

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.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Contribution à l'étude de la Trichophytie ;

par Arthur DEBLOIS, M D.L. (1)

Traitement.—Le traitement des affections parasitaires du cuir chevelu constitue l'une des parties les plus délicates et les plus embarrassantes de la thérapeutique dermatologique : tous les jours de nouveaux traitements sont proposés contre ces affections ; mais ils ne peuvent être sagement appréciés que lorsque leur usage pratiqué sur une grande échelle leur a établi des effets plus ou moins concluants. Leur historique serait trop long et dépasserait le but proposé dans ce travail. Aussi, envisageant plutôt le côté clinique de la médication des teignes, allons nous nous borner à faire connaître les médicaments dont l'usage journalier, à St Louis, a donné de bons résultats.

Pour amener la guérison d'une trichophytie des poils, il faut enlever ou faire tomber tous les poils infiltrés par le parasite. Or, l'épilation est le moyen le meilleur et le plus efficace. Il a aussi pour but de faire pénétrer les *parasitocides* dans les follicules.

Parmi les parasitocides les plus certains, nous avons les solutions de *sublimé corrosif*, de concentration différente, variant depuis 1 pour 300 à 1 pour 1000.

Bazin qui le premier a institué le mode de traitement par *épilation* avait coutume après chaque séance de faire des onctions avec l'onguent de turbith minéral au trentième. (1)

M. Laillier, tout en continuant les séances d'épilation plus longtemps que ne le faisait Bazin, dit beaucoup de bien de cette pommade.

Ce savant médecin prescrit l'épilation tant que des examens minutieux et souvent répétés révèlent la présence de cheveux cassant sous le mors de la pince épilatrice.

Vous ne devez, dit-il, (je cite de mémoire) cesser ce traitement et déclarer que la teigne est parfaitement guérie qu'après une patiente expectation. Autrement votre jugement porterait à faux et serait pour la famille du petit malade une cause de contagion. Faites raser, avec un rasoir, la chevelure d'un enfant paraissant guéri d'une tondante. Cette prescription, toute éphémère qu'elle semble être chez un malade déjà guéri, ne lui sera certainement pas intempestive, ne serait-ce que dans le but de lui faire pousser les cheveux plus vite et plus vigoureux.

Ce dermatologiste, malgré ses nombreux essais, n'encourage pas fortement le "croton tiglium." "Le plus souvent, dit-il, ce mode de trai-

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

(2) Sulfate mercurique ou mercarique. Voici la formule de Bazin :

R. Turbith minéral, 1 gramme.
Huile d'amandes douces, 5 grammes.
Glycérine, 5 grammes.
Axonge, 40 grammes.

tement a échoué, et plus d'une fois il nous a fallu arrêter ou modérer la dermite consécutive à son emploi; dans quelques cas même, cette dermite a été assez intense pour laisser à sa suite des cicatrices et une alopecie définitive. Tous ces accidents ne sont pas à craindre avec l'épilation, surtout si elle est faite en plusieurs séances, et alternée d'un jour de repos."

Nous allons maintenant énumérer les parasitocides qui sont les plus employés, ayant eu le soin de parcourir les différents services des médecins, à l'hôpital St-Louis.

La teinture d'iode seule, ou incorporée dans diverses pommades donne quelquefois de bons résultats.

Le sublimé corrosif, à différentes doses, en pommade ou en lotion. Ce médicament a surtout l'avantage de n'avoir aucune odeur et de ne produire aucune coloration de la peau.

L'acide acétique, l'huile de cade, l'iodure de soufre, la cantharide en teinture ou en emplâtre (vésicatoire), sont des modes de traitement très douloureux. Néanmoins tous ces médicaments, employés avec discrétion, provoquent la chute des squames et empêchent par là même l'envahissement de la maladie.

"Aucune de ces substances dites parasitocides ne nous a paru avoir d'action spéciale." (Besnier).

Comme l'épilation est une opération douloureuse et très difficile à pratiquer, vu l'extrême fragilité des cheveux qui se cassent plutôt qu'ils ne s'arrachent, beaucoup de médecins ont voulu la remplacer par l'usage de pâtes épilatoires. Ces pâtes, outre qu'elles ne diminuent en rien la douleur qu'éprouve le malade, sont pour la plupart incertaines.

Nous concluons donc avec MM. Besnier et Laillier que le mode de traitement préconisé par Bazin, l'épilation avec la pince, est encore le meilleur à suivre. Ces médecins, attachés au service des maladies cutanées depuis nombre d'années, mettent en expérimentation, sur le vaste théâtre de l'hôpital St-Louis, tous les moyens nouvellement proposés pour la guérison des teignes. Ils n'hésitent pas à dire que l'épilation est le seul qui mérite de survivre à toutes ces nouveautés. Le seul moyen de limiter une plaque de trichophytie du cuir chevelu c'est l'épilation pratiquée à sa zone périphérique. L'épileur ne doit s'arrêter que quand il a rencontré une ligne où les cheveux solides ne cassent plus. Lorsqu'il y a plusieurs plaques trichophytiques, l'épilation ne peut se faire dans une seule séance. L'ordre que nous avons indiqué plus haut, celui de faire alterner chacune des séances par quelques jours de repos, durant lesquels on oint la plaque avec un onguent quelconque, v.g. pommade soufrée 1 à 2 pour 30 d'excipient, prévient certainement la dermite qui fait quelquefois suite à ce mode de traitement. "Le médecin ne devra jamais oublier que la trichophytie du cuir chevelu ne laisse jamais d'alopecie définitive, par conséquent il ne doit jamais appliquer aucun agent capable de produire un accident qui n'est pas du fait de l'état morbide." (Besnier).—L'épilation ne doit être cessée que lorsque le microscope nous aura convaincu que les cheveux sont parfaitement indemnes du parasite. Si les squames existent en grand nombre, les lavages répétés avec du savon noir (savon noir de potasse) activent beaucoup et favorisent leur élimination. Ayant reconnu l'efficacité de ce traitement par rapport aux autres modes préconisés par les différents dermatologistes, nous croyons superflu de donner les

les prescriptions recommandées par eux. Chaque auteur a son médicament de prédilection; pour l'un c'est l'huile de cade, tandis que l'autre proclame les vésicatoires souvent répétés; mais tous ont pour but la destruction du parasite.

II. TRICHOPHYTIE CUTANÉE OU CIRCOINÉE.

Sur les parties glabres, c'est-à-dire dépourvues de poils, le *trichophyton* affecte la forme d'une tache circonscrite, circulaire, d'étendue variable, enflammée et squameuse.

L'apparence circinée est presque toujours manifeste. Il peut y avoir aussi de la démangeaison et de la rougeur.

La trichophytie cutanée apparaît sous deux formes qui ne sont qu'un degré variable de la réaction provoquée sur la peau par le champignon. Ces degrés sont l'*Erythème* et l'*Herpes circiné*.

S'il est reconnu, par le microscope, que le *trichophyton* ne présente pas un développement aussi complet dans la trichophytie cutanée que dans la teigne tondante, la contagion de cette première affection n'en est pas diminuée pour cela. Elle s'acquiert de diverses manières, soit par l'homme, cause la plus commune, soit par les animaux, alors la maladie présente un caractère beaucoup plus grave et se montre plus rebelle au traitement.

La trichophytie est plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, à cause de l'extrême ténuité de la peau, et aussi en ce que l'enfant porteur d'une plaque de tondante peut facilement inoculer en se grattant sur la peau. Mais ici, contrairement à ce que nous avons vu pour la tondante, l'adolescent est assez souvent porteur d'une plaque de trichophytie cutanée. Il ne se passe pas un jour où, dans les consultations gratuites données à l'hôpital St-Louis, nous ayons à examiner de la trichophytie cutanée chez l'adulte. Dernièrement encore, dans le service de M. Vidal, nous avons vu un jeune homme de 15 ans, présentant quatorze (14) plaques trichophytiques, disséminées sur les bras et le haut de la poitrine. L'aspect circiné de l'éruption ne laissait aucun doute sur le diagnostic qui d'ailleurs a été confirmé par le microscope.

Symptômes.—Les expériences que Bouchard, de Lyon, a faites sur lui-même ont permis de connaître les altérations produites par le parasite, dès sa première manifestation.

