIER).....	493
symptômes précoces de la syphilis héréditaire (MILLER).....	496
<b>F</b> ORMULAIRE.—Angine de poitrine.—Rhinite catarrhale aigue simple. —Coryza aigu intense.—Rhinite scrofuleuse.—Cerumen.—Aménorrhée.—Hématurie.—Alopécie.—Acné.—Erysipèle.....	498
<b>B</b> ULLETIN.—Les congrès internationaux de 1889.....	449
L'association médico-chirurgicale du district de Joliette.....	500
Les injections de liquide testiculaire.....	500
Trop de réclame.....	501
<b>B</b> ULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	501
<b>C</b> HRONIQUE ET NOUVELLES.....	503
<b>N</b> AISSANCE.....	504

# DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

## 2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

### MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.

Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.

Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.

Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Lismousin; Pains Azymes.

Commandes par la Poste remplies avec toute l'attention et sous le plus court délai désirables.

Médecines remplies d'après la mesure avoir-du-Poids ou le système métrique.

## PHARMACIE G. DEMERS

### No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET  
— DE —

# REMEDES FRANCAIS

Eau de Vals,	Vin Chevrier,
Eau de Vichy,	Vin Creosoté,
Eau Carlsbad,	Vin Raphael,
Eau de Contrexéville,	Elixir Ducro,
Eau Bonne,	Goudron de Norwège
Eau Seidlitz,	&c., &c.,

**LAVIOLETTE & NELSON,**

PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT

7-87-7

MONTREAL.

---

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

## FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire, Professeur de Médecine légale et de Pathologie générale.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROSSEAU, M.D., *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

AZARIE BRODEUR, M.D., *Professeur de Clinique externe et gynécologique*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, attaché au cours de Chimie.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 1538, rue Notre-Dame, ou à

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

# TRAVAUX ORIGINAUX

## REVUE DE PÆDIATRIE.

A travers mes livres,

par SÉVERIN LACHAPPELLE, M. D.,

Médecin du dispensaire des Enfants à l'hôpital Notre-Dame. (1)

### De Popium.

C'est le sujet de la deuxième conférence de Jules Simon.

La thérapeutique infantile, comme la thérapeutique des adultes, est désarmée sans opium.

Les préparations suivantes sont les seules employées.

*Décoction de têtes de pavot.* Cette préparation est bonne pour l'usage externe, le dosage étant mathématiquement impossible en raison des grandes variétés des proportions de l'opium contenu dans le décocté.

*Laudanum de Sydenham.* Chaque gramme contient 27 gouttes.

Jusqu'à 1 an.....une goutte

“ 2 ans.....deux gouttes

Au dessus de 2 ans...trois “

Ces doses sont incorporées dans une potion de 120 grammes dont l'enfant peut prendre une cuillerée à café toutes les demi-heures. Il ne faudra jamais confondre le laudanum de Sydenham avec le laudanum de Rousseau, qui est deux fois plus actif.

*Elixir parégorique.* Cinq fois moins actif que le laudanum de Sydenham, l'on sait de suite à quelle dose il faut le donner. Il est d'usage plus facile, ne donnant pas aux potions une amertume désagréable, ne tachant ni les linges, ni les doigts, et surtout n'offrant pas les dangers d'une action trop forte : on ne cite aucun cas d'empoisonnement par le parégorique.

L'eau de têtes de pavots, le laudanum de Sydenham et l'élixir parégorique sont les calmants qui seuls peuvent être administrés aux enfants au dessous de deux ans.

*Sirop de codéine.* Claude Bernard a dit que la codéine était plus toxique que la morphine, moins soporifique, plus convulsivante : les

(1) Voir les livraisons précédentes.

conclusions de la clinique des enfants ne s'accordent pas avec les expérimentations physiologiques faites sur les chiens; or c'est la clinique qui est juge en dernier ressort. Le sirop de codéine, d'après la clinique, serait moins toxique, moins convulsivant, c'est à-dire que ses effets sont le contraire de ceux mentionnés par l'école expérimentale.

Vous donnerez le sirop de codéine à la dose de 5 à 10 grammes dans une potion de 120 gr. qui sera prise de demi heure en demi-heure, jusqu'à effet sédatif.

*Sirop dia-codé.* Moins actif que le sirop d'opium officinal, qui doit être proscrit de la thérapeutique infantile, mais plus que le sirop de codéine, par lequel il faudra toujours commencer la médication, le *sirop dia-codé* se donne à la même dose que ce dernier, c'est-à-dire, une ou deux cuillerées à café en vingt-quatre heures, dans une potion ou tisane.

*Poudre de Dover.* Dose 0.20 à 0.30 centigrammes.

*Contre-indications de l'opium.* Nous nous souvenons que l'émétique est contre indiqué dans les affections profondes et généralisées du poumon, telles que la broncho-pneumonie, la bronchite capillaire, la pneumonie, où toute perturbation brusque de l'organisme peut être suivie de collapsus et de syncope mortelle. La même loi préside à l'administration de l'opium chez les enfants; ainsi il est contre-indiqué dans les affections infectieuses et adynamiques telles que diphthérie, variole et rougeole graves, etc. Il ne faudra pas oublier dans les contre-indications un effet physiologique spécial de l'opium, qui est de congestionner la peau, exciter ses terminaisons nerveuses et provoquer des démangeaisons insupportables, et conséquemment ne pas le donner dans les *affections prurigineuses*, les brûlures.

*Diascordium.* Peu en usage aujourd'hui, nous le mentionnons comme une relique de l'ancienne pharmacopée; c'est un électuaire dans la composition complexe duquel il entre des toniques des astringents et de l'opium. Il était employé, associé au bismuth et au laudanum, contre les diarrhées de longue durée. La formule suivante est la plus ordinaire:

Laudanum de Syd.....	1 goutte
Subs-nitr de bismuth...	2 grammes
Dia-cordium....	0.50 à 2.00 "
Julep .....	120 "

à prendre par cuillerée à bouche d'heure en heure.

*Indications.* L'opium a son indication spécialement dans les maladies des voies digestives; qu'on relise ce que nous avons dit à ce sujet dans nos études sur la diarrhée des enfants. Seulement nous répèterons ici qu'avant l'âge de deux ans on ne se servira que du laudanum de Sydenham et de parégorique, et que l'opium doit toujours être fractionné dans ses doses quand il s'agit surtout

d'enfants à la mamelle. Donnez d'un seul coup une goutte de laudanum à un enfant de moins d'un an, la prostration, les autres signes de l'intoxication ne tarderont pas ordinairement à vous montrer votre imprudence; donnez, au contraire, cette goutte dans une potion et par cuillerées, l'enfant ne courra aucun danger, et vous obtiendrez rapidement, sans le dépasser, l'effet thérapeutique que vous aviez en vue de provoquer.

La dyspepsie nerveuse se révèle de bonne heure chez la jeune fille; dès l'âge de six ans, nous la rencontrons, surtout chez ces types d'enfants dans les traits et l'état mental desquels nous voyons déjà se dessiner tous les symptômes de l'hystérie.

Une hygiène physique et morale convenable, une gymnastique raisonnable, c'est-à-dire un traitement général tonique, voilà le traitement; cependant les préparations suivantes pourront être administrées, préparations dans lesquelles l'opium entre pour une certaine part :

Teinture de colombe.....	10 grammes
"    belladone .....	5    "
Elixir parégorique.....	5    "

5 à 10 gouttes avant les repas.

Contre l'élément douleur on élève le chiffre de l'élixir parégorique; si la constipation prédomine, on supprime l'opium, et on ne donne que la belladène.

Codéine . . . . .	$\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ centigr.
Poudre d'yeux d'écrevisse...	10    "
Magnésie.....	10    "
Rhubarbe. . . . .	5    "
Noix vomique.....	1    "

Une poudre avant les repas.

Lorsque les affections des voies respiratoires revêtent un caractère spasmodique, les formules suivantes produiront un bon effet.

Teinture de belladone	} à à 5 gram.
Alcoolature de racine d'aconit	
Laudanum de Sydenham.....	5 gouttes

Trois gouttes matin et soir en élevant progressivement la dose d'une goutte par jour, jusqu'à concurrence de 12 à 16 gouttes en 24 heures.

La formule suivante semble être d'un dosage plus facile.

Sirop de codéine	} à à 50 gram.
Sirop de belladone	

Une cuillerée à dessert par jour.

La codéine, ici, comme le laudanum dans la préparation précédente, est destinée à corriger l'action excitante de la belladène sur le système nerveux cérébral déjà si excitable de l'enfant.

Nous avons dit que dans les affections prurigineuses, l'opium était contre indiqué, cela ne veut pas dire qu'au début des fièvres éruptives il n'est pas indiqué; au contraire, il semble alors favoriser l'éruption et déterminer au profit de la peau une partie des manifestations pathologiques, mais ici encore il faut faire exception pour les formes graves dès le début, l'insomnie alors sera combattue par le bromure et le chloral.

Les affections nerveuses, les névroses, la chorée semblent souvent s'amoindrir plus sous l'action de l'opium que du bromure, celui-ci cependant conserve toujours sa place à haute dose dans les cas où l'excitation cérébrale paraît sous le coup de poussées congestives.

---

## HOPITAUX. COURS ET DISPENSAIRES.

(Notes recueillies par M. D. L.)

---

M. le professeur LARAMÉE fait remarquer que l'œdème cardiaque commence par les pieds.

---

Certaines *amblyopies* reconnaissent pour causes des désordres utérins. (Prof. FORCHER.)

---

Lorsqu'il s'agit de *chorée*, recherchez toujours la cause; la plus ordinaire est l'émotion ou la peur. (Prof. LARAMÉE.)

---

Pour la généralité des malades il vaut mieux éviter un séjour prolongé au lit. (Prof. LARAMÉE.)

---

Dans l'*urémie*, les convulsions sont pour ainsi dire plus "concentrées" que dans les autres maladies convulsives. (Prof. LARAMÉE.)

---

Dans un cas d'*œdème de la lnette*, M. le professeur BRENNAN prescrit des badigeonnages avec le glycérolé de tannin toutes les deux heures, et recommande l'analyse des urines.

---

M. le professeur LARAMÉE rappelle que les mécaniciens de locomotives sont souvent pris de rhumatisme, d'un état nerveux et de déchéance prématurée.

---

M. le professeur LARAMÉE, en parlant des blessés cérébraux, attire l'attention sur l'influence des traumatismes anciens, presque oubliés, dans la production d'accidents cérébraux divers.

Les écoulements de l'oreille doivent être traités et guéris. C'est une grossière erreur de croire que l'arrêt de l'écoulement exposera à une métastase au cerveau; cette croyance est le résultat d'une observation incomplète des faits. (Prof. FOUCHER.)

Il ne faut pas craindre de se servir d'un anesthésique (administré toujours par un médecin compétent, et ce n'est pas le premier venu qui l'est!) pour le diagnostic et la réduction des fractures et des luxations. Le résultat thérapeutique en dépend souvent. (Prof. BRENNAN.)

La nature des douleurs, dit M. le professeur FOUCHER, suffit généralement pour établir le diagnostic différentiel entre une conjonctivite et une iritis: dans la conjonctivite, les douleurs sont localisées à l'œil ou aux paupières, dans l'iritis, elles s'irradient au pourtour de l'orbite.

Les cathéters malpropres causent des désordres aussi graves qu'en produisent une sonde utérine septique: fièvre urétrale, cystite, etc. Morale: toujours désinfecter avec soin ses cathéters; les tenir continuellement dans un liquide antiseptique pendant qu'ils sont d'un usage fréquent pour un patient, et pratiquer au besoin des lavages antiseptiques rétrogrades de l'urèthre avant et après chaque cathétérisme. (Prof. BRENNAN.)

Deux causes très fréquentes de désordres de l'utérus et de ses annexes sont la blennorrhagie et la mauvaise habitude qu'ont les femmes de se lever trop tôt après leur accouchement avant que l'utérus n'ait repris son état normal; on ne saurait trop insister sur ce dernier point, source oubliée de misères utérines; car les désordres ne sont pas manifestes de suite très souvent, mais seulement plus tard. (Prof. BRENNAN.)

Dans la blennorrhagie, surtout chronique, essayez les injections rétrogrades de glycérolé à l'acide borique, d'une solution saturée d'acide picrique ou de la formule suivante :

Créosote .....	10 gouttes.
Hamamelis .....	.....
Hydrastis .....	ââ 20 "
Eau ou eau de roses, pour.....	4 onces.

Chacune de ces dernières solutions doit être diluée de façon à éviter la cuisson. (Prof. BRENNAN.)

*Traumatismes des doigts.*—Chirurgie conservatrice, surtout pour le pouce et l'index; pour l'annulaire, la désarticulation métacarpo-phalangienne donne dans beaucoup de cas une main moins nuisible que lorsqu'on pratique une désarticulation ou une résection phalangienne. Il faut voir à placer la cicatrice dans la meilleure position possible. Dans tous les cas, en adoptant un procédé, il faut songer aux besoins ultérieurs du patient. C'est dans ces traumatismes qu'il importe de faire consciencieusement de l'antisepsie—l'ami chirurgical du pauvre et l'ennemi pécurier du médecin honnête—afin d'obtenir une première intention, évitant ainsi la suppuration et une guérison tardive. (Prof. BRENNAN.)

## SOCIÉTÉS SAVANTES.

### ASSOCIATION

#### DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Seance du 15 août 1889.

Présidence du docteur A. DAVID.

M. le docteur S. GIRARD présente un malade avec une histoire très intéressante dont voici le résumé :

Le patient est marié, âgé de 31 ans, barbier de son état : c'est un sujet bien amaigri, pesant à peine cent livres; tempérament excessivement nerveux, teint très brun. Son père est en bonne santé, mais en proie à des congestions cérébrales. La mère est morte à la suite d'un accouchement. Ses frères et sœurs vivent tous et ont une excellente santé.

A l'âge de dix-sept ans, le malade a eu une pleurésie purulente qui l'a tenu au lit pendant plus de deux ans. La suppuration s'étant fait jour au dehors, il s'est établi une fistule qui a persisté pendant sept ans. Aujourd'hui le côté gauche est déprimé depuis la cinquième côte. Le cœur bat entre la deuxième et la troisième côte. Le poumon est refoulé au sommet du thorax et on y perçoit à peine un léger murmure vésiculaire. Vu la rétraction des côtes, la rate paraît peu accessible à l'examen. Le foie est normal. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

La maladie actuelle date de quatre mois. Elle a débuté du côté de la tempe droite par quelques taches pigmentaires brunes accoutées qui se sont réunies pour former une large plaque ressemblant à une ecchymose. Quelque temps plus tard une semblable lésion apparut du côté gauche; puis sur le front et de chaque côté du nez. Tout le reste du corps est indemne. L'apparition de la lésion était accompagnée d'un peu de démangeaison; aucun symptôme inflammatoire ni oedémateux. La pression digitale ne change aucunement la lésion et n'éveille point de douleur. La décoloration devient un peu plus rougeâtre depuis quelque temps et commence à disparaître un peu, cette disparition se fait par desquamation épidermique laissant une peau lisse et luisante. Le malade aurait eu une jaunisse il y a quelques années et son teint serait depuis demeuré subictérique. Les ferrugineux, la quinine, une diète généreuse ont constitué le traitement. Aujourd'hui, le malade est au pyrophosphate de soude.

Le docteur BRENNAN croit à un cas de *mélano-dermie*, de *chloasma*, et demande si la compression ou des lésions du voisinage de la rate ne pourraient pas être invoquées, vu la rétraction très considérable de tout le thorax gauche surtout vers la base. Le sujet est manifestement nerveux, névralgique, et le fait de la persistance d'un teint manifestement subictérique et de l'apparence de l'éruption notée prouveraient, croit M. Brennan, un dés-ordre manifeste de la pigmentation et des organes qui y président. La desquamation épidermique particulière à ce cas laissant à sa suite une surface saine, localiserait le dépôt pigmentaire à la couche épidermique. Il attire l'attention sur la distribution de l'éruption symétrique et sur le trajet des gros troncs artériels de la face. Le docteur suggérerait l'analyse microscopique de l'épiderme et l'analyse des urines au point de vue du pigment. Il conseillerait le salicylate de soude à l'intérieur.

Le docteur DAVID semble croire que les lésions sont d'origine vasculaire et dit que le fait de la résorption d'une première éruption semblable il y a quelques mois semblerait prouver cette origine.

Le docteur GIRARD fait remarquer la disparition des poils dans toute l'étendue de l'éruption.

Le docteur DESJARDINS rapporte un cas très intéressant de brûlure. Le patient qui souffrait d'une stomatite ulcéreuse se servait de *pastilles comprimées de chlorate de potasse* contre cette affection, et les portaient enveloppées dans un morceau de papier placé dans une poche de pantalon reposant sur la hanche; cette poche contenait en outre un grand canif. Le sujet s'étant assis pe- amment sur un siège dur, il se fit aussitôt une détonation due au choc des pastilles sur le couteau et le feu prit aux habits qui étaient très huileux. La brûlure mesure 8 ou 9 pouces sur 5 ou 6, et est au troisième degré dans toute son étendue et bien délimitée.

Ce cas suscite, de la part de plusieurs membres des remarques pratiques sur l'exploisibilité de beaucoup de préparations au chlorate de potasse et sur le peu de précautions dont on entoure l'usage de ce médicament dangereux devenu quasi domestique.

Le docteur J. N. MOYR rapporte un cas de *lésion traumatique du vagin*. La femme était montée sur une chaise pour ajuster un rideau; le meuble glissant, elle tomba et un des montants de la chaise, pénétra violemment dans le vagin, produisant une déchirure de la muqueuse dans une étendue de trois pouces. L'hémorragie, quoique très profuse, fut contrôlée par du coton styptique et le tamponnement. La patiente guérit sans complication.

M. HARWOOD signale la guérison par première intention de plusieurs *kystes* du cuir chevelu opérés par ce que l'on pourrait appeler la *methode circulaire*, ou plus correctement demi-circulaire. L'incision est faite dans la demi-circonférence de la tumeur à sa base, là où le cuir chevelu commence à quitter la tumeur. On est certain, en opérant ainsi, de ne pas entamer le sac; l'énucléation est bien facilitée et on obtient un lambeau demi-circulaire plus favorable à une réunion immédiate que ne le sont la cavité et les deux lambeaux qui résultent de l'incision linéaire faite au sommet de la tumeur.

Le docteur BRENNAN rapporte deux cas de vice de *conformation de l'anus*. Dans le premier on ne retrouvait au périnée qu'un Y formé par la réunion des deux plis fessiers et du raphé périéal, pas de trace d'anus ni de sphincter, ni apparence de rectum. Les parents ne voulant pas entendre parler d'opération, l'enfant mourut au bout de quelques jours, imperforé!

Dans le second cas il existait un anus bien conformé et un bout de rectum de un pouce et demi se terminant en cul-de-sac. Le second jour, le ballonnement étant considérable, et M. Brennan percevant une certaine élasticité au fond de ce cul-de-sac, on fit une ponction avec un trocart et on agrandit avec un couteau boutoné l'ouverture ainsi obtenue. Le résultat fut nul, même après des efforts persistants. L'enfant mourut à l'âge de cinq jours. L'autopsie, dans les deux cas, n'a pu être obtenue.

Le docteur BRENNAN rapporte les détails d'une hystérotomie qu'il a pratiquée, en compagnie du médecin de la famille de la patiente, pour un cas d'*inversion complète de l'utérus*. L'inversion serait survenue *spontanément* le deuxième jour après la délivrance; des tentatives infructueuses de réduction avaient été faites. M. Brennan vit la femme le cinquième jour, et trouva la surface de la tumeur—qui mesurait environ douze pouces de circonférence—toute grangrénée et secretant un liquide sanieux très infect. La malade supporta bien l'opération, les symptômes ne permettant pas d'hésiter sur son opportunité—qui fut faite avec l'écraseur de Chassaignac et dura une heure. L'hémorrhagie fut presque nulle. La patiente parut se relever un peu après l'opération, mais suc-

combu le surlendemain au choc et aux progrès des manifestations sépticémiques prononcées qui s'étaient montrées dès le quatrième jour après la délivrance.

---

## CORRESPONDANCE

---

Monsieur le Rédacteur de "L'UNION MÉDICALE DU CANADA."

Monsieur,

Je me fais un devoir de vous communiquer copie de la résolution suivante, vous priant de vouloir bien lui donner publication dans "L'UNION MÉDICALE."

"Proposé par le Dr. M. S. Boulet, appuyé par le Dr. J. Paquette, que le Secrétaire donne avis à l'UNION MÉDICALE et à la Gazette Médicale de Montréal que l'Association Médico-Chirurgicale du District de Joliette qui vient d'être fondée l'a été dans un but de protection et d'instruction mutuelles, dans l'intérêt de la science et de la profession médicale, et surtout pour favoriser l'union de tous les médecins du District de Joliette.

"Adopté unaniment."

Par ordre

P. J. L. BISSONNETTE, M. D.

Séc. Très.

St-Esprit, 31 Juillet, 1889.

---

—Secret médical, secret de Polocainelle gardé par les gendarmes.

—Les traités de pathologie sont des schémas sur lesquels chaque malade dessine sa silhouette.

—Nous devons nous méfier des diagnostics d'intuition; il ne faut pas cependant en faire tout à fait fi.

—Rien de plus simple que de constater un symptôme; rien de plus difficile que d'en interpréter la signification.

—Les médecins sont comme certaines jolies femmes que l'on hait ou que l'on adore—d'instinct—sans trop savoir pourquoi.

—Le médecin est un pilote naviguant dans des parages dont il a reconnu tous les écueils et sondé toutes les passes; à quoi peut lui servir son habileté si le navire, mal construit ou trop vieux, n'obéit pas au gouvernail?

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE.

**De la tuberculose pneumonique.** Clinique de M. le professeur Jaccoud, à l'hôpital de la Pitié. Messieurs, j'attirerai aujourd'hui votre attention sur un malade que vous avez vu dans le service, et qui se présentait avec des symptômes qui devaient tout d'abord faire songer à la *pneumonie*.

Dès le 30 jour cependant, j'écartai ce diagnostic par les raisons suivantes :

1o Une interrogation minutieuse nous apprit que le malade avait été pris *soudainement* des symptômes pneumoniques qu'il présentait : la veille, il avait travaillé comme d'habitude. Mais, en serrant d'un peu plus près nos questions, nous apprîmes que, sans s'aliter, sans changer sa vie, cet homme, *depuis deux mois*, avait remarqué qu'il était moins en train, qu'il perdait ses forces, sans souffrance locale, à la vérité. Dans les derniers temps il s'était joint à cette lassitude des *transpirations nocturnes*.

La maladie pulmonaire avait donc éclaté *soudainement, mais non pas au milieu d'une santé parfaite*.

2o La deuxième circonstance qui devait peser sur notre diagnostic est tirée *d'un rapport entre l'état du poumon et la date de la maladie*.

Au 30 jour, la prétendue pneumonie était assurément grave; l'état général du malade était sérieux au premier coup d'œil. Mais si l'on en arrivait à l'auscultation, on ne pouvait percevoir que quelques râles difficilement saisissables; pas trace d'hépatisation. Or, à cette date, les symptômes généraux existant, on aurait eu, dans une pneumonie franche, des signes très nets d'hépatisation.

3o Les *crachats* contenaient beaucoup trop de sang. Ils n'étaient pas du tout pneumoniques. On ne pouvait pas non plus les dire hémoptoïques. C'étaient des crachats *d'hémoptysie*.

Par ces différentes raisons, je conclus à une *tuberculose pneumonique*.

Les faits subséquents m'ont donné entièrement raison. Le lendemain, il y eut une hémoptysie véritable.

Plus tard, lorsque l'hémoptysie eut diminué, on fit la recherche des bacilles qui fut couronnée d'un plein succès.

En somme, nous avons très nettement affaire à la forme nosologique que j'ai décrite sous le nom de *tuberculose pneumonique hémorragique*.

Remarquons que, dans le cas qui nous occupe, il est une circonstance qui pouvait faire hésiter quelque peu notre diagnostic.

Ordinairement, dans la forme hémorragique, l'hémoptysie est *initiale* : elle se produit dès le premier jour.

Ici, le délai a été beaucoup plus long. Le 3e jour, les crachats étaient sanglants, mais enfin il n'y avait pas d'hémoptysie. La possibilité de ce délai est utile à connaître.

La tuberculose pneumonique n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire.

Le mode du début peut d'ailleurs varier.

I. La tuberculose pneumonique éclate brusquement, mais non pas, comme on le dit, dans le cours d'une parfaite santé. Si l'on recherche soigneusement les antécédents, on trouve toujours que, avant l'explosion de la pseudo-pneumonie, il y a eu des indices d'une altération générale graduelle de la santé, sans souffrance locale, cela absolument comme dans la granulose aiguë.

La durée de cette phase préalable peut aller de deux semaines à deux mois dans la généralité des cas. L'individu n'est pas obligé de s'aliter ni de quitter son travail. Mais il le fait avec peine : il sent que "ça ne va pas". C'est également dans ces conditions qu'éclate la granulose aiguë.

Dans le type le plus intéressant de tuberculose pneumonique, les choses se passent comme chez notre sujet. Tout à coup, frisson, point de côté, gêne respiratoire. En quelques heures, le sujet passe de la situation d'un homme bien portant à celle d'un malade gravement atteint.

Remarquons que le frisson n'est pas toujours unique. Il y a souvent de petits frissons répétés. Israël a même donné la multiplicité des frissons comme constante. Je crois qu'il y a là une erreur due à une série fortuite.

Par la suite, les choses évoluent comme dans une pneumonie, *sauf l'état local*. L'hépatation est très tardive. Dans une pneumonie vulgaire, à circonstances égales, l'hépatation a lieu bien plus tôt.

Lorsqu'au début de la pseudo-pneumonie existe l'hémoptysie, le diagnostic doit être fait.

Ajoutons que, dans cette forme, *la lésion est toujours unilatérale*. Le côté droit paraît affecté d'une façon spéciale. En outre, *la lésion débute au moins aussi souvent à la base qu'au sommet*.

Il est évident que lorsqu'il en est ainsi et qu'on arrive à la phase d'hépatation, s'il n'y a pas hémoptysie, le diagnostic est à peu près impossible.

II. Dans une 2e variété, la similitude avec la pneumonie est moins grande. Il y a bien un début brusque avec de la fièvre :

mais celle-ci est moins forte que dans le cas précédent. Le malade est moins rapidement atteint. Au 2<sup>e</sup>, au 3<sup>e</sup> jour, on ne le trouve pas dans un état grave. La gêne respiratoire, l'état de la température qui est à 30<sup>o</sup>, font plutôt penser à la *broncho-pneumonie*. Mais ce diagnostic est écarté par l'auscultation, qui nous révèle des *lésions unilatérales*.

III. Le 3<sup>e</sup> mode diffère un peu des précédents : ici pas d'explosion brusque. A la suite d'une altération de la santé analogue à celle que nous avons signalée dans les cas précédents, l'individu se met à tousser, perd de plus en plus ses forces ; il a quelques frissons le soir. Le début ressemble donc à celui de la tuberculose chronique. Les choses marchent ainsi pendant un mois, six semaines, deux mois, et l'on croit au début d'une tuberculose chronique, lorsqu'un jour, sans raison saisissable, l'individu devient plus malade. L'auscultation, au grand étonnement du médecin, ne révèle nullement le catarrhe des sommets, mais bien une infiltration compacte d'un des lobes inférieurs. C'est même dans cette forme que la ressemblance stéthoscopique avec la pneumonie est la plus complète.

La première variété est évidemment celle qui mérite le nom de *tuberculose pneumonique*. Il faut cependant que je vous préviusse tout d'abord contre une erreur que j'ai peut-être fait naître dans votre esprit. Chez notre malade, l'hémoptysie s'est arrêtée de bonne heure. Bientôt le sang a été mêlé à des matières mucopurulentes. C'est alors (8<sup>e</sup> jour) qu'on a trouvé des bacilles. Pensez-vous que les bacilles avaient huit jours de date ? Non assurément. Des bacilles ne se révèlent pas au bout de huit jours d'existence. Leur présence prouve qu'ils s'étaient développés en quelque point pendant cette période de détérioration de deux mois.

Ce que je veux bien vous faire savoir, c'est que, *dans la période franchement aiguë de la tuberculose pneumonique, on ne trouve pas d'ordinaire de bacilles*. Sans cela, ce serait un signe diagnostique d'une telle importance que je me serais hâté de l'écrire en tête.

Messieurs, l'évolution de cette forme morbide est très variable.

1<sup>o</sup> Le malade peut être tué par l'hémoptysie, en pleine acuité initiale (15 premiers jours).

2<sup>o</sup> Il peut survivre six semaines, deux mois, deux mois et demi, et succomber alors sans que l'acuité de la maladie se soit démentie.

L'état fébrile est resté constamment aussi prononcé que dans les premiers jours. Dans ces cas, les lésions ne restent pas toujours bornées à l'appareil respiratoire. Elles peuvent se diffuser à l'abdomen ou au cerveau.

3<sup>o</sup> Dans un 3<sup>e</sup> groupe, la survie est plus longue, de plusieurs mois quelquefois. Il y a alors, à un moment donné, atténuation dans les phénomènes fébriles. Mais les lésions marchent quand même, marchent avec rapidité, et en quelques mois atteignent le développement qu'elles acquièrent dans la phthisie au bout de

une ou plusieurs années. C'est une véritable phthisie galopante.

40 Enfin, dans un 4<sup>e</sup> ordre de faits, il arrive un moment où la fièvre, après avoir diminué, prend fin, et où l'on observe la transformation d'une maladie aiguë en maladie chronique. Si cela se passe à une époque voisine du début, le malade a les chances inhérentes à une tuberculose torpide, chronique, qui peut s'améliorer, et peut être guérie (?), qui en tout cas peut permettre une survie plus ou moins longue.

Vous comprenez, Messieurs, que c'est à obtenir ce dernier résultat que doivent tendre tous nos efforts. Tant que le malade a une fièvre continue, il n'y a rien à espérer. C'est donc à s'efforcer de supprimer la fièvre que se bornera la thérapeutique. Aussi voici quelle est ma pratique en pareil cas :

C'est à l'acide salicylique que j'ai recours et je le donne de la façon suivante : Le 1<sup>er</sup> jour, 2 grammes ; le 2<sup>e</sup> jour, si l'effet a été nul, 2 gr. encore. S'il y a eu détervescence, 1 gr. 50 ; le 3<sup>e</sup> jour, 1 gr. 50 ; puis deux jours de repos, après quoi je recommence de la même manière. Cette méthode pourrait être employée de la même façon avec la quinine, mais je lui ai trouvé en pareil cas moins d'efficacité.

A ce traitement, on ajoutera les deux médicaments des affections infectieuses, alcool et quinquina.

Je dois vous dire toutefois qu'avec ce traitement vous n'obtiendrez le plus souvent absolument rien, pas même un abaissement de température de 1 ou 2 dixièmes. Essayez alors un autre antipyrétique et si votre insuccès est le même, soyez certain que votre malade va succomber rapidement.

Dans d'autres cas, un peu moins rebelles, la température s'abaisse, mais on ne rompt pas la continuité de la fièvre. Elle oscille autour de 40° ; elle oscille maintenant autour de 39°. Mais elle reste continue. Le pronostic reste aussi fatal : seulement il faut savoir que cet abaissement est quelquefois le premier indice de l'intermittence que vous cherchez.

Enfin dans un troisième groupe de faits, la continuité de la fièvre finit par céder à vos efforts : elle disparaît le matin. C'est là un résultat notable.

Dans les cas les plus favorables, et malheureusement les plus rares, la fièvre du soir disparaît également, et la maladie aiguë a fait place à une maladie chronique comme je vous l'exposais tantôt.

Messieurs, la tuberculose pneumonique n'est pas très rare. Vous en rencontrerez certainement des cas dans votre pratique. En raison de son issue presque toujours fâcheuse, ne promettez pas trop. Insistez sur l'intérêt qu'il y a à combattre la fièvre. Mais en même temps avertissez la famille de la gravité du pronostic. La brusquerie du début, la ressemblance de la maladie avec une pneumo-

nie, maladie qui guérit d'ordinaire, font rejeter à l'entourage l'idée d'un danger immédiat.

Votre devoir, si pénible qu'il soit, est de l'avertir de la possibilité d'un dénouement prochain et fatal.—*France médicale.*

**Traitement de la chlorose,** par HELLMANN.—La chlorotique est avant tout une constipée. La première indication est donc de la déconstiper, le fer ne vient qu'après. Schulz et Strübing ont dernièrement préconisé le soufre dans la chlorose ; ils n'ont pas pu voir que son état purgatif explique leur succès. Mais ces messieurs le donnaient à dose non purgative. Qu'importe à Hüllmann ?—Notre confrère assure d'ailleurs sa cure purgative en lui adjoignant une *cure de marche réglée*, d'où résulte une grande amélioration des fonctions respiratoires et circulatoires ; tous les trois ou quatre pas une respiration, et n'expirer qu'après avoir fait autant de pas.—Combien de pas à la minute ? 70 si l'inventeur le permet.—*Lyon médical.*

**De l'estomac cardiaque.**—Parmi les phénomènes d'ordre extrinsèque dans les maladies de cœur, il faut citer, par ordre de date souvent et d'importance toujours, les troubles gastriques. Ils se manifestent sous forme d'avertissements ou de symptômes dans les cardiopathies. Ce sera *l'estomac cardiaque*.

Le GASTRICISME INITIAL.—Il arrive bien souvent que les maladies de cœur se révèlent au malade par des perturbations des fonctions digestives ; l'état du cœur est masqué parfois par une dyspepsie permanente et vraie, ou bien, ce qui est plus fréquent, par une atonie de l'estomac avec ou sans dilatation.

Que de fois un malade vient se plaindre de lenteur de la digestion avec production de gaz, constipation, malaise à la fin de la digestion stomacale ; si on l'examine, on constate une distention ou une dilatation de l'estomac avec ou sans clapotement, en un mot, une atonie de l'estomac. Si le diagnostic s'arrête là, le malade est compromis. Si en vertu de ce diagnostic privé de sens, on prescrit les pepsiques ou les peptones, les absorbants ou les purgatifs, les amers ou les toniques, l'hydrothérapie ou les eaux minérales, le danger va se dessiner bientôt, et s'accroître jusqu'à ce qu'un médecin plus attentif et prévenu de ces fallacieuses éventualités reconnaisse la cause de ces désordres gastriques, c'est-à-dire l'affection du cœur qui en est effectivement le point de départ.

Le malade est entré gastrique dans votre cabinet de consultation, il en sort cardiaque.

D'où provient l'erreur souvent si longtemps prolongée au détriment du malade ? A la suite des atonies stomacales, il se fait souvent une accumulation de gaz tellement marquée qu'il en résulte un refoulement du diaphragme vers la cavité thoracique et,

par conséquent, une gêne plus ou moins marquée de la respiration ; c'est cette oppression mécanique qui est trompeuse, car il s'agit d'une dyspnée de travail, d'une dyspnée cardiaque.

Comment reconnaître cette origine de la dyspnée ? Comment retrouver le cœur malade au milieu de ces troubles de l'estomac ? Dans la plupart des cas, rien n'est plus facile ; il s'agit d'avoir le soin d'examiner attentivement le cœur pour trouver la lésion originelle. En effet, il s'agit alors ordinairement de lésions aortiques, ou, pour être plus précis, de rétrécissements ou d'*insuffisances aortiques*, qu'il est impossible de méconnaître. Dans un travail anglais, publié en 1867, Leared (*Med. Times*) annonce que, sur huit observations, sept fois il existait une lésion aortique, rétrécissement ou insuffisance ; dans une seule observation le malade était atteint d'une lésion mitrale. Or, notez que souvent les malades se taient de l'hôpital sans avoir été auscultés. Leared raconte l'histoire d'un cocher d'omnibus qui, après avoir été traité pour une dyspepsie douloureuse, sortit de l'hôpital, et tomba mort de son siège ; l'autopsie révéla une insuffisance aortique et un estomac parfaitement sain. M. Huchard rapporte l'observation d'un homme atteint d'*insuffisance aortique*, chez lequel la lésion cardiaque ne s'est pas révélée pendant longtemps que par des troubles violents de l'estomac ; ici du moins la maladie du cœur fut reconnue avant la mort, qui eut lieu à la suite d'accès d'angine de poitrine provenant de la lésion aortique et coronaire. Nous verrons la légende de ces angines de poitrine dites d'origine gastrique où il s'agit simplement de rétablir l'ordre de succession, et de reconnaître, si c'est possible, l'angine scléro-coronaire qui mène à la mort sous prétexte de gastricisme, et ne diffère, en réalité, en rien des angines coronaires vraies. Sans anticiper sur cet enchaînement des symptômes gastriques et cardiaques, nous avons à répéter avec insistance qu'il s'agit dans la grande majorité de gastricismes cardiaques, d'une lésion facilement accessible à nos moyens d'investigation et trop souvent méconnue par suite d'une coupable ignorance ou négligence ; souvenons nous de ces insuffisances aortiques foudroyantes, et mentionnons ainsi les anévrysmes aortiques qui ne se révèlent que par le gastricisme : un malade de Broadbent est mort à la suite de la rupture d'un anévrysme ; le médecin avait oublié l'auscultation.