Cette affection, d'ordinaire anodine, débute quelquefois par un léger prurit. On voit apparaître aussitôt un petit point rouge, squameux, arrondi, de forme irrégulière, mais dont les contours sont toujours nettement limités. Cette tache disparaît presque complètement sous la pression du doigt. Une légère desquamation furfuracée s'y établit bientôt. Elle a assez d'analogie avec la *poussière du son*. Sur la circonférence de la plaque, qui est pour la plupart du temps d'aspect circiné, on remarque, çà et là, quelques petites vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle. Cette existence, quoique éphémère, nous aide beaucoup dans le diagnostic. Un caractère important de la maladie, c'est que la tache, au fur et à mesure qu'elle se produit, paraît n'augmenter que par la circonférence; son centre se desquame, pâlit et reprend son aspect normal, de sorte que l'on voit un cercle très caractéristique, ce qui fait soupçonner que l'affection est parasitaire. Si la tache est unique le cercle sera alors très visible et complet; si au contraire il s'est produit plusieurs taches qui, par leur développement

excentrique, se sont rapprochées les unes des autres, l'éruption prend alors un aspect festonné, dû à ce que les arcs de cercles se coupent entre eux à un certain point de rencontre. Une des bizarreries de l'éruption est celle connue sous le nom d'*Herpès Iris*; une tache vieille entre en desquamation à son centre, et devient bientôt d'aspect normal; mais il s'en établit une nouvelle sur ce point déjà guéri. Les colorations qui apparaissent sur cette forme de trichophytie rappellent assez bien celles de l'arc-en-ciel.

L'étendue des plaques varie; nous en avons vu, à St-Louis, qui envahissaient tout un côté de la face. Il est certain que cet envahissement peu ordinaire de la trichophytie est sous la dépendance de certaines prédispositions, *v.g.* les diathèses; une peau fine permet l'envahissement plus grand du parasite. En général, on peut dire que les plaques trichophytiques ont une largeur qui varie de l'étendue d'une pièce de vingt centimes à la pièce d'argent de cinq francs. Arrivées à un certain état de développement, surtout si elles ne sont pas irritées par les médicaments ou par le frottement, elles restent stationnaires. La trichophytie est une maladie superficielle, épidémique, il est rare que le derme soit envahi. Son siège de prédilection est la face, la main, le dos surtout, car il sert à gratter lorsqu'il y a de la démangeaison, la nuque et l'avant-bras. Cette dernière localisation, dit M. Laillier, est surtout fréquente chez les personnes qui prennent la trichophytie des animaux, comme le font les filles de ferme, les bouviers et les vachers. Nous avons déjà mentionné en parlant de la teigne tondante que cette maladie pouvait inoculer le parasite et déclarer la trichophytie cutanée; il en est de même de cette dernière qui peut être la cause d'une teigne tondante. Enfin la trichophytie peut se déclarer partout où est transporté le parasite.

Il est cependant une région qui, affectée par le champignon, présente une altération digne de remarque; c'est la partie interne des cuisses. Hébra en a fait une maladie toute spéciale, qu'il nomme *eczéma marginé*. Plusieurs le décrivent sous le nom d'*érythème trichophytique crural*. L'eczéma marginé est-il dû au *trichophyton*? Quoique les recherches microscopiques n'aient pas donné un résultat très concluant sur ce point là, il est tout probable qu'il est l'effet du parasite arrivé à un degré de développement moindre encore que dans la véritable trichophytie des parties glabres. Son aspect circiné et ses bords nettement limités en font à coup sûr une affection parasitaire. Cet eczéma siège d'ordinaire entre les cuisses et le scrotum, assez souvent dans l'aisselle ou entre les fesses. Son évolution est chronique, et il produit de violentes démangeaisons, de la rougeur dû au frottement de ces parties entre elles. Ce qui rend son diagnostic assez difficile, c'est qu'il est ordinairement secondaire à une autre maladie: eczéma simple, intertrigo. On l'observe le plus souvent chez les cavaliers, mais il peut exister également chez les autres individus des deux sexes. La trichophytie des parties glabres peut guérir spontanément. Cette guérison spontanée se voit même plus souvent que pour la teigne tondante.

Anatomie pathologique.—Le champignon identique qui produit la teigne et la trichophytie cutanée ne possède, en cette dernière affection, que très peu de spores à l'état libre. Les tubes de mycélium sont rectilignes ou recourbés, le plus souvent bifurqués. La segmen-

tation de leur substance intertubuleuse n'est jamais complète; tout au plus, elle présente une rainure, indice du commencement de la formation de la spore. Le *trichophyton* est surtout visible dans les squames; inutile de le rechercher dans les vésicules.

Diagnostic.—L'aspect circiné des plaques dont les bords sont légèrement soulevés, assez pour être sentis lorsque l'on promène le doigt sur l'éruption, leur mode d'évolution et particulièrement l'examen microscopique, nous permettent de prononcer un diagnostic certain et d'ordinaire facile.

L'eczéma simple se distingue par la chronicité de sa marche et par le suintement.

Le psoriasis, par ses squames argentées et par son siège, ne peut nullement nous induire en erreur.

La syphilis, surtout cette variété de *syphilides annulaires*, serpiginieuses, accident de la seconde période de l'infection véroleuse, peuvent en imposer au diagnostic. L'histoire du malade, les antécédents, et enfin le microscope leveront le doute préconçu.

Traitement.—Il est local. Une médication tonique chez certains sujets délabrés et cachectiques aura pour effet néanmoins de hâter la guérison. Le fer, l'arsenic à petite dose avant les repas, la quinine, l'huile de foie de morue, sont des réconfortants de premier ordre.

Voici le procédé dont se sert M. Laillier pour le traitement local des plaques de trichophytie cutanée.

1^o Lavage de la plaie avec le savon noir (savon de potasse), pour provoquer la chute des squames.

2^o Application d'une lotion au sublimé corrosif à 200 ou 300. La teinture d'iode, dit-il, si ce n'est le grave inconvénient qu'elle apporte son emploi, la coloration de la peau, surtout si l'affection siège à la face et au cou, serait un bon parasiticide. Ce médicament ne peut donc être guère employé que dans les hôpitaux. En général, les parasiticides, de quelque nature qu'ils soient, réussissent beaucoup mieux dans le traitement de la trichophytie cutanée que dans celui de la teigne tondante. Nous voyons, tous les jours de consultation, divers médicaments employés pour la destruction du parasite, entre autres l'acide pyrogallique, l'acide chrysophanique, le chloroforme, la pommade à l'acide phénique, ne laissant rien à désirer sur le résultat qu'ils produisent. Toutefois, il faut se garder, par leur emploi trop souvent répété, de produire une dermatite intense, en vue des cicatrices qui peuvent en être la conséquence.

Pronostic.—La trichophytie n'ayant jamais de retentissement sur l'organisme général, n'est donc pas grave. Elle l'est plus chez l'enfant où elle peut envahir le cuir chevelu et devenir teigne tondante. L'eczéma marginé, par rapport à son siège, est plus rebelle au traitement.

III. SYCOSIS PARASITAIRE OU TRICHOPHYTIE DE LA BARBE.

Le champignon présente deux degrés différents de développement, quand il siège dans les parties velues de la face. Tantôt il se montre sous forme de poussière blanchâtre due à une desquamation épidermique exagérée. On conserve ordinairement le nom de *pityriasis alba* à ce *modus operandi* du *trichophyton*. Cette desquamation est tout au plus accompagnée d'un léger prurit et de rougeur de la peau. Les poils se cassent tout comme au cuir chevelu, et le parasite en se

développant les entoures, leur formant une espèce de manchon grisâtre d'où ils les émergent. Veut-on arracher ces poils, on voit alors qu'ils sont engainés et grossis considérablement, élément de diagnostic d'une importance majeure.

Si telle était la borne de l'altération trichophytique dans la barbe, il aurait mieux valu ne pas séparer cette altération de celle du cuir chevelu où l'aspect pityriasique est commun, mais il arrive très souvent que le champignon exerce des dégâts plus sérieux.

La *forme sycosique*, si admirablement décrite par Bazin, ne constitue pas seulement une maladie de la tige du poil, mais produit aussi une inflammation du follicule pileux. Le derme circonvoisin contribue à l'inflammation, il s'indure et prend un aspect tuberculeux caractéristique. Le follicule est alors baigné dans le pus; aussi les poils peuvent-ils s'arracher facilement ou tomber d'eux-mêmes. La marche de la maladie fait à la face ce que nous avons vu se produire au cuir chevelu par l'application de médicaments irritants et intempestifs : *Kerion Celsi*. Il y a donc une *folliculite péripilaire* et une *périfolliculite* symptomatique de la présence du *trichophyton* dans l'épaisseur du derme; on est en pleine période tuberculeuse ou sycosique de la trichophytie. Quelquefois l'inflammation gagnant en profondeur devient assez intense pour donner naissance à de petits furoncles.

Au début, le sycosis est à peu près semblable à la trichophytie cutanée, il n'en diffère que par son siège et que dans sa période ultime. L'aspect circiné, la rougeur lui sont tout aussi communs que dans l'affection des parties glabres. Le parasite a une marche plus envahissante; il ne se localise pas à l'épiderme, mais déclare une dermite parsemée de petits points jaunâtres qui laissent écouler un pus glaireux. Cette affection ressemble à la surface d'une figue que l'on aurait coupée par son milieu.