Il n'y a de difficulté réelle que pour les *myocardites scléreuses* ou fibro-graisseuses qui, elles aussi, se dessinent au début des atonies de l'estomac, souvent aussi par des dyspepsies chimiques, sans se révéler par des signes palpables.— Ces myocardites se relient presque toujours aux artério-scléroses soit des artères en général, soit spécialement des artères coronaires ; leur phénoménalité est toujours obscure et on comprend, en pareil cas, une méprise sur l'origine du gastricisme ; mais n'oublions pas le phénomène dominant, et tout aussi précoce que la gastro-

atonie, je veux parler de la *dyspnée du travail* à laquelle se joint bientôt l'*arythmie* ; ces deux symptômes ne sont pas à négliger.

Le diagnostic étiologique de l'atonie simple ou dyspeptique est un peu plus facile si on la considère dans les *hypertrophies* cardiaques, qui résultent aussi bien souvent des artério-scléroses ; ici du moins l'examen physique, la percussion surtout, peut fournir d'utiles renseignements sur l'état du cœur, par conséquent sur l'origine de troubles gastriques.

Il est bien remarquable que tous ces phénomènes digestifs se rattachent directement ou indirectement à une cardiopathie artérielle, sans qu'on puisse en fournir l'interprétation. Il est du moins certain que la lésion cardiaque aortique influence le développement des dyspepsies simples ou atoniques, sans qu'on puisse les rattacher à un trouble de circulation de la muqueuse de l'estomac. Les Allemands attribuent à une hyperhémie passive tous les phénomènes rétroactifs vers l'estomac ou les organes abdominaux ; s'il en est ainsi, d'où vient donc l'immunité de l'estomac dans les affections mitrales à leur début, dont on connaît le fâcheux privilège de provoquer des stases dans les organes abdominaux.—L'hyperhémie n'explique pas la dilatation atonique, ni même les dyspepsies chimiques, qui d'ailleurs ne s'observent qu'à une période avancée des maladies cardiaques.

Avant de se prononcer sur la pathogénie des affections gastriques d'origine cardiaque, il faudra être fixé sur la nature des gastro-atonies. Sont-elles accompagnées d'hyperchlorhydrie, ce qui est douteux ; ou d'une acidité normale, ainsi que je l'ai constaté chez un certain nombre de cardiaques qui paraissent jouir d'une bonne santé générale, ou bien existe-t-il une dyspepsie chimique avec anachlorhydrie, ainsi que je l'ai observé chez les cardiaques frappés depuis longtemps déjà ? Ces questions préliminaires ont besoin d'être résolues avant qu'on ait le droit de juger le mode de production des atonies diverses ; l'influence de la gêne circulatoire et même de la composition du sang sur les sécrétions gastriques n'est pas encore connue.

Il est toutefois une loi de physiologie qui se vérifierait dans ce cas et s'y appliquerait ; c'est que les sécrétions sont maintenues chaque fois qu'il y a augmentation de pression dans le système artériel général et dans celui des glandes en particulier.—Dans les cardiopathies artérielles, la sécrétion est normale, ainsi que dans toutes les lésions aortiques compensées par l'hypertrophie du cœur ; elle manque dans les dilatations du cœur et les dégénérescences du myocarde ; n'est-ce pas ainsi qu'on peut s'expliquer la rareté des atonies dyspeptiques dans les insuffisances du muscle et les insuffisances de la valvule mitrale ? N'est-ce pas là la cause des affections gastriques chez les artério-scléreux ? Si l'observation ultérieure confirme les données relatives à la chlorhydrie régulière de ces artériques, l'interprétation sera exacte.—Voici des

faits intéressants à l'appui.—Dans le dernier numéro du *Zeitschrift für klinische Medizin*, Grossmann produit des recherches intéressantes démontrant que, dans les cardiopathies avec stases du sang, les aliments présentent des diversités au point de vue de leur résorption.—Les fécules se résorbent comme d'ordinaire, même quand la bile et le sucre pancréatique manquent (Muller); c'est cette absorption des fécules qui souffre le moins. Les albuminoïdes sont moins indemnes; la graisse ne s'absorbe plus, elle se perd trois fois plus qu'à l'état normal (18 p. 100 au lieu de 5). La conclusion est facile à tirer au point de vue du régime. Au point de vue doctrinal elle confirme nos prévisions.

2<sup>o</sup> GASTRICISME TARDIF.—Dans les périodes avancées ou troublées des cardiopathies l'estomac reste rarement indemne et, cette fois, par l'effet de stases abdominales; il survient de l'anorexie, des douleurs stomacales pendant la digestion; l'absorption des produits de la digestion semble être enrayée; les malades pâlissent, maigrissent et tombent dans cet état qu'on a appelé *cachexie cardiaque* sur laquelle MM. Gendrin et Peter ont tant insisté, en l'invoquant même comme la cause des hydropisies. Mais ce n'est pas là qu'est le danger; ce n'est pas là la cause des infiltrations; l'appauvrissement du sang et son état hydrémique supposé ne sauraient produire le moindre œdème sans le secours des obstacles circulatoires; c'est l'inanition générale, le dépérissement de tous les tissus qui compromet le fonctionnement des organes; l'état cachectique n'est que le degré le plus avancé de cette déchéance; il s'établit là un cercle vicieux; l'estomac cesse de digérer et l'inanition qui en résulte provoque à son tour son impuissance fonctionnelle.

3<sup>o</sup> CRISES GASTRIQUES DES ATAXIQUES CARDIAQUES.—Nous devons signaler à l'occasion de l'estomac cardiaque une autre série d'accidents gastriques, qui, sous le nom de *crises gastriques*, s'observent chez les tabétiques cardiaques. On connaît maintenant la coïncidence des lésions du cœur et surtout de l'orifice aortique avec l'ataxie locomotrice, mais sans connaître le trait d'union de ces affections si distinctes par leur siège et leur nature, comme le sont d'une part les lésions cardiaques, et, d'autre part, les lésions médullaires, ou plutôt, d'après les recherches modernes, les névrites périphériques caractérisant le tabès; nous discuterons ailleurs ces singulières rencontres. Ici nous n'avons qu'à signaler les crises gastriques qui arrivent chez les tabétiques cardiaques ni plus ni moins souvent que chez les ataxiques dont le cœur est indemne. Ici encore c'est l'aortie qui domine; le trouble gastrique, dont l'origine est dans le système nerveux centrale ou périphérique, est souvent caractérisé par une hyperchlorhydrie très accentuée qui provoque, ou du moins qui accompagne ces violentes crises douloureuses avec ou sans vomissements.—*Gazette des hôpitaux*.

**Coliques hépatiques.**—Clinique de M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—La présence, dans notre clinique, d'une malade, atteinte de lithiase biliaire, m'amène à vous parler aujourd'hui des coliques hépatiques, terme sous lequel on désigne l'ensemble des symptômes par lesquels se manifestent les migrations des calculs à travers les voies biliaires.

Le plus important de ces symptômes est la douleur; celle-ci éclate soudainement, sans cause appréciable, ou bien à la suite d'une vive émotion. Cette douleur, qui débute ordinairement trois ou quatre heures après le repas, paraît coïncider avec le déversement de la bile dans l'intestin, acte réflexe provoqué par le passage du chyme dans le duodénum. Elle est excessivement intense, paroxystique; elle atteint son maximum d'intensité au niveau de l'épigastre, dans l'hypochondre droit et dans la fosse sous-épineuse de l'omoplate droite; elle s'irradie parfois dans l'épaule, dans le bras, dans la nuque, dans la région temporale droite et peut atteindre d'autre part le flanc droit, les testicules ou la vulve.

Cette crise douloureuse s'accompagne souvent de frissons, de nausées et de vomissements alimentaires ou même bilieux. Plus rarement les phénomènes réflexes prennent une allure plus fâcheuse encore et se traduisent par des convulsions, du délire, de la dyspnée, des palpitations du cœur, des congestions cérébrales.

L'ictère est un phénomène fréquent, mais non constant de la lithiase biliaire. Il est aisé de comprendre que l'ictère doit nécessairement se produire lorsque le calcul en migration est suffisamment volumineux pour amener une obstruction des voies biliaires et conséquemment l'absorption de la bile, ou bien lorsque le spasme provoqué par la présence du calcul est tellement violent et soutenu que l'oblitération du canal s'effectue par la contraction permanente des fibres musculaires qui l'entourent.

L'absorption de la bile se traduit par la coloration jaune-verdâtre de la peau et des muqueuses et la couleur acajou des urines. L'apparition de l'ictère est parfois rapide, si l'accès se prolonge; le plus ordinairement elle s'opère vingt-quatre ou trente-six heures après le début de la crise.

La durée de la colique hépatique est fort variable. Les douleurs peuvent s'amender au bout de deux à quatre heures ou persister huit, douze heures, plusieurs jours même, et affecter une périodicité d'exacerbations et de rémissions.

La terminaison de l'accès se fait d'ordinaire brusquement, instantanément, comme le début; le patient éprouve un bien-être ineffable. Parfois la terminaison de l'accès est marquée par des sueurs profuses, des nausées et des vomissements de bile. La fin de la crise coïncide ordinairement avec la chute du calcul dans l'intestin et il est possible de le retrouver dans les déjections; parfois cependant cette recherche pénible et répugnante demeure infructueuse, et l'on admet que le corps du délit a rebroussé chemin et est tombé dans la vésicule biliaire.

Dans certains cas la terminaison de l'accès s'effectue en deux temps. Le patient, après avoir souffert pendant quelques heures, éprouve un calme parfait qui semble être la fin de la crise; puis tout à coup un nouvel accès se produit auquel succède le bien-être définitif. Notre malade présente ce phénomène; son interprétation est aisée quand on a présent à l'esprit le trajet que doit faire le calcul pour arriver dans l'intestin. En sortant de la vésicule biliaire il s'engage dans un canal étroit et tortueux, le canal cystique, où il provoque les spasmes qui constituent la crise; puis au moment où il pénètre dans le canal cholédoque, moins contourné et surtout bien plus large, une rémission — le premier temps de la terminaison — se produit; mais ce canal parcouru, le calcul rencontre l'orifice duodénal du cholédoque, orifice étroit et muni d'un sphincter qu'il doit forcer pour gagner l'intestin. La lutte qui s'engage entre le calcul et le sphincter produit le second accès qui se termine par le passage du canal dans l'intestin et la rémission définitive.

Nous venons de faire la description typique, classique, de la colique hépatique. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi et il est parfois difficile de diagnostiquer la lithiase biliaire tant les symptômes par lesquels elle se traduit sont peu marqués. Ainsi il arrive parfois que le début de la colique hépatique ne soit signalé que par une douleur vague, modérée, de la région épigastrique, qui ne rappelle en rien ce début brusque et violent que nous connaissons; bien plus la douleur dans l'hypochondre et à l'épigastre peut faire absolument défaut et la lithiase biliaire peut ne se manifester que par des phénomènes réflexes éloignés de la région hépatique; une névralgie dans la tempe, dans la nuque, au niveau de l'épine, peut être l'unique manifestation de la lithiase biliaire et entraîner une erreur de diagnostic, aussi faut-il avoir présents à l'esprit ces cas et ne se prononcer que quand des données précises vous autorisent à émettre une opinion sérieuse et bien fondée.

Outre ces cas exceptionnels où la lithiase biliaire est marquée par l'absence des symptômes caractéristiques, la crise de colique hépatique, accompagnée de ses manifestations habituelles, peut être confondue avec d'autres accès qui ont quelques analogies avec elle. Ainsi la gastralgie présente quelques symptômes qui se confondent avec ceux de la colique hépatique; aussi ne faut-il pas oublier qu'ordinairement les crises gastralgiques éclatent aussitôt après l'ingestion des aliments et sont journalières, que les urines ne contiennent pas de pigment biliaire. L'entéralgie se différencie de la colique hépatique par le siège de la douleur au pourtour de l'ombilic et sur le trajet des anses intestinales. Quant à la colique saturnine, elle se distingue de la colique hépatique par le liséré caractéristique et la petitesse du foie. La péritonite sera reconnue par le ballonnement permanent du ventre et par la fièvre

qu'elle allume. Enfin la colique néphrétique, du côté droit surtout, sera différenciée de la colique hépatique par l'irradiation de la douleur dans le sens de l'uretère, par les douleurs lombaires, par la rétraction du testicule correspondant seul et par l'examen des urines.—*Praticien.*

**Toux d'origines variées.**—La toux provenant de l'irritation d'un anévrysme aortique est promptement soulagée par la morphine.

La toux provenant de la pression du nerf vague par les glandes bronchiques hypertrophiées, disparaît en partie, par l'application des ventouses sèches dans la région interscapulaire.

La toux qui accompagne la bronchite capillaire des enfants est améliorée par l'usage fréquent d'une cuillerée à thé de lait et d'eau de chaux. D'après le Dr Thompson, l'huile de lin est le meilleur liquéfiant du mucus bronchique. Il la prescrit émulsionnée d'huile de gaulthérie, d'acide hydrocyanique dilué, de glycérine, de sirop simple et d'eau.—*Polyclinie.*

---

## CHIRURGIE

---

**Ostéopériostite du radius.**—Clinique de M. le prof. VERNEUIL, à l'hôpital de la Pitié.—Au numéro 18 de la salle Lisfranc est couchée une fillette de 16 ans dont l'état est particulièrement intéressant à étudier. Cette petite malade est d'aspect chétif, mais malgré tout elle n'est pas en mauvais état de santé.

Le 20 décembre dernier elle fit une chute sur le poignet gauche. Malgré cet accident, elle continua cependant à faire usage de son membre pendant vingt-quatre heures. Le lendemain seulement, elle alla consulter un homme du pays qui lui conseilla de faire simplement des frictions. Voyant que son état ne s'améliorait pas avec cette simple thérapeutique, elle s'adressa alors à un reboutour qui, chose extraordinaire ! lui dit qu'il fallait qu'elle allât consulter un médecin. Ce dernier fit le diagnostic de fracture de l'extrémité inférieure du radius, étant donnés les signes inhérents à cette sorte de fracture. Le médecin consulté est un homme instruit, et nous ne pouvons mettre en doute son diagnostic. Cependant nous pouvons peut-être poser quelques restrictions en faisant observer qu'il y avait un gonflement énorme de la région qui a pu masquer tellement les parties osseuses qu'une erreur de diagnostic était possible, et que, de plus, il est bien rare que dans un cas de fracture de l'extrémité inférieure du radius il n'y ait pas impotence fonctionnelle du membre.

Quoi qu'il en soit, on apposa un appareil plâtré avec des attelles de façon à immobiliser complètement le membre, enfin le traite-

ment ordinaire des fractures de l'extrémité inférieure du radius fut employé. Au bout de trois semaines, cet appareil fut enlevé. Mais la malade commença à éprouver des douleurs dans la région du poignet. Les parties malades gonflèrent, devinrent rouges et la peau tellement tendre, qu'il fallut faire des incisions qui donnèrent issue à une assez grande quantité de pus. Cet abcès ne guérit pas, les incisions ne se fermèrent point, et il subsista trois fistules qui existent encore aujourd'hui sur la face dorsale du poignet.

Malgré tout, la main a conservé presque tous ses mouvements; il y a peu de différence de hauteur entre les deux apophyses styloïdes du radius et du cubitus. Mais le radius a quadruplé de volume; chez cette petite fille, il devrait avoir environ la grosseur du doigt, tandis qu'il est certainement gros comme l'extrémité inférieure de l'avant-bras; il est considérablement hyperostosé.

En résumé, chute sur le poignet par un temps très froid (décembre), et sans nous prononcer pour le diagnostic à l'époque de l'accident, pour ce qui est de l'état actuel, nous dirons que notre petite malade a une ostéopériostite du radius. Quoique l'on n'ait pas porté la sonde dans les fistules, vraisemblablement elles conduisent à des séquestres.

En cet état de choses, quel est le pronostic? Il est peu grave, mais hâtons-nous de dire que c'est une affection incurable si l'on compte sur les soins seuls de la nature pour la faire disparaître. Les séquestres que nous supposons exister, et qui existent certainement, doivent être jusqu'au centre de l'os. Maintenant ils sont plus ou moins invaginés, plus ou moins mobiles, suivant qu'ils sont plus ou moins adhérents au radius.

Quelle sera donc la conduite opératoire à tenir à l'égard de ce radius hyperostosé? Il faut découvrir l'os, naturellement le débarrasser des séquestres que nous rencontrerons dans son intérieur, mais ce qu'il faut surtout faire, si l'on veut avoir un bon résultat opératoire, c'est de creuser une véritable gouttière, de façon à obtenir avec la guérison une diminution de cet os hyperostosé.

Le bras de la malade a été recouvert dans la salle de compresses de tartatane phéniquée. On va appliquer, pour l'opération, la bande Es-marek, non pas pour éviter la perte de sang, car elle va être peu considérable, mais pour que ce sang, en quelque petite quantité qu'il soit, n'obscurcisse pas le travail. Puis, quand la malade sera endormie, on sondera les trajets fistuleux pour rechercher les séquestres, pour savoir s'ils sont gros ou petits, mobiles ou adhérents au radius; ensuite on débridera ces trajets fistuleux pour arriver sur l'os pour trouver les orifices, car il doit y en avoir plusieurs. Ceci fait, il faudra voir quelles sont les dimensions des trous osseux. Si les trous étaient assez grands pour saisir le séquestre en entier, l'enlever, peut-être pourrait-on en rester là en drainant simplement l'os. Mais si au contraire on tombe sur des

orifices étroits par lesquels ne puissent pas passer les séquestres, ou bien encore sur une hyperostose avec peu de mortification osseuse, alors il faudra creuser l'os de sa gouttière. Ce procédé, consistant à creuser un canal le long de l'os, garantit contre la persistance des séquestres, étant donnée la large porte qu'on fait dans l'os. Sans compter que l'on se met ainsi à l'abri de la rétraction du pas. Sous l'influence de rétractions, favorisées par la canalisation, l'os guérit en diminuant de volume.

Ces opérations sont très graves, les malades guérissent bien, sans fièvre aucune. Cela dépend certainement des précautions antiseptiques que l'on prend; mais il faut dire aussi que M. Verneuil n'avait pas plus d'accidents avant l'emploi des procédés antiseptiques. C'est que ce tissu osseux malade supporte très facilement ces réssections.

Telle va être la conduite à tenir avec cette petite malade. Il faudra un assez long temps, deux ou trois mois au moins, pour que la guérison soit complète, mais enfin elle guérira bien.

Ce cas d'ostéopérioste nous amène à dire quelques mots de la persistance des germes dans l'organisme. Rodet (de Lyon) a fait à ce sujet des recherches très intéressantes. Dans les trajets fistuleux anciens, on a retrouvé le staphylococcus auréus, le staphylocoque de l'anthrax. Ce germe peut rester pendant un grand nombre d'années enfoui dans une partie quelconque du corps et, tout à coup, sous une influence quelconque, se réveiller et donner lieu à de la suppuration *sans plaie extérieure*. C'est pourquoi il faut soigner ces malades jusqu'à la fin avec une antiseptie rigoureuse pour ne pas laisser enfermés de staphylocoques. Aussi c'est pourquoi la gouttière osseuse qui permet une désinfection complète est-elle une excellente plaque. — *Praticien*.

**Des ostéites typhoïdiques.**—M. Ed. SCHWARTZ, ayant eu l'occasion d'observer deux cas d'ostéites dans le cours de fièvres typhoïdes, rappelle que ces ostéites typhoïdiques ne sont pas connues depuis longtemps. C'est Keen le premier qui a attiré sur elles l'attention dans une lecture faite en 1878 à Washington.

C'est surtout pendant la convalescence des formes graves de typhus abdominal, plus rarement pendant le cours de la maladie, qu'on observe les ostéites; c'est généralement après la troisième semaine, plus fréquemment du premier au deuxième mois qu'elles apparaissent.

Keen a donné la statistique suivante:

10 fois au bout de 15 jours.

27 fois au bout de la troisième et de la sixième semaine.

10 fois au bout de plusieurs mois.

Une cause prédisposante essentielle, c'est l'enfance et l'adolescence pendant la période de croissance des os; toutefois l'ostéite typhoïdique atteint aussi bien les individus dont les os sont déjà soudés.

L'inflammation qui se développe dans la moelle sous-périostique ou dans la moelle interstitielle des os se résout ou bien aboutit tantôt à une simple hyperostose, tantôt à la suppuration avec ou sans nécrose. Cette dernière n'est pas très fréquente et généralement les séquestres sont très petits; c'est quand l'ostéite s'attaque aux os à tissu compact, comme les os longs, que l'on observe plutôt la nécrose; l'ostéite suppurante sans séquestre s'observe de préférence sur les os spongieux (rotule, sternum). C'est surtout sur les os des extrémités inférieures que les lésions se sont développées le plus souvent. Il n'est pas rare d'observer des poussées successives sur divers os, soit presque simultanément, soit à quelque temps d'intervalle.

Ce qu'il y a de remarquable dans les ostéites typhoïdiques, c'est la superficialité des dégâts et leur peu d'étendue. Toutes les fois que l'on a décrit des ostéites étendues, diffuses et profondes, c'est qu'il s'agissait d'une ostéo-myélite à forme typhoïde et non pas d'une ostéite typhoïdique proprement dite. Celle-ci débute insidieusement; le malade sent de la pesanteur, de l'engourdissement douloureux dans une région: la douleur se localise, devient plus vive sans changement de couleur ni de tension de la peau et l'on sent un gonflement de l'os; l'affection peut s'arrêter là et rétro-céder seule ou sous l'influence d'un traitement approprié. Souvent elle va plus loin, les parties molles se prennent; il se forme un abcès qui s'ouvre seul ou est ouvert, qui siège sur un os non dénudé ou dénudé, ramolli ou dur; la lésion guérit encore seule ou il persiste une fistule. Une fois la fistule établie, si on n'y touche pas, la durée de la maladie est toujours très longue; souvent même, quand on est intervenu, il y a récurrence. Aussi, bien que le pronostic soit presque toujours d'une grande bénignité, il doit être réservé, quant à la durée et à la récurrence possible, même après une intervention.

Le traitement doit être d'abord prophylactique; c'est presque toujours quand les malades commencent à reprendre leurs occupations, après une fatigue exagérée ou après un léger traumatisme, que survient la poussée osseuse. Aussi chez les individus jeunes à croissance rapide, il faut éviter, surtout après une fièvre typhoïde grave, les fatigues exagérées ou des exercices trop précoces.

Quand l'ostéite est déclarée, il faut prescrire le repos, les révulsifs durant la période phlegmoneuse; s'il y a une fistule ou plusieurs, peu de suppuration, on peut attendre et laisser à la nature le soin de guérir la lésion avec ou sans élimination de séquestre; ce n'est que si la suppuration est plus abondante, la région dangereuse, ou si le malade le demande que M. Schwartz conseille d'opérer par le grattage, la cautérisation, l'excision large des parties malades et de pratiquer, s'il y en a, l'extraction des séquestres.—

*Concours médical.*

**Épithélioma secondaire des ganglions sous-maxillaires.**—Clinique de M. KIRMISSON, à l'Hôtel Dieu.—Ce malade qui, depuis le mois de novembre dernier, éprouve des douleurs considérables, ne peut pas ouvrir la bouche. Il a une contracture permanente des mâchoires. Il présente sur la face interne de la joue des mamelons de couleur normale, rosâtres, un peu plus consistants que la muqueuse et qui sont évidemment produits par les morsures dues à la contracture des mâchoires ; ce ne sont point des granulations néoplasiques.

On remarque que deux des molaires gauches inférieures sont absentes. Le malade explique d'ailleurs très bien la disparition de ces deux dents : la première a été arrachée il y a vingt ans, cette extraction n'a donc aucun rapport avec l'affection actuelle ; l'autre a été arrachée en novembre dernier, alors que le néoplasme débutait. Il est probable qu'à cette époque le malade, souffrant de la mâchoire, alla trouver un dentiste qui, un peu au hasard, lui enleva une dent saine encore, ou à peu près. La dernière molaire est saine, mais mobile et inclinée, ce qui tient à de l'ostéopériostite. On ne trouve rien dans le sillon gingivo-buccal : rien non plus du côté des mâchoires ; ce point de départ ne tient donc pas au système dentaire.

Toute la région gauche du plancher de la bouche, par exemple, est fortement indurée, ainsi que la glande sublinguale.

On se trouve donc en présence d'une tumeur ayant envahi le plancher de la bouche, mais ayant respecté la région carotidienne. C'est une tumeur maligne, ou si l'on veut un *cancer*. Elle a marché en effet avec beaucoup de rapidité ; il y a neuf mois, elle était de la grosseur de l'extrémité du doigt, aujourd'hui elle a la grosseur d'un œuf de poule, elle est extrêmement dure, très adhérente à la peau et aux parties profondes, on ne peut lui imprimer aucun mouvement, elle est très douloureuse.

On n'a point affaire ici à une tumeur ayant son point de départ dans la bouche ou du côté des dents. Est-ce une tumeur des ganglions ? On sait qu'à côté des lymphadénomes, il existe des *cancers primitifs des ganglions* qui, il est vrai, sont extrêmement rares.

Après avoir interrogé le malade avec beaucoup de soin, on finit par savoir qu'il a présenté, il y a trois ans, sur la partie médiane de la lèvre inférieure une petite ulcération qu'un médecin fit disparaître au bistouri. On retombe donc dans le cas classique. Cette tumeur de la lèvre était un petit épithélioma qui inquiéta peu le malade. A la suite de cette épithélioma, il y a eu des ganglions épithéliomateux ; on se trouve donc en présence d'un épithélioma secondaire de ganglions sous-maxillaires provenant d'un épithélioma de la lèvre inférieure.

Souvent, en effet, on voit de très petits épithéliomas soit de la lèvre inférieure, soit de la langue, auxquels on prête peu d'atten-

tion; on les opère largement dès le début, mais on observe presque toujours des récidives déplorables. Evidemment il faut les opérer au début, mais même dans ces conditions, il faut s'attendre à des échecs. Ici il n'y a point eu de récidive locale; on trouve sur la lèvre une petite cicatrice blanchâtre, souple; la récidive a eu lieu dans la région du cou. On observe souvent la même marche du côté de l'utérus.

Il est évident que quand le malade a été opéré, il y avait déjà dans les vaisseaux des parcelles de cancer, qui ont été se loger dans le ganglion qui se trouve pris maintenant, ce qui se comprend parfaitement, étant donné que les ganglions sont des sortes de filtres qui retiennent les matières septiques.

M. Verneuil a eu une malade qui, après avoir été opérée d'un cancer de l'utérus, est morte six ans après l'opération.

Ici, le pronostic est extrêmement grave: l'épithélioma s'est diffusé dans toutes les parties voisines. On est tenté tout d'abord de ne pas opérer. D'un autre côté, le malade souffre horriblement, et, au point de vue matériel, il est possible d'enlever toutes les parties malades. C'est en somme une opération grave, difficile, mais qu'on doit faire même en prévoyant un résultat funeste.

On liera d'abord la carotide externe, puis on réséquera la mâchoire, et, avec le morceau de maxillaire qu'on aura enlevé, la tumeur s'en ira.

Il faudra, en outre, se préparer à la trachéotomie, pour que le malade n'étouffe pas si le sang pénètre dans les voies respiratoires.—Praticien.

**Traitement antiseptique des abcès** par le Dr LUCAS CHAMPIONNIÈRE.—Avant d'ouvrir un abcès, quel qu'il soit, on lave avec soin la région à l'eau phéniquée forte :

Acide phénique cristallisé .....	50	grammes.
Glycérine .....	50 à 75	—
Eau.....	1.000	—

On se sert d'un bistouri plongé dans l'eau phéniquée; on vide l'abcès, et on injecte dans sa cavité de la solution forte, en faisant en sorte que le liquide introduit puisse sortir librement. On dispose dans l'orifice un bout de tube de caoutchouc facile à extraire à l'aide d'un fil, et on couvre le tout d'un épais gâteau de charpie imprégné de la solution suivante :

Acide phénique cristallisé.....	25	grammes.
Glycérine .....	25	—
Eau .....	1.000	—

Le pansement est couvert à son tour d'une feuille de taffetas gommé, convenablement fixée.—Au bout de 24 heures, on retire

le tube pour le laver et le raccourcir et on le recouvre d'un autre gâteau de charpie, imprégné d'eau phéniquée faible.—Grâce à ce mode de pansement, la suppuration est moindre, la rougeur de la plaie insignifiante, et la cicatrice moins apparente. Il est particulièrement applicable aux abcès du sein.—*Nice-médical*.

**Décollement des ongles.**—M. le docteur DURAND étudie, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, une affection particulière des ongles, caractérisée par un décollement de la substance cornée, qui, sans altération appréciable, se détache complètement du derme sous-onguéal, mais conserve cependant ses adhérences normales avec la matrice de l'ongle et continue à croître comme un ongle sain. Chez la malade ainsi atteinte, âgée de vingt et un ans, l'affection a débuté, il y a trois ans, par le médius de la main droite et atteignit ensuite l'annulaire, l'index et le pouce droits et le médius gauche; tous les autres ongles sont sains; aux pieds, deux ongles ont été atteints.

Le décollement est précédé par la formation d'une tache grisâtre qui envahit toute la surface onguéale; puis l'ongle se soulève, s'écarte de plus en plus de son lit et l'intervalle qui le sépare est bientôt de quelques millimètres. Malgré ce décollement, la solidité de l'ongle sur la matrice n'est pas modifiée, il n'y a pas la moindre douleur, la croissance se fait comme pour les autres ongles; l'ongle lui-même ne présente pas d'altération marquée dans sa structure.

Il est difficile de trouver l'origine de cette lésion, qui présente quelque analogie avec l'affection syphilitique décrite par M. Fournier, sous le nom de décollement partiel. La syphilis ne paraît pourtant pas probable ici; il y a aussi là une grande différence avec le psoriasis et l'eczéma de l'ongle. M. Vénot a cependant fait remarquer, à ce sujet, avoir vu un cas exactement semblable pour lequel Bazin, consulté, avait porté le diagnostic d'eczéma des ongles; dans ce cas, les badigeonnages de teinture d'iode avaient produit une grande amélioration.

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE

---

**Hygiène de la femme enceinte,** par le Dr. GOLAY—Toutes les femmes enceintes ont le même désir, celui de mettre au monde un bel enfant, et, cependant, il en est bien peu qui sachent prendre, pendant leur grossesse, les précautions nécessaires pour conserver leur propre santé, et mettre au monde un enfant aussi robuste que possible. Il n'est donc pas inutile de leur indiquer quelques règles hygiéniques qu'elles doivent suivre pour obtenir cet heureux résultat.

Quelques-unes ont la tendance, aussitôt qu'elles sont enceintes, à se traiter comme des malades, et à rester couchées une grande partie de la journée. Cette manière de faire produit les résultats les plus défavorables sur leur santé, car elle les affaiblit, les étiole, alors qu'il y aurait tout intérêt pour elles à conserver et à entretenir leurs forces. La femme enceinte doit se donner du mouvement dans sa maison, et sortir tous les jours que le temps le permet. Les promenades doivent être faites de préférence à pied, et, si c'est en voiture, dans une calèche douce et sur des routes non cahoteuses. La femme enceinte ne doit se coucher dans le jour que lorsqu'elle se sent réellement fatiguée et qu'elle a besoin d'un peu de repos.

Si un exercice modéré est utile aux femmes enceintes de la classe aisée des grandes villes, par contre les mouvements brusques et saccadés, la fatigue et les exercices violents leur sont toujours nuisibles. Elles doivent éviter les voyages, éviter de monter à cheval, de courir, de danser, de faire tout travail fatigant et qui exige l'élevation des bras, de monter sur une chaise ou sur une échelle, et surtout de sauter, de soulever ou de porter des fardeaux.

La respiration d'un air pur est nécessaire à la femme enceinte. Aussi devra-t-elle, à défaut de la campagne, habiter, si possible, une maison bien exposée, et tenir les fenêtres ouvertes toutes les fois que le temps le permet. Elle devra éviter les bals et les spectacles, où règne une trop grande chaleur, et où l'air est vicié par l'encombrement d'un trop grand nombre de personnes.

Les vêtements de la femme enceinte doivent être assez larges pour ne pas gêner l'ampliation du ventre: les corsets-cuirasses, et tous ceux garnis de baleines rigides, doivent être sévèrement proscrits: celle qui, en raison du volume de ses seins, ne peut se passer de corset, doit réduire cet article de toilette à sa plus simple expression. Les jarrettières doivent être complètement abandonnées; les bas doivent être supportés par des élastiques s'attachant à la taille.

La femme enceinte doit manger à son appétit, mais ne jamais surcharger son estomac.

Tant que ses digestions sont bonnes, elle ne doit rien changer à son régime habituel: elle doit faire le même nombre de repas, et les composer comme de coutume, à moins que des dégoûts, des nausées ou des vomissements la forcent à laisser de côté certains aliments qui ne lui conviennent pas. Elle fera cependant bien d'éviter les aliments trop épicés, et de n'user qu'avec modération des boissons alcooliques ou excitantes, telles que le vin, le café, le thé.

La femme enceinte doit s'abstenir de prendre des bains fréquents et prolongés dans les premiers mois de la grossesse. Elle doit les remplacer par des lavages sur tout le corps avec une éponge imbibée d'eau tiède, ou ne prendre que des bains très courts, tièdes,

et n'y séjourner qu'une dizaine de minutes. Les bains trop chauds, les bains froids, et surtout les douches froides, doivent être soigneusement évités; il en est de même des bains de pieds chauds. Après le quatrième mois, les bains ne présentent plus de dangers, et il y a même avantage, vers la fin de la grossesse, à les multiplier, car ils favorisent l'accouchement, en augmentant la souplesse des parties génitales externes.

La femme enceinte doit éviter les impressions morales vives : la frayeur, la colère, la joie trop grande, les chagrins, les fortes émotions du cœur ont parfois été la cause d'avortements et d'accouchements prématurés. Ce qui convient à la femme enceinte, c'est, avant tout, la vie douce et tranquille de la famille.—*Hygiène pratique.*

**Présentation de l'épaule répétée treize fois chez la même femme.**—Les présentations de l'épaule sont relativement rares, mais ce qu'il l'est plus encore c'est de voir ce genre de présentation se répéter un très grand nombre de fois, ainsi que l'a observé M. le docteur EUSTACHE (de Lille), chez une femme dont il rapporte l'histoire, dans les *Nouvelles archives d'obstétrique*.

D'après M. Polaillon, cependant Jéry a publié l'histoire d'une femme chez laquelle l'enfant s'est présenté par le bras dans neuf accouchements successifs.

Tarnier rapporte que Danyau a observé plusieurs cas dans lesquels l'épaule se présenta chez la même femme dans cinq ou neuf accouchements et ajoute avoir observé un fait semblable à la Maternité de Paris.

Dans le cas de M. Eustache, il y eut treize présentations de l'épaule. Chez cette femme un premier accouchement se fit par la tête, mais il fut pénible et s'accompagna d'une déchirure considérable du côté du col utérin. Après ce premier accouchement il en survint treize autres et treize fois on dut faire la version.