Les endroits favorisés du sycosis sont le menton, le cou et la région maxillaire. La lèvre supérieure et les parties supérieures de la joue sont plus rarement atteintes. (Duhring.)

La marche de l'affection est ordinairement chronique. Abandonnée à elle-même elle peut rester stationnaire ou s'étendre selon les circonstances.

Etiologie.—Nous ne répéterons pas ici les altérations produites par le *trichophyton*, dans les poils, puisqu'elles sont identiques à celles que nous avons étudiées dans les cheveux.

Le sycosis parasitaire est une affection très rare; son agent de transmission, par excellence, est le rasoir du barbier. M. Laillier (*loc. cit.*) résume en peu de mots comment se fait l'infection.

Un homme, dit-il, se fait raser chez un barbier qui par mégarde lui fait une légère entaille; la plaie se cicatrise lentement, se reproduisant à la séance suivante faite chez le barbier. Sur la coupure il se fait une petite croûte que le malade arrache de temps en temps; la plaie persiste, et le tissu dermique et sous dermique participe bientôt à l'inflammation; il s'indure et on a d'emblée la période sycosique. La plaie produite par le rasoir étant devenue un terrain favorable à l'évolution du champignon déposé par cet instrument. Bientôt, par suite de grattages, de nouvelles inoculations se font dans le voisinage; la face et le menton sont alors le siège d'une trichophytie de la barbe.

Anatomie pathologique.—Le microscope nous révèle les mêmes alté

rations que dans la teigne tondante mais à un degré plus sérieux. Le développement qu'acquiert le *trichophyton* dans le sycosis tiendrait le milieu entre celui étudié plus haut à propos des deux autres modalités ; il y a plus de tubes de mycélium que dans la teigne tondante et plus de spores que dans l'affection cutanée.

Diagnostic.—Le plus difficile à établir est celui entre le *sycosis non parasitaire*. La rugosité, l'inégalité des tubercules, les nodosités ne se rencontrent que rarement dans cette affection, où les poils sont sains et s'arrachent difficilement. N'avons-nous pas, comme moyen ultime, l'examen microscopique pour vérifier la nature parasitaire de l'affection ? Le sycosis non parasitaire reconnaissant pour causes, il est vrai, les mêmes que celles du sycosis parasitaire, moins le parasite, n'est jamais contagieux ; l'inflammation dermique n'est pas secondaire comme dans l'affection parasitaire. La sensation de brûlure qui est si pénible dans le sycosis non parasitaire est au contraire peu accentuée dans le sycosis parasitaire. Une affection trichophytique de la lèvre est excessivement rare, tandis que la folliculite simple, dépendant souvent de coryza ou autre irritation, se voit assez communément à cet endroit.

L'eczéma pustuleux qui ne présente jamais d'induration et qui de plus a eu une période de suintement ne peut être confondu avec la trichophytie de la barbe.

Les syphilides végétantes de la face, quand elles revêtent la forme hypertrophiques et qu'elles sont superficiellement ulcérées, humides ou croûteuses, sont reconnues facilement, malgré cela, par l'histoire du cas.

Un lupus en plaque ou annulaire aura toujours, pour éviter l'erreur possible avec le sycosis parasitaire, la lenteur de son développement et la fixité de la lésion, enfin l'apparence cicatricielle que laisse toujours après elle une lésion scrofuleuse de longue durée.

Enfin, le chancre induré de la face peut, dit M. Laillier, tenir votre jugement en suspens, surtout s'il siège au menton où à la joue. L'induration est plus marquée dans ce cas, elle est presque cartilagineuse, et les poils ne tombent jamais ; l'exploration des ganglions secondairement affectés et les accidents secondaires à la cause spécifique éclairciront le diagnostic.

Dans le furoncle de la face, il y a un retentissement assez sérieux sur l'économie, de plus la douleur très vive et son évolution rapide le feront reconnaître de prime abord.

Pronostic.—La trichophytie de la barbe est de toutes les affections trichophytiques la plus sérieuse. La durée est très longue et son traitement très pénible, outre que les récidives sont très fréquentes.

Traitement.—C'est le même que celui de la teigne tondante, c'est-à-dire l'épilation ; mais elle ne se pratique qu'à l'état sycosique. Le pityriasis de la barbe guérit assez facilement avec des lotions parasitocides. M. Laillier recommande avant leur emploi des rasures fréquentes. C'est là, dit-il, un moyen logique et facile d'emporter le plus possible des éléments parasitaires, d'empêcher leur extension, en même temps que, la guérison venue, d'accélérer la pousse plus vigoureuse d'une nouvelle barbe.

Les lotions parasitaires employées pour la tondante et la trichophytie cutanée servent également pour le sycosis parasitaire.

Dans la période aiguë de la dermite parasitaire, l'usage de cataplasmes

de fécule de pommes de terre est un excellent topique. Ces cataplasmes font tomber les croûtes et diminuent l'intensité de l'inflammation. Les parasitocides ne feraient qu'aggraver la maladie; dans ces cas, leur usage doit être renvoyé à plus tard.

Des moyens prophylactiques de la trichophytie en général.—La prophylaxie des teignes est une partie trop importante, à nos yeux, pour que nous la passions sous silence. Ces maladies, qui sont contagieuses au premier degré, deviennent une véritable plaie pour les familles. Nous voyons souvent des parents qui, voulant rendre le petit malheureux à la vie de famille, infectent leurs autres enfants. L'on ne saurait être trop prudent pour assurer la guérison d'une teigne; il vaut mieux demander des délais avant que de formuler notre jugement. L'enfant porteur d'une plaque de trichophytie doit être éloigné des autres. Cet isolement, préjudiciable, il est vrai, à son éducation, est de nécessité absolue. C'est là, le seul moyen d'empêcher la propagation de la maladie. En France, un enfant qui a été affecté de trichophytie ne peut reprendre ses études dans un établissement public quelconque, asile, école ou atelier, sans un certificat attestant qu'il est guéri de son affection.

Quant à la trichophytie de la barbe, qui, fort heureusement, est rare, les conseils que nous aurions à donner seraient de ne jamais se servir d'un rasoir qui n'a pas été précédemment trempé dans une solution d'alcool et bien asséché; cette mesure prophylactique n'est pas connue des barbiers, qui se servent du même rasoir toute une journée.

Les brosses, les peignes et autres objets de toilette doivent être sou-vent lavés et nettoyés dans cette solution. Nous ne croyons pas que l'alcool soit dommageable au taillant du rasoir. Étant un parasiticide, il détruira les champignons s'il y en a sur l'instrument.

Paris, le 4 septembre 1884.

De l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes; (1)

par C. E. LEMIEUX, jr., M.D., Quebec.

Opérations d'extirpation.— Quel est le meilleur moyen d'exérèse? On comprend qu'il est difficile de formuler des règles à cet égard; en effet si l'on a affaire à une tumeur polypiforme attachée par un mince pédicule à la face interne de la vessie, on ne devra pas employer les mêmes moyens que lorsqu'il s'agit d'un néoplasme ayant une large base, et pour celles de ces productions sessiles dont la substance ou tissu propre est friable, cérébroïde, on ne devra pas, il est évident, se servir du même procédé que pour une variété ferme, élastique et résistante.

Le siège de la tumeur sera aussi pris en considération; tantôt on pratiquera l'exérèse par la simple section avec les ciseaux, tantôt au contraire il sera nécessaire de faire la résection des parois de l'organe.

Le sexe, enfin, impose des procédés spéciaux qui se rattachent à l'est vrai plutôt à l'opération préliminaire qu'à l'opération définitive.

Nous examinerons, comme nous l'avons d'ailleurs fait dans les tableaux précédents, les opérations préliminaires et fondamentales dans les deux sexes, d'abord chez la femme et ensuite chez l'homme.

(1) Suite et fin.—Voir les livraisons d'octobre et de novembre.

A OPÉRATIONS D'EXTIRPATION PRATIQUÉES CHEZ LA FEMME.

Le tableau suivant résume 37 observations :

(A) Pas d'opérations préliminaires sur le canal de l'urètre, la tumeur le dilatant suffisamment a été enlevée par :	{	Ligature seule.....	3 fois.
		Ligature et torsion.....	1 —
		Ligature et section aux ciseaux.....	1 —
		Arrachement par traction.....	1 —
		Ecraseur et grattage avec le doigt..	1 —

DIVERSES OPÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

(B) Dilatation de l'urètre, soit avec le doigt soit avec des instruments et :	{	Arrachement avec des pinces.....	5 fois.
		Excision et grattage à la curette....	8 —
		Ecraseur.....	2 —
		Section aux ciseaux.....	1 —
		Ligature.....	1 —
Incision de l'urètre et :	{	Torsion.....	1 —
		Ligature.....	1 —
		Ecraseur.....	1 —
Ouverture de la vessie et arrachement avec la pince.	{		1 —
		Taille uréthro-vaginale et section aux ciseaux.....	2 —

DEUX OU PLUSIEURS INTERVENTIONS ONT ÉTÉ NÉCESSAIRES.