L'explication de ces cas est difficile à donner. Tandis que dans les cas accidentels ou fortuits on peut invoquer dans l'étiologie des présentations de l'épaule, l'absence ou le dérangement des facteurs de l'accommodation, petitesse du fœtus, hydropisie de l'amnios, grossesses gemellaires, bassin vicié, laxité normale de la paroi utérine ou abdominale, etc., il est difficile d'admettre l'efficacité réelle de causes purement contingentes, quand le fait d'une présentation transversale se reproduit d'une façon permanente. Aussi M. Eustache ne voit qu'une étiologie à invoquer ici, c'est le relâchement des parois utérines et des parties fibro-musculaires qui lient l'utérus à l'entrée du bassin, relâchement qui trouverait sa cause première dans l'énorme déchirure latérale gauche qu'a subie le col, lors du premier accouchement en présentation du sommet. Aussi, si cette femme était plus jeune, y aurait-il peut-être lieu de lui pratiquer la trachélorraphie, comme moyen pro-

phylactique de nouvelles présentations du tronc.—*Journal de médecine pratique.*

**Le symptôme de Hégar.**—Les signes les plus certains de la grossesse dans les premiers trois mois se trouvent dans les changements de grosseur, de forme et de consistance que subit le corps de l'utérus. Ces altérations sont les conséquences naturelles du développements de l'œuf dans la cavité utérine. A mesure que celui-ci évolue le corps de la matrice s'arrondit et la paroi antérieure bombe d'une manière prononcée. Après quatre ou six semaines de développement ce segment de l'utérus acquiert perceptiblement l'élasticité caractéristique d'un contenu liquide. Au toucher exercé, ce ballonnement du segment inférieur de l'utérus et surtout de la paroi antérieure accompagné de cette élasticité spéciale sont suffisants pour faire reconnaître dans beaucoup de cas une grossesse de quatre à six semaines.

A ces renseignements importants Hégar en ajoute un autre qui porte son nom et qui est constitué par le ramollissement et l'amaigrissement de cette partie de l'utérus situé immédiatement au-dessus du col utérin. Ce symptôme s'obtient par le toucher rectal et vaginal combinés, l'index dans le rectum, le pouce dans le vagin; un lavement et un anesthésique peuvent en faciliter la recherche.—*Brooklyn Medical Journal.*

**Septicémie puerpérale**—Le docteur A. WIGGLESWORTH rapporte trois cas de septicémie puerpérale dans lesquels il prouve que le germe infectieux est pénétré dans le système par d'autres voies que la voie génitale. Dans le premier cas les symptômes sont survenues le cinquième jour et un examen minutieux fit mettre en cause l'état déplorable des égouts. Le second cas a été attribué à des odeurs provenant de vidanges. Le troisième cas est survenu la troisième semaine lors du nettoyage d'une vacherie infecte.—*Medical Press.*

**Traitement de la vaginite aigue.**—Les inflammations de la muqueuse du vagin peuvent être combattues par un certain nombre de moyens, qui varient suivant la période de la maladie et suivant sa nature et son intensité.

On a cherché, comme pour la blennorrhagie chez l'homme, à faire avorter la vaginite blennorrhagique. Malgré les succès signalés par Becquerel et par quelques auteurs, cette pratique a été presque unanimement rejetée car bien souvent les cautérisations n'atteignaient pas tous les points malades et, d'autre part, elles avaient pour conséquence d'augmenter les douleurs ou les sécrétions.

Au début, quand les symptômes de l'inflammation sont très accusés il faut avoir recours à la médication émolliente. *Différents systèmes de balnéation* s'imposent donc; on prescrira soit les bains

de siége tièdes additionnés d'une décoction de racine de guimauve et d'une solution antiseptique, soit les bains généraux, bains de son, d'amidon, etc., bains médicamenteux que l'on ne craindra pas de prolonger et de répéter chaque jour. Comme la cavité vaginale n'est en réalité qu'une cavité virtuelle, normalement close par l'accroissement de ses parois, si l'on veut tirer quelque profit des bains il est nécessaire de maintenir écartées les parois vaginales ; c'est ce qu'on obtiendra par l'introduction d'une grosse canule en caoutchouc munie de larges orifices.

Si la vulve participe à l'inflammation et est le siége de vives douleurs, on modère ces accidents en isolant les parties malades et en appliquant sur la région périnéale et sur le bas-ventre des compresses imbibées d'une décoction tiède émolliente, que l'on renouvelle fréquemment ; en pareil cas, il est souvent bon d'avoir recours à l'usage des lavements laudanisés ou des suppositoires belladonnés et opiacés.

A ces différents moyens, on peut ajouter avec avantage l'emploi des *injections* aussitôt qu'on peut les utiliser. Elles doivent être pratiquées soit avec l'irrigateur à boule de caoutchouc, soit avec l'injecteur système d'Esmarck, en prenant certaines précautions, de telle sorte que la canule droite, que nous préférons à la canule recourbée, n'aille pas blesser le col de l'utérus, soit par son extrémité, soit en permettant au liquide de venir le frapper trop vivement. Toutefois, il faut avoir soin de l'introduire assez profondément, pour que la cavité entière soit bien nettoyée.

Les liquides que l'on emploie pour ces injections sont ordinairement des décoctions ou des solutions astringentes, dont on fait usage trois fois par jour en commençant par des doses faibles d'abord, et en augmentant progressivement suivant la tolérance des parties. Les solutions d'alun, de sulfate de zinc, d'acétate de plomb, d'acide borique, de tannin, de sublimé, trouvent ici leur emploi. L'acide picrique [50 centigr. pour 1,000 gr. d'eau] et le coaltar saponiné en émulsion au cinquième donnent également de très bons résultats. Toutefois, bien que les malades prennent soin de maintenir le bassin élevé et de conserver quelque temps l'injection, il est de nombreux cas où la guérison est lente à s'effectuer ; aussi a-t-on recommandé d'agir plus activement. C'est ainsi que quelques auteurs, lorsque l'inflammation a perdu de son activité, et dès que la muqueuse vaginale peut tolérer l'introduction de corps assez volumineux, donnent le conseil de la cautériser au nitrate d'argent ; pour cela, le spéculum introduit, on promène le crayon d'abord sur la surface du col et sur les culs-de-sac vaginaux, puis sur le reste de la muqueuse, à mesure que la sortie du spéculum la met à découvert. Cette cautérisation, qui doit être suivie d'une injection d'eau froide, est douloureuse et malheureusement ne réalise pas toujours les espérances qu'elle a fait concevoir.

Il est bien préférable d'avoir recours au tamponnement, qui permet d'isoler entièrement les surfaces malades.

Voici comment on le pratique : Lorsque le spéculum est en place, on remplit la cavité vaginale de boulettes de gaze antiseptique, roulées dans quelque poudre astringente, tannin, alun, etc., et par des-us les dernières boulettes, placées à mesure que l'on retire l'instrument, on applique un gros tampon de ouate, qui maintient le tout à demeure. Toutes les 24 heures, ce pansement est renouvelé, après plusieurs injections faites *largâ manu*.

Dans le cas où l'introduction du spéculum serait trop douloureuse on peut avec grand avantage se servir des appareils [porte-tampon, etc.], de Delisle, de Chéron, de Terrillon, qui permettent l'auto introduction de sachets de pommades ou de poudres médicamenteuses.

Sous l'influence de cette médication, à laquelle s'ajoute un traitement général, en rapport avec l'état constitutionnel, la maladie est guérie dans un laps de temps qu'on peut évaluer en moyenne à 25 jours. Dans le cas où les accidents persistent, on doit rechercher s'il n'existe pas de granulations ou des ulcérations, qu'il faut traiter par la cautérisation. Enfin, si la maladie passe à l'état chronique, les mêmes moyens sont encore applicables, mais à la condition qu'ils soient plus énergiques.—*Bulletin médical.*

**Traitement de l'endométrite.**—M. DUMONTPALLIER considère le chlorure de zinc comme le meilleur modificateur de l'endométrite chronique ; restait à trouver un procédé d'application qui pût agir également sur tous les éléments de la muqueuse, assez puissamment pour détruire uniformément les fongosités vasculaires et assez profondément pour atteindre les culs de sacs glandulaires qui sont le refuge de l'inflammation muco-purulente, quelle qu'en soit la nature. M. Dumontpallier a adopté la pâte de Canquoin. Il introduit dans la cavité utérine et y laisse à demeure des crayons de pâte de Canquoin. Il importe des crayons parfaitement homogènes dans toute leur masse, afin d'obtenir une eschare égale en épaisseur dans toutes ses parties. Si, après la cautérisation, la douleur est très vive, on pratique une injection hypodermique de morphine.

L'auteur a aujourd'hui plus de 120 observations d'endométrites chroniques, muco-purulentes, pyohémorrhagiques, hémorrhagiques, traitées exclusivement par les crayons de chlorure de zinc laissés à demeure dans la cavité utérine et cela avec plein succès.

Voici comment il procède. D'abord la cavité vaginale est lavée largement avec une solution phéniquée au centième ou avec la liqueur de Van Swieten. La cavité utérine est mesurée avec une bougie en gomme enduite de glycérine et d'iodoforme. Alors on introduit un crayon de chlorure de zinc approprié aux mesures de chaque cas particulier, et de manière que, son extrémité supérieure venant toucher le fond de la cavité utérine, son extrémité inférieure ne dépasse pas l'orifice externe du col.

Après avoir lavé de nouveau la cavité vaginale, pour enlever toute parcelle de caustique, on place un tampon d'ouate hydrophile dans le cul-de-sac postérieur et on soutient le crayon avec un tampon entouré de gaze iodoformée. Dès que le caustique commence à agir, la contraction utérine le fixe d'une manière définitive.

Dans l'endométrite hémorragique, quelles que fussent son ancienneté et sa gravité, l'hémorrhagie a été arrêtée aussitôt après l'introduction du caustique. Dans les formes muco-purulentes et pyohémorragiques l'écoulement a été immédiatement suspendu.

La douleur est variable; tantôt elle se produit aussitôt après l'application du caustique, tantôt seulement deux heures plus tard. Son intensité varie ainsi que sa durée; elle affecte en général la forme de coliques utérines avec irradiation lombaires. Toujours elle a disparu au bout de 24 heures. Dans quelques cas et avec des eschares assez profondes la douleur manque complètement.

La présence du bâton de chlorure de zinc dans l'utérus ne provoque aucun accident général; il y a cependant souvent de l'insomnie la première nuit. On observe, dans bon nombre de cas, de la rétention d'urine soit d'origine réflexe, soit due à la compression exercée par le tampon vaginal. Mais dans tous ces cas le cathétérisme ou l'enlèvement du tampon fait cesser ce léger incident.

Aussitôt l'eschare formée, c'est-à-dire 24 à 36 heures après la cautérisation, la malade, sans aucun phénomène général, commence à perdre de la sérosité, puis du muco-pus. Très rarement ce liquide est de coloration rosée; jamais d'hémorrhagie. Les quelques coliques utérines qu'on observe, sont toujours fort légères.

L'eschare est rejetée au bout d'un temps qui varie de 4 à 13 jours, mais jamais, passé ce dernier délai, je n'en ai vu la moindre portion rester dans l'utérus. Cette eschare est rejetée, tantôt d'une seule masse, tantôt par portions. L'eschare, quand elle est rejetée à une époque rapprochée de la cautérisation, reproduit très exactement la forme et les dimensions de la cavité utérine; elle est souvent plus épaisse au niveau de l'orifice interne du col, plus mince vers le fond de la cavité.

On trouve dans l'eschare toutes les parties constituant la paroi de la cavité utérine; on pourrait dire que toutes les parties malades ont été enlevées, que des éléments nouveaux vont reconstituer la paroi. La guérison est presque forcée en semblable circonstance.

Sur 100 cas, M. Dumontpallier a observé 96 guérisons sans accidents et 4 cas d'inflammation péri-utérine, du reste de nature bénigne, et terminés heureusement. Dans trois cas, ils étaient dus à ce que les malades avaient quitté leur lit le jour même de la cautérisation; dans le quatrième, l'introduction du crayon avait été mal faite.

La cautérisation avec le bâton de chlorure de zinc ne détermine donc pas de complication si les malades sont dociles, si l'opérateur est prudent dans l'application du procédé.

Dans plusieurs cas où, en même temps que l'endométrite, existait une plegmasie péri-utérine, non seulement la cautérisation n'a pas été funeste, mais encore elle paraît avoir influencé avantagusement la marche de la complication péri utérine.

La guérison peut être considérée comme définitive du 9e au 15e jour, c'est-à-dire deux jours après la chute de l'eschare.

Les règles sont revenues dans plusieurs cas avant que les malades quittassent l'hôpital. M. Dumontpallier a vérifié, par le cathétérisme, l'intégrité de la cavité cervico utérine. Il n'a pas vu se produire d'atésie du col, mais dans la crainte qu'elle ne survienne, on peut toujours pratiquer le cathétérisme préventif 20 à 25 jours après la cautérisation.

La menstruation post-opératoire n'a pas été douloureuse et a eu une durée normale. Jamais il n'y a eu de signes de salpingo-ovarite.

Quatre des malades de M. Dumontpallier ont présenté, depuis leur cautérisation, les symptômes du début de la grossesse.

Sa conclusion est donc que le traitement de l'endométrite chronique, au moyen du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages et cela par sa simplicité, son innocuité et la rapidité de la guérison.—*Concours médical.*

**Le traitement de la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées**, par M. le Dr. POTHERAT.—Prosecteur à la faculté de médecine de Paris.—Quoique bien plus fréquente avant l'avènement de l'antisepsie, la lymphangite n'a été connue en tant qu'entité morbide que, depuis 1839, époque où M. Sappey fit connaître les lymphatiques du sein, et créa le terme de lymphangite.

La connaissance de ces deux réseaux, l'un superficiel, l'autre profond, *périlobulaire*, communiquant ensemble pour aboutir finalement aux ganglions de l'aisselle, jetait sur ce chapitre de la pathologie du sein une lumière absolument nouvelle et vive. Cependant l'étude clinique était restée incomplète, et il faut venir plus près de nous pour trouver dans les auteurs et parmi eux, nous pouvons classer M. Halling, des notions plus précises, plus complètes. Enfin le traitement a été très avantagusement modifié par l'avènement de la méthode antiseptique.

Les symptômes bien connus de tuméfaction et d'œdème du sein, œdème du mamelon, dilatation veineuse, traînées rougeâtres, engorgement ganglionnaire rendent le diagnostic ordinairement très facile.

Le pronostic est toujours sérieux; la fréquence des abcès du sein consécutifs à la lymphangite, les troubles que cette affection apporte à l'allaitement, l'altération sérieuse de la santé de la mère,

troublant celle du nourrisson, sont autant de conditions qui doivent intéresser le praticien et l'amener à rechercher attentivement les causes de la lymphangite pour la prévenir, et le *traitement le meilleur* pour la guérir rapidement lorsqu'elle existe.

La lymphangite est une inflammation; toute inflammation suppose l'introduction d'un agent pathogène, et par suite une porte d'entrée à cet agent. Où est la porte d'entrée dans la lymphangite du sein? Elle est dans ces altérations diverses du mamelon: érosions fissures, crevasses, etc., s'accompagnant de solution de continuité de l'épiderme, de mise à nu des papilles, et connus sous le terme habituel de gerçure du mamelon. La gerçure, voilà ce qui domine l'étiologie de la lymphangite; tous les auteurs l'ont remarqué, ils n'en comprenaient pas comme nous toute la valeur, il y a 40 ans, ou même 10 à 15 ans; cela se conçoit; bien des éléments d'appréciation leur manquaient que nous possédons. Depuis 15 ans les admirables découvertes de Pasteur ont singulièrement fructifié.

Donc la gerçure précède la lymphangite du sein; elle n'en est pas la cause directe, elle en est l'occasion; c'est la porte qui ouvrira la voie à l'agent infectieux. Par suite, il est bien facile de concevoir et de poser les indications du traitement préventif; il faut prévenir la formation des gerçures; lorsque celles-ci existent, il faut hâter leur guérison, et éviter pendant tout le temps qu'elles persisteront qu'elles ne s'infectent.

Prévenir la gerçure, c'est avant l'accouchement préparer le mamelon à l'allaitement; c'est pendant l'allaitement éviter l'exposition du mamelon à l'air, c'est le laver soigneusement après chaque tétée.

Si malgré tous les soins de cette nature la gerçure survient, ou si elle s'est constituée en l'absence de tout soin, il faut d'une part hâter sa guérison, de l'autre prévenir l'infection. Quel est le traitement de la gerçure? Bien des traitements ou plutôt bien des topiques ont été vantés: onctions avec le baume de cacao, avec l'huile d'amandes douces, avec le cérat simple, le beurre frais; application de compresses imbibées de vin sucré. On a préconisé aussi les onctions avec le glycérolé d'amidon au tannin. Nous ne nous en tenons pas à discuter la valeur de ces différents topiques, encore employés plus ou moins fréquemment, nous croyons qu'il vaut mieux leur substituer le traitement suivant. Après la tétée, lavage soigneux du mamelon et de la région circonvoisine avec une solution tiède d'acide borique à 40/10, puis application jusqu'à la tétée suivante de compresses imbibées de la même solution et recouvertes d'un taffetas gommé. Comme corps gras, j'estime que le meilleur à employer est la *vaseline simple* ou mieux la *vaseline boriquée*; ce corps a l'avantage de ne pas s'altérer et d'être très facile à enlever. Il est entendu qu'avant la tétée le mamelon aura été soigneusement lavé.

Une question se pose ici : faut-il cesser l'allaitement ainsi que l'affirment certains praticiens ? Nous ne le pensons pas, indépendamment des difficultés que peut rencontrer cette cessation, on peut en faisant appel à un bout de sein artificiel (tenu de la plus rigoureuse propreté) obvier aux inconvénients et aux douleurs de l'allaitement. Mais considérons maintenant le cas où la lymphangite existe sans qu'il y ait d'abcès. Que faire alors ? Nous croyons que la compression du sein est le traitement de choix ; M. Hoelling la préconise ; nous l'avons vu dans plus d'un cas donner des résultats vraiment admirables, inespérés. Comment doit-on la faire ? On a conseillé de la faire avec l'écharpe triangulaire qui relève et comprime le sein. Nous préférons à ce mode, la compression ouatée bien faite ; elle est plus exacte, plus régulière, plus facile ; par tant plus efficace. Ainsi effectuée, elle peut amener la guérison dans des cas où la haute température, les frissons, l'odeur indiquent une suppuration imminente.

Enfin cette suppuration peut survenir ? Quelle conduite tenir en présence de cet abcès du sein ? Beaucoup de praticiens ont émis l'avis qu'il fallait appliquer des cataplasmes et attendre l'ouverture spontanée. Ils rejettent l'incision qu'ils accusent de provoquer une hémorrhagie, d'amener une cicatrice irrégulière, d'exposer à l'érysipèle, même de créer des conditions favorables à l'éclosion d'une lymphangite ultérieure. Nous ne saurions pour notre part accepter cette manière de voir : en fait de cataplasme nous n'acceptons que le cataplasme antiseptique, c'est-à-dire l'application de compresses imbibées de solutions antiseptiques ; en outre s'il y a abcès, nous estimons qu'il faut le plus tôt possible donner issue au pus ; car le danger d'hémorrhagie n'est pas sérieux ; la cicatrice sera certainement moins défectueuse après l'incision faite suivant certaines règles qu'après l'ouverture spontanée ; quant au danger d'érysipèle et de lymphangite ultérieure, il appartient au chirurgien et au praticien qu'il ne soit qu'illusoire en s'entourant des plus rigoureuses précautions antiseptiques. Ce sont des accidents de plus en plus rares aujourd'hui.

---

## PÆDIATRIE.

---

**Durée du sommeil chez l'enfant, par le docteur POLLOCK.**— Pendant ses deux premiers mois, un enfant en santé dort la plus grande partie du temps. Au-delà de cet âge, il lui faut au moins deux heures de sommeil dans l'avant-midi, et une heure dans l'après-midi ; il est facile de l'accoutumer à cette habitude. Jusqu'à quatre ou cinq ans l'enfant a besoin d'une heure de sommeil, ou au moins

de repos avant le dîner. Il doit être mis au lit vers sept heures afin d'avoir douze ou quatorze heures de sommeil. Jusqu'à quinze ans, à la plupart des jeunes gens il faut dix heures de sommeil, et jusqu'à vingt ans, neuf heures. Huit heures de sommeil préviennent chez une femme plus de dérangements nerveux qu'aucun médicament n'en peut guérir. Durant la croissance, si l'on veut que le cerveau arrive à son entier développement, il faut un sommeil suffisant. Plus l'enfant est nerveux, irritable ou précoce, plus la durée du sommeil doit être longue si l'on ne veut pas que son développement intellectuel s'arrête prématurément ou que l'enfant succombe en bas âge.—*Cincinnati Clinic-Lancet.*

**Les injections rectales de glycérine dans le traitement de la diarrhée et la chute du rectum chez les enfants,** par le docteur G. RICE.—L'auteur reconnaît les bons effets de la glycérine dans la constipation, et maintenant met en évidence son efficacité contre la diarrhée. Chez un premier petit malade âgé de quatre ans, les selles étaient très fréquentes, fétides et contenaient parfois du sang; elles étaient accompagnées d'un prolapsus du rectum; l'enfant était très faible et maigrissait beaucoup. Différentes médications étaient restées sans résultats: alors on fit une injection rectale de deux drachmes de glycérine. La diarrhée diminua de sitôt; deux jours plus tard une seconde injection la fit cesser complètement. Une troisième injection maîtrisa le prolapsus. La diète pendant ce temps se composa de lait bouilli et refroidi, de thé de bœuf froid et de vin d'oporto.—Un second cas semblable fut guéri après la seconde injection, aucune autre médication n'ayant été employée. Après le relevé de plusieurs autres cas le docteur conclut: j'ai trouvé dans la glycérine un remède très efficace contre la diarrhée des enfants accompagnée de prolapsus; les injections se font aisément, ne semblent produire ni douleur, ni malaise et leur action bienfaitrice est prompte et efficace.—*Practitioner.*

#### Diagnostic différentiel de la méningite tuberculeuse.—

1<sup>o</sup> D'avec la fièvre typhoïde.—Cette fièvre au début peut sug gérer une méningite en raison de la céphalalgie du vomissement et de la constipation. La méningite se différencie par le strabisme, l'inégalité des pupilles, la pâleur et la rougeur alternatives de la figure, les changements dans le rythme de la respiration et l'intermittence du pouls. Après le huitième jour, dans la fièvre typhoïde, le ventre se ballonne et on y constate la présence des taches lenticulaires; dans la méningite le ventre est creusé et on n'y voit pas de taches.

2<sup>o</sup> D'avec la pneumonie.—Au début des deux maladies il y a de la céphalalgie, de l'agitation nocturne, des convulsions ou des mouvements convulsifs, de l'abattement et du vomissement. **Mais**

dans vingt-quatre heures au plus, la respiration devient accélérée dans la pneumonie, et on pourra constater de la sous-matité et la diminution du murmure vésiculaire; la température atteint rapidement  $102\frac{1}{2}^{\circ}$ ,  $103^{\circ}$  et le pouls 140 à 160. Dans la méningite on ne retrouve aucun de ces phénomènes, la température se maintient au dessous de  $102^{\circ}$  et il n'y a pas de relation fixe entre elle et le pouls.

3<sup>o</sup> D'avec les fièvres éruptives.—Au début de ces fièvres, les phénomènes de congestion cérébrale obscurcissent le diagnostic. L'angine cependant de la scarlatine et de la rougeole mettront généralement sur la voie en dedans de vingt-quatre heures. Si l'angine ou une éruption manquent, le diagnostic sera difficile. Un début brusque n'est point caractéristique de méningite. Dans deux ou trois jours, le pouls, la température et le rythme respiratoire aideront. Le pouls de la méningite est irrégulier, intermittent, et n'affecte pas de rapports avec la température. Après huit jours les symptômes de la méningite sont généralement bien prononcés.

4<sup>o</sup> D'avec la sclérose cérébrale.—Au début de cette maladie il y a de la céphalalgie, de l'insomnie et des mouvements convulsifs. Ces symptômes se maintiennent pendant un ou deux jours, puis tout semble redevenir normal. Quelques mois plus tard ils se renouvellent avec plus d'intensité; les vomissements augmentent de fréquence, la langue devient saburrale et il y a de la constipation.—*Archives of Pediatrics.*

**Les yeux des bébés.**—Un journal américain rappelle le peu de protection qu'offrent nos voitures d'enfants contre l'action directe du soleil sur les yeux encore délicats de ceux-ci. Dans nos jardins et parcs on est souvent témoin de la véracité de cette remarque.  
Avis aux mères.

**Traitement de la coqueluche.**—Au cours d'une épidémie de coqueluche au *Children's Hospital*, le docteur LEWIS, après avoir essayé différents modes de traitement, dit avoir obtenu les meilleurs résultats avec la belladone— $\frac{1}{4}$  de grain, en moyenne chez un enfant de trois ans. Un fait remarquable a été l'insuccès de l'antipyrine, explicable, peut-être, par la mauvaise constitution des enfants qui étaient presque tous chétifs et souffrants de lésions osseuses variées, l'antipyrine convenant surtout aux sujets robustes.—*Medical Times.*

**Contribution à l'étude de la tuberculose dans l'enfance,** par le professeur DEALME.—(*Allgemeine Medicin. Centralzeitung*, 1889, n<sup>o</sup> 51).—L'auteur rapporte sept observations de tuberculose miliaire aiguë généralisée dont l'étiologie présente quelques particularités intéressantes.

La première de ces observations concerne un petit garçon âgé de 5 ans dont l'astragale et le scaphoïde gauches étaient envahis par un foyer caséeux. A la suite du grattage de ces lésions tuberculeuses, le malade présenta tout les signes d'une méningite tuberculeuse qui se termina rapidement par la mort. L'autopsie permit de constater que presque tous les organes avaient été envahis par des tubercules miliars. Le nombre de ces derniers était particulièrement considérable du côté des méninges.

Dans le second cas il s'agit d'une petite fille, née d'une mère tuberculeuse, qui mourut à l'âge de trois mois, avec les symptômes d'une méningite tuberculeuse. A l'autopsie on trouva des tubercules miliars en très grand nombre dans tous les organes thoraciques et abdominaux, tandis que les méninges n'avaient été envahies que par quelques productions tuberculeuses isolées. Le point de départ de la tuberculose miliaire avait été un ganglion bronchique caséeux du volume d'une noisette.

Le 3e cas de tuberculose miliaire fut observé chez un petit garçon âgé de 5 ans, immédiatement à la suite d'une rougeole de moyenne intensité. Le point de départ de l'infection tuberculeuse put être retrouvé dans les ganglions cervicaux qui avaient subi une hypertrophie considérable et un début de caséification dans le cours de la rougeole.

Dans le 4e cas, un jeune garçon âgé de 8 ans, fut atteint d'une parotidite qui s'accompagna d'une tuméfaction inflammatoire assez intense du testicule droit.

Cette orchite guérit rapidement, mais l'épididyme resta tuméfié, dur et douloureux à la pression. Au bout de quelques semaines l'enfant succomba à une tuberculose miliaire généralisée, diagnostic qui fut confirmé par l'autopsie. Suivant l'auteur il s'agissait d'une tuberculose primitive de l'épididyme qui se développa à la suite de l'orchite ourlienne et qui par la suite, constitua vraisemblablement le point de départ de l'infection générale.

Pour ce qui concerne les trois derniers cas, la tuberculose miliaire aiguë généralisée, n'a point eu comme point de départ un foyer tuberculeux périphérique, de faibles dimensions, comme dans les observations précédentes. Chez deux d'entre eux, elle s'est rattachée très nettement à une phtisie pulmonaire chronique et dans le dernier cas, son développement s'est confondu avec l'évolution d'une tuberculose mésentérique.

Relativement à la fréquence de la tuberculose chez les enfants, il résulte de la statistique établie par l'auteur, que sur un total de 58,927 enfants traités à l'hôpital, 2,420, c'est-à-dire 4,0 pour 100 ont été atteints de tuberculose.

Sur ces 2,420 cas de tuberculose, 87 c'est-à-dire 3,6 0/0 appartiennent à la tuberculose miliaire aiguë. Sur le total de 58,927 enfants admis à l'hôpital, la mortalité par la tuberculose miliaire, s'est élevée à 0,14 0/0.

La statistique établie par l'auteur apprend également que la tuberculose miliaire s'observe avec la plus grande fréquence à partir de la 2<sup>e</sup> jusqu'à la 4<sup>e</sup> année. Sur les 87 malades, 47 étaient des garçons et 40 des filles. Dans 43 cas la tuberculose miliaire aiguë eut son point de départ dans une tuberculose viscérale primitive : 38 fois, le processus se développa d'un foyer primitif périphérique.

Quant aux symptômes cliniques de la tuberculose miliaire aiguë généralisée, dans l'enfance, ils prennent le caractère de la méningite tuberculeuse. Sur les 87 cas, les méninges étaient restées indemnes 4 fois seulement. C'est habituellement sur l'arachnoïde que les tubercules miliaires s'observent en plus grand nombre.

**Traitement des affections bulleuses de la peau, en particulier chez les enfants,** par le Dr L. DUNCAN BULKLEY, dans le *N. Y. Med. Journal* du 13 avril 1889.—L'arsenic a rendu de signalés services à l'auteur dans un grand nombre de cas chez les malades de tout âge. Cette pratique est applicable à l'enfance. Les enfants supportent admirablement bien l'arsenic et l'auteur qui leur a administré largement ce médicament, aussi bien dans les affections bulleuses que dans l'eczéma, n'a jamais observé de phénomènes sérieux d'intoxication.

Généralement l'arsenic agit chez les enfants, d'abord comme purgatif ; on peut en général le donner sans crainte à doses progressives jusqu'à ce que l'effet purgatif soit obtenu, et alors on réduit un peu la dose qui est ainsi parfaitement supportée.

Il est souvent utile de seconder l'effet de l'arsenic par un régime ou une médication appropriée.

L'auteur a donné aussi comme adjuvants l'huile de ricin, les hypophosphites, le calomel de temps en temps, les alcalins, la rhubarbe avec le bicarbonate de soude, l'arsenic encore mais associé au fer pour l'effet tonique, mais, en somme, c'est toujours l'arsenic à doses relativement larges et fréquentes qui a eu raison de l'éruption. Quant à son mode d'action il est absolument inconnu.

La préparation employée dans tous les cas a été l'arsénite de potasse ou l'arsénite de soude en solution. On fera bien pour l'administration de diluer encore cette solution dans une quantité d'eau équivalente au tiers d'un verre. L'eau de Vichy, d'ailleurs indiquée par des affections bulleuses, convient parfaitement pour cette dilution. Le médicament sera bien administré toutes les deux heures.

**De l'ascite aiguë chez les enfants,** d'après une leçon de M. le professeur agrégé RONDOT publiée dans la *Gazette des sciences médicales de Bordeaux*—Il y a dans la science un certain nombre d'observations d'ascite survenue brusquement chez l'enfant, et coïncidant quelquefois avec de la fièvre, des douleurs de ventre et

même des vomissements et simulant le tableau symptomatique de la péritonite aiguë franche, généralement à la suite d'un refroidissement.

L'action brusque du froid chez les jeunes filles à l'époque de la menstruation peut donner lieu à un épanchement rapide de sérosité dans l'abdomen que Cruveilhier a signalé sous le nom d'*ascite des jeunes filles*.

On rencontre l'ascite, soit seule, soit associée à d'autres phénomènes œdémateux dans des états dyscrasiques comme l'impaludisme. Il n'est pas possible néanmoins d'admettre l'existence d'une ascite essentielle, car comme Besnier l'a écrit avec autorité dans son article *Ascite* du "Dictionnaire encyclopédique," il n'y a pas d'ascite qui ne soit sous la dépendance d'une cause dynamique ou matérielle.

Une exploration minutieuse et suivie des malades présentant les phénomènes de l'ascite aiguë prétendue essentielle, permettrait de rapporter cette affection à des modifications transitoires du système porte hépatique se traduisant par des lésions initiales de la cirrhose veineuse. D'autres ascites peuvent appartenir à des formes frustes du mal de Bright, comme dans le fait de Rilliet et Barthez où une guérison rapide après l'emploi de la chaleur et des diurétiques coïncida avec l'apparition de sueurs et d'urines abondantes, de diarrhée et d'expectoration séro-muqueuse.

Enfin M. Rondot possède une remarquable observation d'ascite aiguë d'origine maremmatique qui n'est pas rare à Bordeaux et disparaît avec la fièvre elle-même par l'administration du sulfate de quinine.

West a signalé aussi des ascites précédées de caractères rémittents et intermittents qui cèdent généralement à l'emploi de la médication quinique.

Il n'y a pas lieu de confondre avec les ascites celles qui sont sous la dépendance de la tuberculose du péritoine et surviennent par l'influence du bacille d'une façon analogue aux pleurésies aiguës dans la bacillose pulmonaire.

Le pronostic de l'ascite infantile est en général, suivant Leudet, absolument favorable. Qu'elle soit primitive ou secondaire elle cède plus ou moins rapidement au repos, au régime et à un traitement qui variera selon qu'on devra supposer l'existence des lésions viscérales ou des troubles dyscrasiques.

Le calomel, à la dose de 0.10 centigrammes par jour en deux paquets, réussit dans la plupart des cas. M. Rondot préconise en plus dans le traitement de toutes les ascites la faradisation portant sur les muscles abdominaux dont l'inertie et l'atrophie surviennent promptement à la suite des épanchements ascitiques de l'enfance.

## SYPHILIGRAPHIE

**Syphilis et tuberculose; leur association.**—Leçon clinique de M. le professeur POFAIN, à l'hôpital de la Charité.—Messieurs, je vous ai exposé dernièrement les signes qui permettent de distinguer la tuberculose pulmonaire de la syphilis du poumon, et je vous ai dit que la fièvre, si fréquente chez les tuberculeux, était très rare lors de l'envahissement du poumon par la vérole.

Cependant il y a des cas de syphilis à fièvre relativement intense presque autant que dans la phthisie.

C'est ainsi qu'une malade, que nous avons au n<sup>o</sup> 22, présente une température élevée qui, plusieurs fois, a atteint 40° le soir. Tantôt la fièvre est rémittente, tantôt d'apparence intermittente, car le thermomètre, certains jours, n'a marqué le matin que 37°. En l'auscultant avec soin, on trouve à la base gauche un peu de congestion pulmonaire qui se manifeste par la diminution du son au tiers inférieur et un peu d'affaiblissement du murmure respiratoire.

Par exclusion, on est forcé d'arriver à penser à la fièvre de la syphilis secondaire. L'accident primitif est difficile à trouver, mais cela n'est pas rare chez la femme. En tout cas, entrée le 12 septembre, notre malade présentait des plaques muqueuses, et a, actuellement, de l'alopecie. C'est la tout, car il n'y a rien à la peau, et nous sommes forcés de rattacher la fièvre à la syphilis en l'absence de toute autre cause. Ceci n'a, du reste, rien d'exceptionnel.

Cette fièvre est rarement la cause d'embarras sérieux, car, dans la syphilis, les lésions pulmonaires sont tardives et se voient à la fin de la période secondaire ou dans la période tertiaire. A ce moment, la fièvre syphilitique est peu fréquente, car, habituellement, elle coïncide avec la roséole et les plaques muqueuses.

De tout ceci on peut conclure avec raison, que la fièvre est un bon signe différentiel entre la phthisie pulmonaire et la syphilis du poumon. Il faut y joindre la présence des bacilles dans le cas de tuberculose, d'accidents divers dans les cas de syphilis.

Malheureusement, quand il y a à la fois syphilis et certains signes de tuberculose peut-on dire que l'on n'est pas en présence d'un cas d'association? Le fait n'est pas rare et forme la difficulté la plus grande dans la plupart des cas. Il faut alors se demander quelle part revient à chacun des deux facteurs, et c'est là une question capitale, car la tuberculose est beaucoup moins curable que la syphilis.

L'association est assez fréquente pour que quelques-uns aient pu dire que la plupart des accidents de syphilis pulmonaire n'étaient que de la tuberculose. Resterait alors, pour le diagnostic, l'influence du traitement. Nous verrons tout à l'heure dans quelle mesure on peut y avoir foi.

Étudions l'association de la tuberculose et de la syphilis.

Cette association peut se faire de deux façons : la syphilis survient chez un tuberculeux, un syphilitique devient phthisique ; et c'est là le cas ardu, car rien n'est plus difficile que de savoir quand et comment on contracte la tuberculose.

Quand la syphilis apparaît chez un tuberculeux, elle aggrave la maladie en ce qu'elle est une cause de débilitation. L'aggravation peut encore résulter des symptômes surajoutés et de l'influence du traitement lui-même.