(C) Dilatation de l'urètre dans tous ces cas.	{	Une première fois, arrachement avec les doigts, ensuite torsion.....	1 fois.
		D'abord arrachement puis grattage.....	1 —
		D'abord écraseur puis grattage.....	1 —
		Ligature d'abord, grattage ensuite..	1 —
		D'abord grattage puis taille vésico-vaginale.....	1 —
Dans deux cas l'opérateur s'est servi de l'écraseur sans indiquer si la dilatation de l'urètre a été faite.....		2 —	

(Pousson.—Thèse de Doctorat, 1884.)

Sur ces 37 opérations observées et pratiquées chez la femme, on voit que 33 fois le canal de l'urètre a suffi pour les manœuvres chirurgicales et que 7 fois c'est le néoplasme lui-même qui a fait le premier temps; que 4 fois seulement la taille uréthro ou vésico-vaginale a dû être pratiquée. Dans les autres cas le doigt a suffi.

De toutes ces opérations il y eut 9 mortalités, mais dans 4 cas on opérât chez des enfants (Balleray et Paterson, 19 mois; Guersant, 22 mois; Pleininger, 34 mois; Birkett, 5 ans) et l'on sait que d'après le tableau précédemment exposé cet âge est incapable de supporter une telle opération; l'on sait de plus que l'enfance est une contre indication.

Mais si d'un côté ce mode opératoire est avantageux au sexe féminin, la cystotomie sus-pubienne ne doit pas être considérée comme telle, car sur 2 cas il y a deux revors, soit 50 pour cent de mortalité.

Nous croyons qu'il est superflu de mettre en comparaison les deux procédés d'après ce que l'on vient de voir. C'est l'excision, le grattage à la curette et avec les doigts qui constituent, comme le disait M. Trélat à la Société de chirurgie, un procédé d'exérèse "très régulier, très puissant et très satisfaisant." C'est le procédé à la mode.

Il y a ensuite l'arrachement simple et celui combiné à la torsion, puis la ligature, l'écraseur et les ciseaux. Il pourrait sembler que ce dernier moyen serait de nature à effrayer, mais il est bon de se rappeler la constitution peu vasculaire des néoplasmes pour nous rendre le calme. D'ailleurs M. Guyon, dans les polypes de l'utérus, se sert de préférence des ciseaux à cause de la précision que l'on peut obtenir avec eux pour le travail que l'on fait au fond du vagin.

Maintenant, si l'on veut bien me le permettre, je résumerai ici aussi brièvement que possible les principaux caractères ou traits se rapportant à cette opération. La malade doit dans tous les cas être sous l'influence des anesthésiques, car alors la précision des manœuvres est beaucoup plus grande. Si la tumeur fait protrusion à travers l'urèthre, il suffit de la saisir et de l'attirer en dehors avec des pinces et de préférence la pince de Museux, et lorsque le pédicule est bien à découvert, on applique soit la chaîne de l'écraseur, un serre-nœud, ou bien on se sert des instruments, bistouri ou ciseaux. Si absolument on redoute une hémorrhagie (ce qui est très rare), on pourra faire une ligature avec un fil métallique ou de la soie, et même on pourra appliquer une anse métallique et on attendra le travail de mortification. Les lavages antiseptiques doivent précéder, accompagner et suivre tous les cas, mais c'est surtout dans le dernier procédé que leur utilité est reconnue supérieure.

Mais si le néoplasme occupe l'intérieur de la vessie on devra dilater l'urèthre à l'aide de l'un des procédés mentionnés, et en s'aidant ou se faisant aider de la pression hypogastrique ou du toucher vaginal, on arrive à découvrir le lieu précis d'implantation, la nature et le caractère de la tumeur.

L'injection antiseptique la plus en usage et la plus recommandée par tous les auteurs est l'acide borique à 4 pour cent.

Cette opération est peu sanglante et les lavages antiseptiques froids ont toujours suffi à contrôler la perte de sang.

Si le néoplasme ne peut pas être extrait par les voies naturelles et que l'on se décide pour la cystotomie, faisons, à l'exemple de Simon, une incision en T dont la branche verticale suit le milieu de la cloison vésico-vaginale, et s'arrête à quelque distance du col, la branche transversale passant par l'extrémité profonde de la première et s'étendant à 3 centimètres ($1\frac{1}{4}$ pouce) de chaque côté. Alors, grâce à ces incisions et à des tractions appliquées dans le sens du vagin au moyen de crochets fixés à la muqueuse vésicale ou mieux au néoplasme lui-même, et avec cela le palper abdominal étant ajouté, on détermine une véritable inversion du réservoir urinaire qui en exposant complètement sa face interne le rend tout aussi accessible que les autres parties du corps, et on peut dès lors agir avec les ciseaux, le bistouri, le serre-nœud, l'écraseur et même le galvano et le thermo-cautère, au choix de l'opérateur. Plus tard on traite la fistule vésico-vaginale qui est le résultat immédiat de cette opération par les méthodes ordinaires.

Norton agit différemment. Il introduit une lame de ciseaux dans la vessie et l'autre dans le vagin, et en les fermant fortement il incise l'urèthre sur sa paroi inférieure, et l'incision de la paroi antérieure du vagin est continuée jusqu'à $\frac{1}{2}$ pouce de l'utérus. Il attire la tumeur en dehors et agit sur elle avec des ciseaux. La petite hémorrhagie qui s'en suit est arrêtée par des cautérisations au fer rouge; ensuite il réunit les lèvres de l'incision uréthro-vaginale par des sutures, soit immédiatement soit quelque temps après l'opération.

Toutes ces manœuvres par les voies naturelles ne doivent pas être négligées, mais d'un autre côté la taille hypogastrique reconnaît certaines indications. Il est évident, en effet, que si le polype fait protrusion par l'urèthre, la taille hypogastrique ne devra pas être mise en cause, mais il y a certains cas où toute la face interne de la vessie se

trouve couverte par des petites tumeurs, les unes sessiles et les autres pédiculées, alors l'extraction par l'urèthre ou le grattage seraient des manœuvres trop à l'aveuglette, bien souvent insuffisantes et quelquefois même dangereuses.

Ainsi dans le cas cité par Senffleben, je crois, la vessie fut perforée pendant les tentatives d'extirpation. Mais qu'il nous soit permis de se demander si la même chose aurait eu lieu si l'intérieur de l'organe avait été mis sous les yeux et sous les doigts de l'opérateur par la taille hypogastrique. Car encore une fois, par ce procédé, outre que l'on donne un large accès à la vessie, on peut, de plus, mieux suivre toutes les phases de l'éradication et en même temps y appliquer tous les moyens d'exérèse.

Enfin si d'un côté les indications pour son emploi sont restreintes, d'un autre côté elle rend de réels services. Mais voici une objection qui ne manquera pas d'être faite : la difficulté de pratiquer l'incision vésico-hypogastrique dans le sexe féminin. Sans insister sur la pratique du haut appareil, nous dirons que si on n'a pas chez elle la possibilité de fixer la vessie par le ballonnement du rectum ou par celui du vagin dans lequel dernier organe le ballon se déplisse difficilement et a toujours tendance à fuir, on peut du moins parvenir à distendre la vessie par une injection qui sera maintenue dans son intérieur en appliquant l'urèthre contre le pubis au moyen du doigt d'un aide. Toutefois il suffit de consulter pour voir que dans ces dernières années on a fait pour l'extraction de calculs chez la femme la taille sus-pubienne, et qu'elle n'a pas donné de plus mauvais résultats que chez l'homme.

B OPÉRATIONS D'EXTIRPATION PRATIQUÉES CHEZ L'HOMME.

Ainsi que nous l'avons fait pour la femme, nous commencerons ici par un tableau que je trouve rapporté par M. Pousson et qui comprend cinq cas inédits de M. Guyon.

18 CYSTOTOMIES.			
Périnéale.....(les auteurs n'indiquent pas le procédé suivi)	4		
Périnéale médiane	—	—	2
Périnéale latérale	—	—	3
Périnéale de Nélaton	—	—	1
Périnéale latérale, puis sus-pubienne	—	—	2
Sus-pubienne	—	—	6
16 BOUTONNIÈRES.			
Périnéale	—	—	16

La somme des résultats heureux est moins satisfaisante que chez la femme, car il y a environ 50 % de mortalité tandis que chez la femme elle n'est que de 10 %.