À l'appui, je vous rapporterai l'observation suivante : Un malade entra à Necker en septembre 1881. Il toussait depuis sa jeunesse et plusieurs de ses enfants étaient morts en bas âge d'accidents pouvant être rapportés à la tuberculose. Huit mois avant d'entrer à l'hôpital, il contracta la syphilis. Immédiatement les accidents s'aggravèrent et la diarrhée survint. À l'entrée, il existait des signes de phthisie des deux côtés, principalement à droite.

Dans ce cas donc, une tuberculose probable à marche très lente se transmettant aux enfants, prend une marche rapide dès que la syphilis apparaît.

La tuberculose, avons nous dit plus haut, apparaît dans le cours de la syphilis ; c'est là la seconde forme d'association.

La plupart du temps, c'est dans la période tertiaire que les accidents syphilitiques pulmonaires proprement dits se développent. C'est aussi à cette époque que la tuberculose se manifeste surtout, car elle est rare au début de la maladie. En réalité, dans le plus grand nombre des cas, quand la tuberculose survient dans la syphilis, elle ne se manifeste que tardivement. Quelquefois il y a des exemples ; je n'en connais que deux positifs, où les accidents pulmonaires surviennent dans la période secondaire, à la fin.

Une malade que j'ai observée à Necker, dont trois frères étaient morts de tuberculose pulmonaire, entra pour une hémiplegie gauche avec paralysie faciale droite. Antérieurement elle avait eu des éruptions cutanées qui avaient laissé des cicatrices caractéristiques. Le traitement spécifique amena la guérison en trois semaines, mais entraîna une stomatite très intense, de la perte des forces, de la diarrhée avec toux et fièvre. À gauche, il existait des signes de tuberculose avancée, et cette tuberculose était survenue à propos de la syphilis. La malade quitta l'hôpital améliorée.

Il n'y a pas à s'étonner beaucoup de ce que la syphilis puisse donner lieu à des gommes pulmonaires à une période peu avancée, puisqu'il est facile de voir des cas précoces de gommes cutanées.

Notons encore que le traitement spécifique, quand il est mal supporté, joue un rôle dans le développement de la phtisie.

Cela ne veut pas dire que la syphilis ne puisse pas provoquer la tuberculose, bien loin de là. Elle agit de deux façons : comme cause occasionnelle, comme cause prédisposante.

Tout à l'heure, nous l'avons vue occasionnelle dans les deux observations que j'ai rapportées.

Voici maintenant un cas dans lequel elle a agi en prédisposant à la phtisie. Une malade de 21 ans, entrée à Necker en septembre 1883, était devenue tuberculeuse sans cause appréciable, bien qu'elle fût prédisposée, car son père étant mort en trois mois d'une phtisie probable. Deux ans auparavant, elle avait eu un chancre de la lèvre inférieure qui avait été suivi de mal de gorge et de syphilides diverses. Quelque temps avant l'entrée était survenue une poussée nouvelle, en même temps que la tuberculose apparaissait et devenait rapidement menaçante. Nous lui trouvâmes ces signes manifestes du deuxième degré. Malgré cela, il survint une amélioration assez notable pour que la malade ait pu quitter l'hôpital.

La syphilis peut provoquer la tuberculose en agissant sur les bronches et le larynx. Cela est rendu probable par ce fait qu'il existe à la période secondaire des cas de bronchites sans cause appréciable que l'on a considérés comme de la syphilis des bronches. D'autre part, chez certains malades, l'affection commence par le larynx et on y trouve la syphilis, tandis que plus tard se développe la tuberculose pulmonaire. Il y a donc là comme une sorte d'appel.

Lorsque la syphilis envahit le poumon, elle semble devenir une cause de fixation des bacilles. En voici un exemple : En 1884, entré à l'hôpital un malade âgé de 42 ans, sans hérédité tuberculeuse et ayant eu cinq enfants, dont quatre étaient morts en bas âge. Six mois avant son entrée à l'hôpital, il contracta une syphilis qui entraîna des accidents caractéristiques. Quelque temps après, il se développa à la base du cou une tumeur qui supura. Le malade se mit à tousser, expectora à plusieurs reprises quelques filets de sang, puis fut pris d'une grande gêne de la respiration en même temps que les crachats devenaient mucopurulents. Bientôt survint de la fièvre, les forces se perdirent et l'amaigrissement devint considérable.

À l'entrée, on trouve une exostose du radius et des ulcérations du voile du palais. Les signes de la phtisie existaient des deux côtés, prédominant à gauche. Le malade, après un court séjour à l'hôpital, mourut un peu rapidement.

À l'autopsie, on trouva à la fois des signes nets de tuberculose et des signes nets de syphilis. À gauche, il y avait des adhérences de la plèvre, de la pneumonie chronique du sommet, et surtout des tubercules miliaires caractéristiques, quelques-uns étant déjà

caséux. Ils s'étendaient, du reste, à une grande partie du poumon. À droite se trouvaient deux cavernules de la grosseur d'une petite noisette et de petits tubercules miliaires.

La syphilis revendiquait pour sa part, dans les régions inférieures des poumons, des parties devenues dures, blanc rosé et atteintes de la lésion que l'on a appelée pneumonie blanche, et qui ne se voit jamais dans la tuberculose. On retrouvait, du reste, encore la syphilis dans les os. Il y avait donc à la fois dans les poumons des manifestations tuberculeuses et des manifestations syphilitiques, les premières siégeant au sommet et les deuxièmes à la base.

Les lésions tuberculeuses contenaient des bacilles. Mais ce qui est très intéressant, c'est qu'ils n'existaient pas inférieurement, sauf dans quelques points où ils avaient déjà élu domicile au niveau de la pneumonie blanche.

Localement donc, la lésion syphilitique préparait la fixation, l'extension de la phtisie existant déjà en servant de lieu d'appel. C'est dire qu'un tuberculeux, devenant syphilitique, verra sa maladie s'exagérer.

Il y a des cas rares où la syphilis a réellement préparé le terrain à la tuberculose. On peut d'ailleurs se demander bien souvent s'il n'y a pas eu seulement exaspération de la maladie préexistante.

Un malade de 42 ans avait eu la syphilis à 26 ans. Après les accidents habituels, il ne se produisit rien pendant quatorze ans. Puis sa femme devint phtisique et, après la mort de cette dernière, il dut lui même entrer à l'hôpital pour des accidents de faiblesse, d'amaigrissement, de toux, etc. Il y avait destruction complète des deux cordes vocales. Sous l'influence de la médication antisypilitique, les accidents rétrocédèrent un peu, puis devinrent de nouveau intenses et emportèrent le malade. À l'autopsie, on trouva, comme chez le malade dont je vous ai tout à l'heure rapporté l'observation, des lésions manifestement tuberculeuses au sommet et de la pneumonie interstitielle grise à la partie postéro-inférieure. Cet homme ne paraissait pas prédisposé à la tuberculose et paraît être victime de transmission directe.

On peut, chez des tuberculeux phtisiques, arrêter les accidents; il ne faudrait pas en conclure que ces derniers soient syphilitiques, la tuberculose pouvant être enrayée même dans ces cas.

Une malade de 22 ans entra à Necker en 1888. Son père était mort tuberculeux et, depuis longtemps, elle avait des bronchites. À l'examen, on trouva des signes manifestes aux deux sommets. Mais, de plus, la malade était syphilitique, bien que l'accident primitif fût impossible à découvrir; elle présentait, en effet, une iritis indolore survenue sans cause appréciable et un engorgement de l'un des coudes avec plaques suspectes. Nous espérons donc que la lésion pulmonaire pouvait être partiellement syphilitique.

Le traitement spécifique améliora considérablement la situation, et la malade put sortir de l'hôpital presque guérie. Les signes de la syphilis avaient disparu. Il restait quelques traces de tuberculose au sommet et, quelques mois plus tard, il était impossible de les retrouver.

Cette observation, et quelques autres du même genre que j'ai recueillies, sont très importantes au point de vue du pronostic. Il importe en effet beaucoup de déceler la syphilis qui peut être latente chez le tuberculeux, car dans ce cas elle provoque, exagère la maladie, et le traitement améliore parfois rapidement.

Un malade que j'ai observé dernièrement avait des signes de tuberculose très nets, locaux et généraux; à 18 ans, il était devenu syphilitique. Le traitement spécifique l'améliora rapidement, et il sortit de l'hôpital un des sommets complètement dégagé.

Le traitement, dans tous ces cas, n'empêchera pas ces tuberculoses de rechuter, mais il est évident qu'il agit non seulement quand il s'agit de syphilis pulmonaire, mais encore quand il y a véritablement phthisie bacillaire.

Ce traitement est nécessairement mixte. Faut-il l'employer quand les accidents tuberculeux sont immédiatement menaçants? Évidemment oui. Car des deux affections, l'une la syphilis, peut être rapidement modifiée, sauf dans ces cas rebelles qui résistent à tout, et elle joue, nous l'avons vu, un grand rôle dans le complexe morbide. Après on agira contre la tuberculose sans du reste croire que, la syphilis disparue, la phthisie guérisse toujours.

Quand la tuberculose apparaît, la phthisie peut être latente, à peine visible; cela ne doit pas empêcher d'agir.

Comme il s'agit de syphilis secondaires tardives ou de tertiaires, on devra employer le traitement mixte. L'iodure de potassium est certainement utile, mais le mercure est aussi nécessaire. Il faut même qu'il soit administré énergiquement et, à ce propos, il sera nécessaire de le donner d'une manière qui ménage le tube digestif si fréquemment atteint chez le tuberculeux. On devra donc choisir, soit les frictions, soit les injections sous-cutanées, et de préférence les premières quand elles seront possibles. Le malade doit être surveillé avec grand soin, car les accidents dus au traitement deviennent graves quand il y a tuberculose.

En résumé, on peut dire qu'étant donné un cas de tuberculose, il sera moins grave quand il y aura en même temps une syphilis, parce que l'on pourra espérer modifier cette dernière.—*Union médicale.*

**Technique des frictions mercurielles dans le traitement de la syphilis**, par M. le prof. FOURNIER.—Il est aujourd'hui certain que le mercure constitue le remède spécifique de la syphilis dans ses premières périodes. Quels sont les différents modes d'administration de ce médicament? Pour le faire pénétrer dans l'orga-

nisme, nous disposons de quatre méthodes : 1o ingestion stomacale ; 2o frictions ; 3o injections hypodermiques ; 4o fumigations. Et d'abord laquelle faut-il choisir ? Certains médecins sont exclusifs et n'emploient jamais qu'une seule de ces méthodes. Une semblable conduite est contraire au véritable esprit médical : il n'y a pas de méthode applicable à tous les cas.

Il faut faire son choix au lit du malade. En effet, si on a affaire à un cas très grave, a-t-on la liberté de choisir indifféremment une quelconque des méthodes précédentes ? Non, il faut employer les frictions. A-t-on affaire à un cas sans manifestation actuelle, emploiera-t-on les frictions ? Évidemment non. Si le malade est dyspeptique, on ne pourra pas lui prescrire des pilules. Une femme du monde ne voudra pas des frictions. Chez un enfant de huit ou dix jours, dont il faut respecter les fonctions digestives et chez lequel, par suite de l'absence des dents, la stomatite est peu à craindre, on aura recours aux frictions.

*Méthode des frictions.*—C'est la plus ancienne de toutes ; elle date, en effet, de la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, c'est elle que chanta Fracastor. C'est elle aussi qui, mal dirigée à cette époque, produisit ces stomatites effroyables qui ont valu au mercure son sinistre renom. L'ancien traitement par les frictions comprenait les cinq pratiques suivantes : séquestration, surchauffage, dépuration par les purgatifs, la saignée et la diète, salivation. On commençait, pour préparer le malade, par lui faire une ou deux saignées. On lui interdisait la viande. Enfin on le gorgeait de tisanes.

Puis le traitement commençait. On enfermait le malade dans une chambre bien close dont on n'ouvrait jamais les fenêtres et dont le patient ne devait pas sortir pendant tout le temps de sa cure. Cette chambre, on la chauffait quelquefois à la chaleur d'une étuve. Aussi a-t-on cité des exemples où, dans ces conditions, les malades sont morts au bout de trois jours. Pour frictionner le patient on le mettait entre deux feux, l'un à gauche, l'autre à droite. On faisait sur tout le corps jusqu'à quatre frictions par jour, avec des onguents très complexes : celui de Vigo contenait dix-neuf substances. Pour faire supporter ce traitement, on donnait un digestif ne comprenant pas moins de trente quatre drogues.

La friction faite, on recouvrait le malade d'ouate et on le mettait dans un lit bien chaud. On lui permettait à peine de se lever deux ou trois heures chaque jour. Pendant tout le temps du traitement qui durait de 25 à 30 jours, on se gardait bien de changer le lit des malades. Aussi à la fin tout était noir ; le malade, le linge et la salle. Quant au régime, il consistait en soupes légères. Si le malade avait trop faim, on lui donnait un jaune d'œuf ; de plus, on lui prescrivait des purgatifs, des dépuratifs, des tisanes, etc.

Ah! il ne faisait pas bon avoir la vérole en ce temps-là. Quand les malades avaient des syncopes, c'était d'un bon présage. On leur recommandait d'être gais et de mettre un frein à leurs passions. La salivation constituait un symptôme favorable; c'était la maladie qui s'en allait. Aussi l'entretenait-on avec un soin jaloux. Sans une bonne salivation, quatre ou six livres de salive par jour, pas de bonne guérison. Aussi les malades passaient leur temps à baver dans leur casserole: d'où le nom de *traitement à la casserole*.

Aujourd'hui, comment instituons-nous le traitement par les frictions? Le malade est soumis à une bonne hygiène et à un régime tonique. On a complètement renoncé aux dépuratifs, aux purgatifs, etc. Les tisanes ont résisté plus longtemps; actuellement il n'en est plus guère question. On a renoncé à la diète et au surchauffage: on laisse le malade aller et venir. On lui recommande même de prendre de l'exercice au grand air. On lui prescrit parfois l'hydrothérapie et les bains de mer.

Quelle pommade doit-on employer pour les frictions! L'onguent mercuriel double ou onguent napolitain, fraîchement préparé. On a proposé dernièrement de le remplacer par les savons mercuriels, celui de Spillman, par exemple, composé de parties égales de savon et de mercure. Ce savon est divisé en pains dont chacun pèse cinq grammes. Mais ces savons ont le grand inconvénient d'exiger un temps considérable pour la friction: ils ne demandent jamais moins d'une demi heure pour fondre.

La dose de la pommade doit être d'abord de 4 grammes; on pourra ensuite la pousser à 6 ou 8 grammes, mais on ne dépassera pas cette dernière dose. On se souviendra que la femme est bien plus sensible que l'homme à l'action des frictions. Elle ne supporte guère que 6 à 8 grammes de pommade par jour. Chez l'enfant qui n'a pas de dents, on peut prescrire, même dès l'âge de huit jours, 1 à 2 grammes de pommade. On peut aller jusqu'à 3 grammes et ces doses sont quelquefois indispensables dans les cas de syphilis grave (syphilis cérébrale) et dans le cours des cures aux eaux sulfureuses, on peut et on doit même dépasser ces doses. En effet, les eaux sulfureuses semblent accroître la tolérance pour le mercure. Enfin, on exigera toujours que le malade fasse chacune de ces frictions avec une quantité déterminée de pommade. Pour une semaine on prescrira: onguent mercuriel double, 28 grammes divisées en sept boîtes.

*Quand faut-il faire les frictions?*—En général on ne les fait qu'une fois par jour. On choisit alors le moment le plus propice, c'est-à-dire celui du coucher. Le malade a ainsi le temps de faire sa friction convenablement et il peut la conserver pendant toute la nuit.

*Où faire la friction?*—Chaque médecin a son endroit préféré. M. Fournier fait la friction sur les parties latérales du thorax.

Dans cette région on a à sa disposition une vaste surface et le malade peut se frictionner lui-même.

Dans l'emploi des frictions, il y a deux précautions à prendre : 1o on ne doit pas faire de friction sur le scrotum, l'aîne, le pubis, l'aisselle. Ces régions absorbent trop facilement le mercure ; 2o il faut varier le siège des frictions pour éviter de déterminer des accidents dont nous parlerons plus loin. On fera des frictions alternativement du côté gauche et du côté droit du thorax, ou bien sur la partie interne des bras ou des cuisses.

*Comment doit-on faire la friction ?*—La friction ne doit pas être une onction, il faut frotter la peau, mais sans trop de vigueur. On ne doit pas étriller, ce serait de l'exagération. Le malade peut se frictionner lui-même ou avoir recours à un aide.

*Durée de la friction.*—Quand on emploie 4 grammes de pommade, elle doit être prolongée au moins un quart d'heure. Elle sera d'une demi-heure au moins si la dose est portée à 8 ou 10 grammes.

*Soins consécutifs.*—Sur la partie qui a été le siège de la friction, on place une feuille de ouate, un linge, une flanelle, peu importe, et on recouvre la partie avec un bandage approprié (bandage de corps, caleçon, manche, etc.). Il est bien entendu qu'on laissera la pommade toute la nuit sans y toucher. Le lendemain matin, on essue la pommade, on fait une lotion avec de l'eau de savon. Le malade prend deux bains savonneux par semaine.

*Nombre des frictions. Quantité d'onguent.*—A ce sujet, il y a pas de règle absolue. Quand le malade peut être surveillé avec soin, on peut continuer le traitement pendant deux à quatre mois. Toutefois, on s'accorde à admettre qu'il est prudent de ne pas le prolonger pendant trop longtemps, parce qu'il n'est plus toléré et qu'il devient trop fatigant pour le malade. Le terme moyen de tolérance, très élastique d'ailleurs, est de trois à quatre semaines, cinq au maximum. Chez certains sujets, chez les femmes entre autres, il faut une véritable stratégie pour faire continuer le traitement, même pendant trois semaines. Pour y arriver, on fera faire des frictions un jour sur deux ou trois jours de suite et, après cela on suspendra le traitement pendant quatre jours. C'est affaire de tâtonnement et de tact médical.—*Revue générale de clinique.*

**Symptômes précoces de la syphilis héréditaire.** par M. le Dr MILLER.—M. Miller a examiné 1,000 cas de syphilis héréditaire. Le résultat de ses observations est le suivant. Il y a eu des papules de la peau ou des muqueuses 74 fois 0/10 ; des rhagades des lèvres et de l'anus, 70 fois 0/10 ; de la rhinite, 58 0/10 ; des ulcères de la portion osseuse du palais, 52 0/10 ; des macules, 45 0/10 ; des adénites chroniques, 29 0/10 ; des ulcères de la langue, 27 0/10 ; du pemphigus, 25 0/10 ; de l'onxyxis, 23 0/10 ; de la laryngite, 17 0/10 ; de la pseudo-paralysie des extrémités, 7 0/10 ; des ulcères cutanés, 4 0/10 ; de la gingivite ulcéreuse, 4 0/10.