Bien que les différentes cystotomies périnéales n'aient pas donné de résultats défavorables (car c'est la sus-pubienne et la boutonnière périnéale qui, en opérations rivales, endossent à leur passif les cas mortels,) lorsqu'elles ont été employées pour l'excision de tumeurs de la vessie, néanmoins nous ne saurions les conseiller. En effet, que la taille périnéale soit faite pour l'extraction d'un calcul ou pour l'exérèse d'un néoplasme, les malades n'en sont pas moins exposés à tous les accidents d'une des plus graves opérations de la chirurgie, accidents suffisamment connus pour que nous les passions sous silence. D'un autre côté, comme nous l'avons fait remarquer, l'opération sus-pubienne est simple et peu grave, la guérison qui est hâtive par elle-même est encore

activée par l'application régulière et facile d'un pansement antiseptique, avantages sur lesquels nous ne croyons pas devoir insister.

Laissons maintenant parler Sir Henry Thompson (1) sur le procédé opératoire tel que par lui professé à *University College* :

“ L'opérateur introduira une pince forceps spéciale dont les bords larges et rugueux saisiront, sans la couper, la plus grande portion saillante de la tumeur de façon à l'attirer au dehors. Celle dont je me sers ordinairement a ses deux branches terminées par un mors mesurant un pouce de long et un sixième de pouce de large ; elle est construite de façon à pratiquer l'arrachement du néoplasme avec le moins de chance possible de produire une hémorrhagie. Avec cet instrument on peut enlever la plus grande partie de presque toutes les tumeurs. Mais j'ai eu affaire dans un cas à une petite tumeur du col de la vessie, et bien qu'avec cette pince j'amenasse au dehors les parties saillantes du néoplasme, je ne pus saisir sa base implantée sur le col. Pour ces cas j'ai fait construire une pince spéciale.

“ Depuis j'ai eu occasion d'enlever dans trois autres cas de larges tumeurs chez l'homme, implantées sur le côté gauche de la vessie, non loin du col. Je les enlevai en me servant de pinces coudées, les autres étant inapplicables. Peut-être y a-t-il des cas où l'emploi de l'écraseur serait préférable à l'emploi des pinces ; cela me paraît cependant douteux. En effet, pour ajuster la chaîne, il faut plus d'espace que ne peuvent en fournir les incisions décrites. Or, il est préférable, autant que cela est possible, de ne pas leur faire dépasser les étroites limites que je leur ai assignées et qui m'ont été suffisantes pour enlever avec mes pinces de très grosses tumeurs. Le forceps et le doigt doivent être employés alternativement, l'un pour reconnaître ce que doit enlever l'autre. Je n'ai jamais été dans la nécessité de faire une incision qui permît l'introduction simultanée du doigt et des pinces. Mais l'écraseur exigeant l'accompagnement du doigt et conséquemment plus d'espace pour les manœuvres combinées, je lui objecte précisément de réclamer de plus grandes incisions. Chez la femme l'emploi de l'écraseur serait plus facile, parceque l'on obtient plus de place sans pratiquer d'incision.

“ Après l'ablation des parties principales de la tumeur on lavera tout l'intérieur de la vessie avec un courant d'eau froide au moyen d'une seringue et d'un tube introduit dans le canal périméal ; puis on introduira une grosse sonde vulcanisée qui pénétrera de un demi-pouce dans la vessie et sera fixée dans cette position par un bandage approprié. L'autre extrémité qui dépassera de 5 ou 6 pouces plongera dans un réservoir destiné à recevoir le contenu de la vessie. On observe ordinairement une hémorrhagie qui dure 24 ou 48 heures et cesse peu à peu. La douleur n'est jamais bien grande et on peut la calmer par une injection de morphine. La sonde sera laissée en place 5 à 6 jours puis enlevée, la plaie se cicatrise rapidement et toute l'urine passe bientôt par l'urètre.”

L'opération de sir H. Thompson n'est pas sans présenter quelques difficultés ; en effet elle exige l'emploi d'instruments spéciaux et de plus une grande habitude de leur maniement à travers un long et étroit canal. On peut lui adresser les reproches suivants : 1^o l'étroitesse de

(1) *Lancet*.

la plaie qui ne permet que l'introduction alternative du doigt explorateur ou de l'instrument extracteur ; 2^o la difficulté d'extraire des tumeurs qui ne se laissent pas morceler ; 3^o l'impossibilité de saisir certaines tumeurs villeuses, flottantes qui fuient les mors de l'instrument fermé au hasard dans la vessie.

Sir H. Thompson lui-même signale quelques dangers, tels que des lésions graves du col si l'on voulait tenter l'introduction simultanée du doigt et de la pince, la déchirure et la perforation de la vessie si l'on fait de fortes tractions sur une tumeur, ou ce qui plus est, saisir par erreur la paroi vésicale elle-même. Berkeley-Mill insiste aussi sur le danger de déchirer la vessie. En résumé la *boutonnière périméale* n'est pas une opération sûre, de plus elle ne peut pas se généraliser au traitement des néoplasmes vésicaux qui diffèrent par leur forme, leur nature, leur volume et même par leur point d'implantation ; tandis que l'incision hypogastrique, tout en remplissant le but explorateur, offre toujours une sûre voie d'exérèse, et de plus elle n'est pas plus meurtrière que la taille hypogastrique proprement dite.

Voyons maintenant comment se fait l'opération, mais nous négligerons les préparatifs opératoires : introduction et dilatation du ballon de Petersen, lavage et injection de la vessie avec de l'acide borique à 4^o/₁₀. Dans ces injections on devra toujours avoir en vue la rupture possible de l'organe, surtout si l'on a affaire à un néoplasme étendu ; on devra en conséquence procéder avec lenteur.

Lorsque le globe vésical sera distendu par le liquide, le chirurgien incisera d'après la méthode ordinaire jusqu'à lui et faisant alors une incision de 4 à 5 centimètres (1 $\frac{3}{4}$ à 2 pouces, de sa paroi, il s'empressera de passer dans les lèvres de la boutonnière vésicale une anse de fil de soie rond et volumineux pour ne pas déchirer les tissus.

Ce détail opératoire imaginé par M. Guyon est de la plus haute importance, et cela à trois points de vue : 1^o il soulève le bas fond et surtout le col de l'organe qui a tendance à se cacher derrière la symphyse du pubis, 2^o il soutient les parois latérales, 3^o il protège les tissus prévésicaux.

Par ce moyen on peut mettre en œuvre toutes les ressources de la chirurgie, depuis le simple grattage avec le doigt jusqu'à l'application de la chaîne de l'écraseur.

Même M. Guyon a pu par ce moyen se servir de l'anse galvanique avec un succès tel qu'il se propose de l'employer de nouveau, le cas échéant.

Lorsque la vessie a été débarrassée de ses productions végétantes, il faut la laver largement avec de l'eau boriquée projetée par une seringue.

Le pansement est celui de la taille hypogastrique.

On enlève le ballon rectal après avoir introduit dans la vessie deux gros tubes accolés l'un à l'autre, tubes qui sont entraînés par le retrait vésical jusqu'à la position normale de l'organe ; on les fixe solidement et deux ou trois points de suture rétrécissent la boutonnière hypogastrique, et un vaste pansement de Lister recouvre le tout.

La vessie ne doit pas être suturée car on s'exposerait à avoir des perforations dans les points faibles c'est-à-dire ceux où se trouvaient implantées la ou les tumeurs.

Les tubes sont enlevés du 6^e au 8^e jour et remplacés par une sonde urétrale à demeure.

¶ Mais reste la plaie hypogastrique, comment doit-on agir vis-à-vis d'elle ? Doit-on chercher l'occlusion ou la prévenir et la transformer en fistule permanente ? M. Guyon dit à ce sujet : " Toute vessie capable de se distendre peut se congestionner et devenir douloureuse ; lorsqu'elle cesse au contraire de pouvoir se distendre, lorsque de réservoir elle se transforme en conduit, elle perd en grande partie le pouvoir de se congestionner et de s'enflammer. Aussi est-il parfois nécessaire, quand l'ablation a pu être complète, de maintenir ouverte indéfiniment la plaie hypogastrique." Ainsi a-t-on affaire à une tumeur polypiforme facilement énucléable, nul doute dans ces cas que l'on doit favoriser l'occlusion de la vessie et même l'obtenir le plus tôt possible et d'autant plus rapidement que la tumeur est plus bénigne.

Mais si la tumeur est large, étalée et que par le curage on n'a pu enlever que les parties superficielles, alors l'hésitation est bien légitimée. Cependant on est justifiable de conduire à la cicatrisation lorsque le bien-être momentané du malade le permet, c'est-à-dire avec la cessation des douleurs et des hématuries.

Mais supposons que la plus grande partie de la vessie soit envahie par le néoplasme, une pareille lésion est une contre indication ; cependant les hématuries et les douleurs peuvent forcer la main du chirurgien. C'est ainsi que Sir H. Thompson pratiqua cette opération palliative pour remédier à des cystalgies rebelles.

EXTIRPATION DES NÉOPLASMES SESSILES.—RESECTION DE LA VESSIE.

Nous avons passé en revue les opérations que l'on pratique sur le réservoir de l'urine, mais il nous en reste une dernière : c'est la résection. Ainsi, peut-on espérer l'ablation complète d'un néoplasme vésical sessile par la résection de toute l'épaisseur de toute la paroi de l'organe ? M. Bazy pense que cette idée, tout en paraissant hardie, n'est pas irrationnelle. Dans les annales de gynécologie nous avons en effet de nombreux cas rapportés de résections intentionnelles ou accidentelles de la vessie, survenues dans le cours d'ovariotomies, qui viennent à l'appui de l'opinion de M. Bazy.

Mais quelle partie peut-on réséquer ? Nous savons que les néoplasies vésicales ont une prédilection marquée pour la base, le trigone et la paroi postérieure ; nous savons de plus par l'anatomie de la région que ces parties sont éminemment dangereuses à cause des organes importants qu'elles recèlent. En effet là se trouvent les urètres, les vésicules séminales et les canaux déférents chez l'homme ; nous faisons abstraction du péritoine qui tapisse toute la face postérieure ; de plus ces parties se trouvent profondément situées et restent inaccessibles à toute tentation de résection.

D'après des expériences faites en France et en Allemagne sur des animaux, on est convaincu que la paroi antérieure et le sommet peuvent se réséquer. M. Guyon compare la vessie à une boîte ovoïde dont il est facile d'enlever le couvercle par l'hypogastre.

Ainsi rejetons toute idée d'extirpation radicale des néoplasmes vésicaux du bas fond, du trigone et de la paroi postérieure, et disons, à l'exemple de M. Bazy, qu'il ne serait pas irrationnel d'agir sur la paroi antérieure et les parois latérales, à condition, toutefois, que l'on ait la certitude de pouvoir enlever en entier la zone malade, ce qui est très rare.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- BAZY PIERRE.**—Du diagnostic des lésions des reins dans les affections des voies urinaires. Thèse de Paris, 1880.
- “ “ De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie chez l'homme (Annales des maladies des voies génito-urinaires, Sept. et Oct. 1883.)
- BERKELEY HILL.**—*University College Hospital Report*, 1880.
- BELMAS.**—Traité de cystotomie sus-pubienne 1827.
- BROUSSIN.**—Sur la taille hypogastrique. Th. de Paris, 1882.
- BISHOP**—*Gross' Surgery* Philadelphia, 1872.
- Bulletin de la Société anatomique.
- BONTECOU.**—*External median perineal urethrotomy for cystitis and for the removal of morbid growths from the bladder. Transact. of the American Surgery Association* (Revue des sciences médicales, juillet 1884).
- CHAUTEL.**—Article “Cystotomie” Dict. encyclop. des sc. médicales.
- CIVIALE.**—Gazette médicale de Paris 1834.
- DUPUYTREN.**—Lancette française 1828.
- FÉRÉ.**—Du cancer de la vessie. Prix Civiale 1881.
- GUYON FÉLIX.**—Leçons cliniques des maladies des voies urinaires professées à Necker.
- “ “ De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie.
- “ “ Contribution clinique à l'étude de la taille hypogastrique, in Annales des mal. des org. génit.-urin. janvier 1883.
- HUDSON S. ROBERT.**—Mal. villeuse de la vessie, son traitement chirurgical, *The Dublin Journal of Med. Sciences*, 1879.
- MOLNIER.**—Essai sur le fungus villeux ou angiome villeux de la vessie. Th. de Paris, 1870.
- MONOD.**—Rapport sur le travail de M. le Dr Bazy, Société chirurgicale, séance du 25 juillet 1883.
- “ Tubercules de la vessie. *Progrès médical* 9 et 10 août 1877.
- LEROY D'ETIOLLES.**—Recueil de lettres et de mémoires 1884.
- MAURICE (D'ONVILLE)**—Dilatation rapide du canal de l'urètre chez la femme. Th. Nancy, 1877.
- NORTON.**—*Trans. Clin. Society*, May 1879.
- POUSSON.**—De l'intervention dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Paris 1884.
- RECLUS PAUL.**—De l'extirpation des tumeurs vésicales. Gazette hebdom. de Med. et de Chirurgie, 28 mars 1884.
- STEIN ALEXANDER.**—*A Study of the tumors of the bladder*, N.-Y.
- TAPRIT.**—Tuberculisation des organes urinaires. Arch. gén. de méd. 1878-79.
- THOMPSON SIR HENRY.**—*Royal Medical and Surgical Society*, séances des 11, avril 1882, 23 janvier 1883, 12 juin 1883.
- Exploration of the bladder by perineal section of the urethra, &c. Lancet, 3 et 10 fev. 1883.
- Digital exploration of the bladder, Lancet, 3 Nov. 1883.
- Lectures on some important points of surgery in connection with urinary organs. Lancet, 28 juin 1884.
- TILLAUX.**—Traité d'anatomie topographique avec application à la chirurgie 1884.
- WARD SAMUEL B.**—Cancer de la vessie, Occlusion des orifices des urètres. Mort par coma urémique. Arch. de médecine N.-Y. February 1882.
- WARNER.**—*Cases of Surgery*.
- WHITEHEAD & POLLARD (Manchester).**—*The surgical treatment of tumors and other obscure conditions of the bladder*, in the Lancet, 6, 13, and 20th October 1883.

Propriétés antiseptiques de l'acide citrique, par SCHULTZ.—Vers le milieu de ce siècle, cet acide était ordonné sous forme de suc de citron ou à l'état pur contre le scorbut, le rhumatisme articulaire aigu, etc. A l'extérieur il a été employé contre le pruritus scroti (Oppler), le lupus exulcerans. Récemment on l'a vanté dans la diphthérie, la fièvre intermittente. Il est, pour Schultz, antiseptique, microbicide. Des expériences positives sont rapportées. Le citrate de soude ne serait antiseptique qu'à la condition que son acide fût mis en liberté.—*Lyon médical*.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Des révulsifs et des dérivatifs.—Clinique de M. le professeur Germain SÉE à l'Hôtel-Dieu.—Avant de vous définir ce qu'on entend par dérivatifs, il est bon, je crois, de les passer en revue les uns après les autres, et d'établir des distinctions très importantes. Il y a, tout d'abord, une première espèce, les moyens physiques, qui n'a d'autre action que de provoquer de la douleur. La faradisation de la peau, par exemple, et les cautérisations, faites au fer rouge, en détruisant la partie superficielle des téguments, n'agissent pas autrement.

Si, mettant de côté ces agents physiques, vous placez un Rigollot ou un sinapisme, vous provoquez non seulement de la douleur, mais agissez encore chimiquement par suite de l'absorption d'une certaine quantité de sinapisine. Je ne m'arrêterai pas davantage sur ces deux moyens embryonnaires, afin de porter toute notre attention sur des agents plus actifs.

Croyez-vous que l'on puisse, par exemple, appliquer impunément sur la peau d'un individu un mouchoir imbibé de chloroforme? Mon ami, M. Bouchard, n'est pas de cet avis, et il a dit, dans une communication, qu'à la suite d'injections de chloroforme, il avait vu se produire une albuminurie. Je sais bien qu'entre une injection et une application de chloroforme il y a une certaine différence; mais, comme dans le dernier cas vous mettez les éléments absorbants à nu, on peut très bien croire qu'il se produit, outre une irritation des papilles et de la douleur, une absorption, et en conclure que personne ne s'était encore douté que les moyens les plus simples au premier abord étaient quelquefois les plus dangereux. M. Bouchard n'a pas fait d'expériences aussi complètes sur l'homme, et pour cause! Mais, malgré cela, je crois qu'il serait bon de n'user qu'avec prudence des injections d'éther ou de chloral jusqu'au moment où le dernier mot serait dit sur ce sujet.

J'arrive à la teinture d'iode. Il n'y a pas aujourd'hui à Paris, en France et en Navarre, un malade qui n'ait eu, au moins une fois, une couche de cette substance. C'est donc un procédé très commode, sur lequel je vous ai suffisamment édifié dans mes autres leçons et qui, non content de produire une simple rubéfaction, détruit d'autant plus fortement que vous continuez à badigeonner jusqu'à la garde, et peut même aller jusqu'à engendrer une dermite comme l'a prouvé un physiologiste.

Voilà donc une teinture qui, si l'on en abuse, produit une douleur intense et qui, de plus, agit à l'intérieur. L'absorption ayant lieu par les voies respiratoires, il en résulte que le médecin ou la personne qui badigeonnera sera aussi iodée que le malade lui-même. L'examen de vos urines, fait après une application sur un malade, vous persuadera beaucoup mieux que toutes les explications qui pourraient vous être fournies à ce sujet.