La plupart des enfants étaient extrêmement maigres. Le cordon ombilical, au lieu de tomber, comme chez les enfants sains, le quatrième ou le cinquième jour, ne tombe pas avant la seconde ou la troisième semaine, et l'inflammation de l'ombilic est bien plus fréquente chez les enfants syphilitiques. La maladie fait son apparition dans le cours du premier mois 64 fois 0/10 et dans le cours du second mois, 22 fois 0/10. En général elle se montre pendant la troisième semaine ou plus rarement dans la seconde ou la quatrième. Les symptômes les plus précoces de la syphilis héréditaire sont la rhinite et le pemphigus.

Les fissures des lèvres, surtout de la lèvre supérieure, sont, suivant Parrot, un signe certain de syphilis héréditaire. Elles sont pour le moins fréquentes et précoces; elles sont généralement doubles et symétriquement placées à la lèvre supérieure; à la lèvre inférieure on n'en retrouve ordinairement qu'une au centre de la lèvre. Ces fissures sont douloureuses, difficiles à guérir et aissent des cicatrices blanches très persistantes.

## FORMULAIRE.

### Angine de poitrine.—*Dujardin-Beaumetz.*

P.—Hydrobromate de cocaïne.....	10 grains.
Alcool.....	15 gouttes
Eau distillée de laurier-cerise .....	6 drachmes.

*Dose*: Injecter sous la peau, pendant un accès, le quart ou la moitié du contenu d'une seringue de Pravaz.

### Rhinite catarrhale aigue simple.—*Cozzolino.*

P.—Chlorure d'ammonium.....	45 grains
Salicylate de soude.....	30 "
Chlorure de potassium.....	45 "

M.—A priser.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

### Coryza aigu intense.—*Cozzolino,*

P.—Eau.....	
Alcool rectifié... ..	ââ 4 drachmes
Acide carbolique.....	$\frac{1}{2}$ "
Menthol.....	4 grains
Muriate d'ammoniaque.....	23 à 30 "

M.—En inhalations.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

**Rhinite scrofuleuse.**—*Cozzolino.*

P.—Sulfo-carbolate de zinc.....	5 grains
Salicylate de bismuth .....	60 “
Iodol .....	6 “
Tannate de zinc.....	30 “
Talc pulvérisé .....	150 “

M.—A priser.—*Chicago Medical Journal and Examiner.*

**Cerumen.**—*Atkinson.*

P.—Liquueur de soude chlorurée.....	5 gouttes
Sulfate de zinc.....	2 grains
Eau de rose.....	2 onces

M.—Laver le conduit avec de l'eau salée tiède puis y verser quelques gouttes de la préparation.—*Pacific Record.*

**Aménorrhée.**—*Parvin.*

P.—Sulfate de fer.....	ââ 1 grain
Térébenthine.....	ââ 1 grain
Aloès.....	1/8 “

M.—Dose: Une pilule trois fois par jour.—*Peoria Medical Monthly.*

**Hématurie.**—*Ultzmann.*

P.—Extrait d'ergot .....	45 grains
Beurre de cacao.....	185 “

M.—Faire six suppositoires.—Dose: quatre par jour.—*Medical and Surgical Reporter.*

**Alopécie.**

P.—Teinture de jaborandi.....	ââ 2 1/2 drachmes
“ cantharides.....	ââ 2 1/2 drachmes
Liniment de savon .....	ââ 2 1/2 drachmes
Teinture de pyrèthre.....	ââ 2 1/2 drachmes
Essence de citron .....	ââ 2 1/2 drachmes
Teinture de tolu.....	ââ 2 1/2 drachmes
“ vanille.....	ââ 1 1/2 “

M.—En frictions matin et soir.—*Revue de thérapeutique.*

**Acné.**

P.—Résorcine.....	2 1/2 à 5 parties
Oxide de zinc .....	5 “
Amidon.....	5 “
Vaseline.....	10 “

M.—*Western Druggist.*

**Erysipèle.**—*Calvelli.*

P.—Acide picrique.....	3 parties
Eau.....	500 “

En badigeonnages cinq ou six fois par jour.—*Revue de thérapeutique*

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

*Propriétaire et Administrateur* : - - Dr. A. LAMARCHE.

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

*Secrétaire de la Rédaction* · · · Dr. M. T. BRENNAN.

MONTREAL, SEPTEMBRE 1889.

---

---

## BULLETIN.

---

### Les congrès internationaux de 1889.

---

L'exposition universelle de Paris a été pour un grand nombre d'associations scientifiques l'occasion de se réunir en congrès auxquels ont été convoqués tout ce que le monde entier compte de savants. Nous mentionnons d'une manière toute particulière le congrès international de l'alcoolisme, celui d'assistance publique, celui de thérapeutique et de matière médicale, ceux d'hygiène et de démographie de dermatologie et de syphiligraphie, de médecine mentale, d'hypnotisme expérimentale et thérapeutique, de psychologie physiologique et d'anthropologie criminelle. En même temps se réunissait également à Paris, l'association française pour l'avancement des sciences. Les communications aussi nombreuses et variées qu'intéressantes, faites à ces divers congrès ont prouvé une fois de plus que le mouvement scientifique prend de nos jours, à tous les points du globe, et particulièrement en France, un essor dont il est impossible, même aujourd'hui, de prévoir les résultats ultimes, tant cet essor est rapide et tant est grande l'émulation créée dans le monde des savants sérieux et convaincus, surtout parmi ceux qui ont élevé la voix dans les réunions dont nous parlons. Si jamais on a pu naguère, avec une ombre de raison, dire que la France ne tenait pas la tête du premier rang au point de vue du progrès scientifique, nous croyons que semblable reproche n'a plus sa raison d'être, et que notre ancienne mère patrie a noblement reconquis la première place, la seule du reste qui convienne au talent, universellement reconnu et applaudi, de nos enfants. Nous aurons l'occasion de donner prochainement à nos lecteurs un résumé analytique des travaux présentés aux principaux congrès internationaux de 1889.

## L'Association médico-chirurgicale du district de Joliette.

---

Nous offrons nos très sincères félicitations et nos meilleurs souhaits de succès aux médecins du district de Joliette qui viennent de se constituer en association, dans un but à la fois scientifique et confraternel. Ce mouvement est d'autant plus beau et plus digne d'être imité, qu'il est la preuve tangible que, quoi qu'on en dise, l'union peut exister parmi les médecins exerçant à la campagne, et qu'avec un peu de bonne volonté, elle peut être permanente et rendre les plus grands services.

On a, de tout temps, glosé sur l'esprit de division et de jalousie qui a tenu séparés les uns des autres les membres de la profession médicale. Depuis Molière, cependant, les choses ont bien changé, et aujourd'hui, l'émulation a, la plupart du temps, remplacé l'animosité. Pour ne parler que de notre pays, il importe que ce mouvement s'accroisse davantage, et que l'on voie une bonne fois cesser les disputes et les dissensions qui ont fait le plus grand tort à la profession et à ses membres, soit au point de vue purement social, soit au point de vue scientifique. La création d'associations ou sociétés savantes est bien de nature à atteindre ce but, et c'est pour cela que nous applaudissons de grand cœur au mouvement qui viennent d'inaugurer nos confrères du district de Joliette, en leur souhaitant plein succès et en exprimant le désir qu'ils aient de nombreux imitateurs. Les colonnes de l'UNION MÉDICALE DU CANADA seront toujours ouvertes à toutes communications d'ordre déontologique ou scientifique que l'association voudra bien, par notre entremise, porter à la connaissance de la profession médicale de la Province.

---

## Les injections de liquide testiculaire.

---

Depuis la publication de notre dernière livraison, la presse médicale a continué à s'occuper de la méthode, désormais fameuse, de M. le professeur Brown Séquard, méthode dont nous avons déjà donné un aperçu à nos lecteurs. De leur côté, les savants sérieux, loin de rejeter les idées de M. Brown Séquard, comme extravagantes et ridicules, les ont soumises au contrôle rigoureux de l'expérimentation et les résultats obtenus ont été en général favorables. Pour ne citer qu'un exemple, M. le docteur Hammond, de Washington, a observé une série de dix cas chez lesquels les injections de liquide testiculaire ont donné des effets très satisfaisants. Il ne s'agit certes pas là d'une panacée universelle destinée à guérir toute maladie ou à rendre une vigueur absolue à tout organisme débilité, mais d'un remède tonique purement et simplement, dont l'action s'explique

par sa composition même et qui est susceptible de remplacer avec avantage les reconstituants ordinaire dans les cas où ceux-ci font défaut. Si ces injections ont quelque valeur, nous ne voyons pas pourquoi on ne les utiliserait pas. Si au contraire elles sont inutiles, l'expérience nous le dira bientôt, et il sera toujours temps de les mettre de côté.

### Trop de réclame.

Nous cueillons dans un journal politique l'entre-filet suivant que nous reproduisons textuellement :

" M. A. B. C. a eu, ces jours derniers, la jambe fracturée. Il tomba d'une voiture dans laquelle il travaillait et la roue de la voiture lui écrasa la jambe.

" Le blessé se porte bien, grâce aux soins du Dr. XX, qui a réduit la fracture."

Ce *grâce aux soins* est superbe et nous rappelle l'avis de naissance suivant publié par un journal américain : " A. N\*\*\* le 12 courant, madame R. Smith a heureusement mis au monde un fils. Merci au docteur Richard Jones ! "

Quand une réclame de ce genre est tout simplement le fait d'un rédacteur en disette de nouvelles locales, il est facile de comprendre que cela n'arrive qu'assez rarement, mais quand chaque numéro du journal proclame à son de trompe les cures et les travaux du docteur XX, tout le monde suppose que celui-ci est de moitié dans les frais de réclame et qu'il profite à son aise du bon vouloir de son ami le rédacteur. Dès lors aussi l'information prend les allures d'une simple charlatanerie à laquelle personne ne saurait se méprendre.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Index catalogue of the Library of the Surgeon General's office, United States army. Authors and Subjects, Volume X ; O. Pfutsch, Washington ; Government printing office, 1889.

Ce volume contient 7,658 titres d'auteur représentant 2,905 volumes et 7,282 pamphlets. Il contient en outre 14,265 titres-sujets de livres et pamphlets différents et 29,421 titres d'articles de publications périodiques.

Anatomie topographique du duodénum et hernies duodénales, par Tomesco.—Volume in-8 de 107 pages, avec 13 planches et 21 figures hors texte. Prix 3 f. Publications du Progrès-Médical, Paris, 14 Rue des Carmes, Paris.

**Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie.**—Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1938, par Bourneville, Courbarion, Rasult et Jollier, tome IX de la collection. Volume in 8 de LIX. 921 pages avec 25 figures. Prix 3 f. 50. Publications du Progrès-Médical, Paris, 14, Rue des Carmes, Paris.

**Du Traitement des Aliénés dans les familles,** par le Dr Ch. FÉRÉ, Médecin de Bicêtre. (1 vol. in-18, 2 fr. 50, Félix Alcan, éditeur.)

Cette question est l'une de celles portées au programme du *Congrès International d'Hygiène et d'Assistance publique*.

Dans la première partie de son livre, l'auteur montre les avantages de l'assistance des aliénés dans les familles, il s'appuie sur les résultats fournis par les institutions coloniales de Ghœl et de Lierneux en Belgique, sur la pratique du patronage familial en Ecosse et en Amérique, et il passe en revue les conditions dans lesquelles ce mode d'assistance économique peut être applicable en France. Dans la seconde partie, il étudie les conditions et les principales difficultés du traitement des aliénés dans les familles, et il arrive à conclure que si ce mode de traitement est applicable dans une large mesure dans les classes aisées, il ne peut être étendu aux aliénés pauvres que lorsqu'ils sont incurables et inoffensifs.

**Le Manuel d'Hydrothérapie** du Dr MACARIO, dont la 4<sup>e</sup> édition vient de paraître à la librairie Félix Alcan, a largement contribué à populariser l'emploi de l'eau froide, tant comme moyen thérapeutique que comme moyen hygiénique.

Son livre s'adresse non seulement aux médecins, mais aussi à toutes les personnes soucieuses de suivre les préceptes d'une hygiène rationnelle et fortifiante. A cette nouvelle édition est jointe une *Instruction sur les Bains de Mer*, qui est un véritable guide pratique des baigneurs. L'auteur y étudie les propriétés spéciales de l'eau de mer et de l'atmosphère maritime, les conditions pratiques de l'administration de l'hydrothérapie marine et les principales affections auxquelles doit s'appliquer cet ensemble de moyens. (1 vol. in 12, 2 f. 50).

**La Revue canadienne.**—Revue mensuelle 25<sup>e</sup> année.—64 pages par livraison.—Paraît vers le 15 de chaque mois.—Philosophie—Histoire—Littérature—Droit—Economie sociale, politique—Sciences—Beaux Arts—Esthétique—Apologétique chrétienne—Etudes religieuses—Critique—Poésie—Chronique—Nouvelles européennes—Bibliographies.—Abonnement : Canada, \$2.00; Etranger, \$2.50 ; Un numéro, 25c.—Sommaire du numéro d'Août:

I. 1789-1794—La Révolution—Les Jacobins, par A. de B.—II. Les Plaisirs de l'Étude, (*Suite et fin*) par Alphonse Gagnon.—III. Législation et Administration de la Justice sous le Gouvernement d'Assiniboia, (*Suite et fin*), par L. A. Prud'homme.—IV. Rose-Marie, (*Suite*), par V. H.—V. Antiquité reculée de l'Homme non prouvée, (*Suite*), par A. de B.

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La quatrième session du Congrès Français de Chirurgie se tiendra du 14 au 20 Octobre 1889, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. le baron LARREY.

Séance d'ouverture, Lundi 14 Octobre, à 2 heures.

*Questions à l'ordre du jour.*—Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

- I. Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales ;
- II. Traitement chirurgical de la péritonite ;
- III. Traitement des anévrysmes des membres.

### Association Pharmaceutique de la Province de Québec.—

Les examens semi-annuels pour l'admission à l'exercice de la pharmacie (majeur et mineur) auront lieu à l'Université Laval, Québec, mardi, le 15 octobre prochain, à 8 heures a. m. Les candidats devront adresser leur demande, dûment attestée, au Régistrateur, le ou avant le 5 octobre.

**Collège de pharmacie de Montréal.**— M. le docteur H. E. Desrosiers a été réélu professeur de matière médicale pour l'année 1889-90. M. C. A. Pfister a aussi été de nouveau élu professeur de chimie. Les cours s'ouvriront le 30 septembre. Les discours d'ouverture seront prononcés par MM. les docteurs Dagenais, professeurs à l'Université Laval et Stewart professeur à l'Université McGill.

**Association médicale du Canada.**—La réunion annuelle de l'Association, tenue cette année à Banff, T. N. O., a été un succès véritable. Beaucoup de médecins s'y sont rendus, et tous ont pris une part active aux délibérations. Dans notre prochaine livraison nous donnerons un compte-rendu détaillé des procédés de la réunion, compte rendu que nous devons à l'obligeance de M. le docteur James Bell, secrétaire général.

**Université Laval, Montréal, Faculté de médecine.**—Les cours de la Faculté s'ouvriront le 3 octobre prochain. Nous rappelle-

rons à MM. les Elèves 1o que désormais l'année académique sera de six mois pour les élèves de 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> années, et de neuf mois pour ceux de 3<sup>e</sup> année ; 2o que le degré de *docteur en médecine* est accordé à tout candidat ayant subi avec succès les examens ordinaires de la Licence ; 3o que le mode des examens a été modifié de façon à permettre aux étudiants de subir un nombre à peu près égal d'examens à la fin de chaque année.

**Dixième Congrès Medical International.**—La note suivante vient d'être communiqué à la presse médicale du monde entier : " Les soussignés ont l'honneur de porter à votre connaissance que conformément à la délibération prise, lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 Septembre 1887, le dixième Congrès Medical International aura lieu à Berlin. Le congrès sera ouvert le 4 et sera clos le 9 Août 1890. Des communications détaillées, par rapport au programme, suivront sans délai ce premier avis, aussitôt que l'assemblée des délégués des facultés de médecine et des sociétés médicales allemandes, convoquée au 17 Septembre à Heidelberg, aura pris une décision définitive à ce sujet. En attendant, nous venons recourir à votre obligeance, en vous priant de bien vouloir faire connaître dans vos cercles scientifiques le contenu de ce qui précède, et de leur transmettre, en même temps, une invitation courtoise de notre part.

**Association des internes de l'hôpital Notre-Dame.**—La prochaine réunion mensuelle de l'Association se fera à l'hôpital Notre-Dame, jeudi, le 19 courant, à 8 hrs p. m. précises.

M. le Bibliothécaire accuse, avec reconnaissance, réception des dons suivants :

De M. le docteur A. BRODEUR : De l'intervention chirurgicale dans les affections du rein, par le docteur A. Brodeur. Thèse de Paris. 1 vol. in-8, avec planches et gravures.

De M. le docteur M. T. BRENNAN : *The Montreal Medical Journal*, années 1888-89 et 1889-90 (2 vols.) ; *The Therapeutic Gazette*, années 1886, 1887 et 1888 (3 vols.) ; *The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, année 1889 (1 vol.) ; *The International Journal of Surgery*, année 1889 (1 vol.).

De M. le docteur H. E. DESROSIERS : *The Journal of Cutaneous and Genito-Urinary Diseases*, collection complète jusqu'à 1888 inclusivement, (8 vols.).

De M. le docteur A. LAMARCHE : L'UNION MÉDICALE DU CANADA, collection complète (17 vols.), et envoi gratuit du même journal pour l'année 1889.

#### NAISSANCE.

DESROSIERS.—A Montréal, le 15 août dernier, la femme du docteur H. E. Desrosiers a mis au monde une fille.