Passons maintenant à un autre type, au vésicatoire, et considérons-le dans toute sa splendeur et dans toute son horreur. Ou vous ne faites rien si, comme le médecin timide, vous posez une mouche de la largeur d'une pièce de cinq francs; ou, par suite de l'absorption de la cantharidine, vous pouvez produire une intoxication terrible qui sera très préjudiciable à votre malade si, comme le praticien hardi, vous appliquez un large vésicatoire. En effet, il y a bien 30 ans qu'un grand médecin et qu'un grand chirurgien, Bouillaud d'une part et Morel-Lavallée d'autre part, ont signalé le ténésme vésical atroce qui survenait parfois à la suite d'une application de vésicatoire. A l'autopsie on a trouvé une pyélo-cystite avec des fausses membranes dans les points où l'urine séjourne le plus, c'est-à-dire à l'ouverture de l'urètre dans la vessie.

Tout cela n'est rien. On en guérit, à moins qu'on n'en guérisse pas. Des accidents urémiques ont bien été encore signalés, mais je les passe sous silence afin d'arriver à quelque chose de beaucoup plus grave. Un physiologiste, dont le nom me fait défaut pour l'instant, a constaté, à la suite d'injections de cantharidine sur des animaux, non seulement une pyélo-néphrite, mais encore l'inflammation des tubes droits et contournés, et même celle des glomérules.

Ces diverses expériences ne sont pas tombées dans l'eau, et un préparateur de M. Cornil, et M. Cornil lui-même, à son tour, a trouvé que ce poison, une fois introduit, s'éliminait encore ailleurs que par la vessie. Il a observé une véritable altération du parenchyme pulmonaire. Vous vous imaginez peut-être que ce travail a empêché le médecin énergique de poser un vésicatoire dans les maladies du poumon et de risquer de produire ainsi une inflammation artificielle à côté de l'autre? Non; je le ferais imprimer et je ne serais pas écouté davantage, si ce n'est cependant par vous qui n'avez pas encore établi votre siège. Il n'y a que moi qui change: aussi me traite-t-on de révolutionnaire. J'accepte l'épithète, pourvu que le malade en bénéficie.

Jusqu'ici, je ne vous ai parlé que des médications temporaires; mais il en existe une troisième espèce, les exutoires, qu'on met à demeure, et à l'étude desquels nous allons consacrer quelques minutes. Le vésicatoire entretenu, dont on se servait beaucoup autrefois, commence à tomber aujourd'hui en désuétude, et a été remplacé par les cautères et les cautérisations répétées. Que la chirurgie tire profit de l'igni-puncture de M. le professeur Richet? Je n'en sais rien; mais je conteste que cela profite à une maladie médicale. Ces pointes de feu dont on erible, dont on tatoue le corps d'un tuberculeux, quoiqu'elles ne suppurent pas, n'en sont pas moins pour moi un exutoire, puisque c'est un moyen permanent. Les véritables cautères, cependant, sont: d'une part des substances plus ou moins chimiques, et d'autre part le fameux séton.

Il y a des malades qui ont le séton du poitrail des chevaux dans le dos. Et pourquoi en serait-il autrement dans les familles, puisque les médecins eux-mêmes sont les premiers à croire à la dérivation? Quant aux pâtes! Elles ont toutes pour but de léser la peau pour mettre un pois imbibé d'une substance chimique quelconque.

Je ne vous donnerai pas mon opinion sur ce sujet, car j'ai tellement écrit là-dessus, qu'il est inutile d'y revenir. Aussi, je me contenterai de vous dire que vous aurez de nombreuses difficultés à vaincre parce

que les malades sont convaincus que le séton qui suppure va porter au-dehors l'humour peccante intérieure sans crier gare, et guérir de la sorte. Il suffit, du reste, pour être suffisamment édifié sur ce sujet, de lire la célèbre discussion qui eut lieu, il y a 20 ans, entre le beau-père de M. Lefort (1) et Bouvier qui avait la parfaite conviction de guérir, avec les cautères, les affections osseuses, comme le mal de Pott, par exemple. Vous dire ce que Malgaigne a dépensé de bile à démontrer que les individus finissaient par guérir dans leur gonttière, est assez vous prouver que je partage son avis.

Ceci dit, nous allons finir par où j'aurais dû commencer, et, afin de bien fixer ma pensée, je suis obligé de remonter dans l'histoire avant de vous définir ce qu'on entend par révulsif et par dérivatif.

Comme il arrive souvent qu'un malade atteint d'une phlegmasie chronique guérisse à la suite d'exutoire, nous devons nous demander quel rapport existe entre l'inflammation des parenchymes et l'exutoire destructeur de la peau? Quant à moi, je n'en sais rien, et je crois le problème insoluble, parce qu'il n'y a pas de liens; mais je le cherche, vu que c'est une question à l'ordre du jour. Si vous rencontrez des difficultés pour faire absorber de la morphine ou du salicylate de soude, vous n'en rencontrerez jamais, par contre, pour appliquer un vésicatoire. Autrefois, vous étiez un homme perdu si vous ne faisiez pas une saignée; aujourd'hui, votre réputation est ternie si vous ne vésiquez pas, et l'on mettra un quart de siècle pour arriver à dissuader le monde.

Dès la naissance de la médecine, dans Hippocrate, il est question des exutoires, car il dit: "Si le mouvement des humeurs ne s'opère pas du côté qu'il faut, c'est alors qu'on doit faire des révulsifs." Mais je demanderai au Père de la médecine s'il sait où ira l'humour, et, dans une pleurésie par exemple, s'il peut me dire par où passera le liquide. Voilà donc une première partie qui est très compromise. Quant à la seconde, cette fois-ci, je suis de son avis, car une douleur efface l'autre.

Gallien qui s'approprie tout le mauvais des idées théoriques d'Hippocrate fonde la distinction entre le révulsif et le dérivatif. La dérivation consiste à attirer le sang dans les parties voisines de celles qui sont malades et la révulsion se fait dans une direction opposée.

Plus tard, on changea les mots; mais le fond est resté toujours le même, et si on a remplacé le mot fluxion par congestion, nous ne savons pas un iota de plus. Aujourd'hui, si vous traitez une pneumonie par les dérivatifs, vous placez le vésicatoire sur la poitrine, et s'il vous prend la fantaisie de faire une révulsion, vous le mettez sur le bras. Mais je me demande avec Maurice Reynaud, qui a fait l'article révulsion, ce qu'il sera placé sur le moignon de l'épaule. Il n'y a pas moyen d'en sortir, et notez bien que l'auteur est partisan des révulsifs.

Vous voyez, par tout ce que je viens de vous dire, que la révulsion est singulièrement compromise: supprimons donc l'un des deux mots, la dérivation par exemple, et conservons-en seulement un seul, le révulsif. J'allais oublier, avant de vous quitter, de vous parler de la classification de Gintrac, de Bordeaux, qui admet des révulsifs hygiéniques et des révulsifs pharmaceutiques au nombre desquels figuré

(1) Malgaigne.

cataplasme. Les vêtements, la chemise, et surtout celle de flanelle, les bains, les occupations agréables, les pensées riantes, la grossesse, le mariage..., sont pour lui autant de révulsifs hygiéniques. Nous n'y contredirons pas.—*Praticien.*

Paralysie diphthérique ; son diagnostic avec la paralysie saturnine.—Clinique de M. le professeur DaCosta à l'hôpital de Pensylvanie — Messieurs, le premier cas sur lequel je veux appeler votre attention ce matin est celui de William S..., 21 ans, ouvrier. Il a été reçu dans le service le 26 novembre. Eu égard à sa profession, il déclare qu'il a travaillé longtemps dans le plomb et, depuis le 1^{er} avril de cette année, il est particulièrement attaché à une manufacture de cette ville, broyant, mélangeant, empaquetant le plomb. Il ne semble pas cependant avoir souffert d'aucun des effets du plomb. Du moins, il n'accuse dans son passé ni attaques de consupation, ni coliques, ni perte de pouvoir musculaire. En août de cette année il a eu une attaque de diphthérie qui a duré deux semaines. Il est alors retourné à son travail avec une sensibilité aussi parfaite qu'il avait jamais eue de sa vie. Mais après avoir travaillé une semaine, il se trouva très fatigué le soir. Il avait à la fois des douleurs dans tout le corps et dans les membres.

Il semble donc que ce soient là des phénomènes consécutifs à sa sériuse angine. Ces symptômes s'aggravant, il abandonna son travail au bout de deux semaines, pour rester chez lui, sans toutefois s'aliter. A cette période, il avait une difficulté marquée pour avaler, et il remarqua que les liquides repassaient par le nez quand il essayait de boire.

A son entrée à l'hôpital, il se plaignait d'une courbature générale et de faiblesse dans les membres. Les symptômes du côté de la gorge s'étaient améliorés. Il pouvait avaler sans difficulté. Nous n'avons pu découvrir de liséré sur ses gencives. Mais ce qui était particulièrement remarquable et eut une grande importance pour le traitement, c'est qu'il pouvait à peine se tenir sur ses pieds, et n'était pas capable de marcher du tout. Nous trouvâmes que cette paralysie n'était pas limitée aux extrémités inférieures, quoiqu'elle y fût plus marquée. Il y avait aussi paralysie des bras; il serrait faiblement et laissait tomber ce qu'il tenait dans ses mains. La main droite paraissait plus paralysée que la gauche. Il n'y avait pas de paralysie faciale évidente. Il n'était pas constipé. La langue était humide et légèrement chargée et portait l'empreinte des dents. Les poumons étaient normaux. Le premier bruit du cœur était faible, et il y avait un murmure systolique légèrement soufflant. Le second bruit s'entendait distinctement. Foie et rate normaux.

Il n'a été reçu à l'hôpital que le 26 novembre. Mais dans ce peu de jours (jusqu'au 1^{er} décembre) il s'est notablement amélioré, quoique le symptôme qui l'a amené ici, la paralysie, principalement la paralysie des jambes, reste toujours prédominant.

Vous pouvez attester vous-mêmes la chose. Je vous avais déclaré qu'il ne pouvait pas marcher; maintenant il le peut, avec une grande difficulté et avec l'aide d'une canne. Il se tient debout sans aide. Lorsqu'il est couché dans son lit et le dos appuyé, il a une force considérable dans les jambes. Vous voyez donc que la paralysie n'est pas complète.

C'est dans la marche qu'elle est le plus marquée. Il ne semble y avoir aucune diminution de la sensibilité tactile, et la chose est confirmée par l'esthésiomètre. En recherchant les réflexes tendineux, vous voyez que le réflexe patellaire est absent. Vous pouvez voir qu'il en est ainsi aux deux jambes. Si je chatouille la plante du pied, il le sent distinctement, mais il ne se produit pas d'action réflexe. Il sent la piqure des épingles et la pointe du compas. Tel est l'état des jambes. Nous allons maintenant les examiner au moyen de l'électricité. Les fibres musculaires des gastrocnémiens de la jambe gauche, examinées avec un puissant courant faradique, n'éprouvent pas de contractions. Un courant d'une plus grande intensité produit de faibles contractions. De même si l'on porte ce très fort courant sur les muscles de la partie antérieure de la jambe, on obtient des contractions très légères. Le courant, il est vrai, est si violent que la douleur, qu'il ressent parfaitement, produit des contractions réflexes des muscles de la partie la plus élevée des cuisses. On obtient à droite le même résultat qu'à gauche.

Ainsi donc nous avons constaté une grande diminution et presque l'abolition de la contractilité électro-musculaire, tandis que la sensibilité est réellement bien conservée.

Dans la cuisse et dans les muscles du front et du dos, la contractilité électro-musculaire est mieux conservée, quoique, si on la compare à l'état normal, elle soit diminuée, et la sensibilité est plus grande, car avec le même courant la sensibilité musculaire est plus évidente dans les cuisses que dans les jambes.

Mais, d'une façon générale, en considérant l'intensité du courant, je puis dire qu'elle est diminuée, quoique d'une façon légère. En explorant les doigts de la main droite avec l'esthésiomètre, quoiqu'il sente les deux pointes, il ne peut les distinguer bien nettement. Il y a donc une sensibilité défectueuse dans les doigts de la main. Deux points, pris sur les deux moitiés du pouce, sont sentis comme un seul. La main gauche est dans les mêmes conditions.

Dans les muscles des bras et des avant-bras, et plus spécialement sur ces derniers, nous avons les mêmes réactions électriques que pour les muscles des jambes; c'est-à-dire une grande diminution de la contractilité électro-musculaire. La sensibilité électro-musculaire est également très diminuée. Vous voyez que, pour ce fort courant, nous avons une très petite réponse. Les fléchisseurs du bras et de l'avant-bras agissent mieux que les extenseurs. Il sent le courant plus nettement que dans les jambes: mais je dois faire la même observation que précédemment, à savoir que la sensibilité électro-musculaire est diminuée, si l'on considère la force du courant, car il n'éprouve pas la douleur qu'un autre ressentirait. Dans le biceps et le triceps la même parésie est observée. D'une façon générale, elle semble la même que dans les jambes. On observe en outre que la peau est plus bleuâtre sur les bras et les jambes, ce qui tient à une circulation capillaire défectueuse.

Je rappelle cette observation faite au moment de son admission: pas de liseré sur les gencives.

Que devons-nous penser de cet homme? Il y a là une double histoire, histoire de l'exposition au plomb, et histoire d'une angine qui peut avoir été diphthéritique. Vous voyez que nous avons affaire à une paralysie généralisée aux deux jambes et aux deux bras. Cette parésie est-elle

due à son métier ? ou a-t-elle suivi son mal de gorge qu'il qualifie de diphthéritique ? Tel est le problème que nous avons à résoudre, et la solution n'en est pas aussi aisée que vous pourriez le croire au premier abord.

Vous pourriez croire que vous trouverez quelque aide dans les réactions électriques que je vous ai indiquées. Mais les différences entre les réactions électriques de la paralysie diphthéritique et de la paralysie saturnine sont des différences de degrés plutôt que d'espèce. Dans les deux cas la contractilité électro-musculaire est très diminuée. Il est vrai que, dans l'empoisonnement par le plomb, on observe une paralysie absolue résistant aux courants électriques les plus énergiques, tandis que, dans la diphthérie, cette contractilité électro-musculaire est plutôt diminuée que perdue. C'est pourquoi, autant que peut le démontrer cet examen, le caractère de la paralysie est plutôt en faveur de la diphthérie que du saturnisme ; car vous observez que le pouvoir musculaire, quoique diminué, n'est pas entièrement perdu, c'est là une raison puissante, et je déclare que mon opinion est que le travail dans le plomb n'est qu'une coïncidence, et que cette paralysie est due en réalité à la diphthérie. Je vais vous en donner les raisons.

En premier lieu, le caractère général de la paralysie est en faveur de la diphthérie. Elle siège aux bras aussi bien qu'aux jambes, sur les fléchisseurs aussi bien que sur les extenseurs. Dans la paralysie saturnine, il n'en est pas ainsi. Je sais qu'il y a des exceptions, mais, le plus souvent, la paralysie saturnine est localisée et limitée à un groupe de muscles, plus spécialement les extenseurs. Par conséquent la généralisation de la paralysie est contre le saturnisme et en faveur de la diphthérie.

En outre il y a un point qui est, je crois, d'une valeur considérable dans l'histoire de ce cas :

Associée avec les symptômes de paralysie des extrémités qui est arrivée maintenant au point qu'il ne peut plus marcher, mais faire tout au plus quelques pas quand on le soutient, il y a une paralysie pharyngée. *La paralysie des extrémités a été précédée par les signes de paralysie de la gorge, difficulté pour avaler, retour des liquides par le nez, etc.*

Ainsi en examinant l'histoire de cette paralysie, vous voyez qu'elle se rapporte plutôt à la diphthérie qu'au saturnisme. Vous voyez que j'ai insisté plutôt sur la paralysie elle-même que sur les signes négatifs tirés de l'absence de liseré sur les gencives, et de l'absence de coliques et de constipation. Car, après tout, vous pourriez être trompés si vous attachiez trop d'importance à ces signes négatifs.

Pour ce qui regarde le liseré des gencives, on ne le trouve pas toujours dans le saturnisme. Vous pouvez particulièrement être induits en erreur dans des cas comme celui-ci où il y a une accumulation de tartre sur les dents. C'est pourquoi vous ne vous attacherez pas trop à des signes purement négatifs.

Si maintenant nous pénétrons plus avant dans ce cas, vous voyez avec évidence une altération marquée du sang, altération commune dans la diphthérie, se caractérisant par un souffle au cœur dû à la modification du sang, par un murmure anémique. Le premier bruit du cœur est faible, la circulation générale est également affaiblie. Vous avez noté également la défectuosité de la circulation capillaire.

J'ai développé devant vous le diagnostic de ce cas de paralysie diphthérique, parce que j'ai senti l'opportunité de la comparer avec le saturnisme qui aurait pu exister ici d'après la singulière histoire du malade. Les principaux points sur lesquels je base mon diagnostic sont, comme vous voyez, l'extension générale de la paralysie musculaire (la paralysie n'étant pas absolue), la conservation jusqu'à un certain point de la contractilité électro-musculaire, l'histoire d'un mal de gorge antérieur, caractérisé par de la difficulté à avaler, et le début rapide de la paralysie qui avait complètement disparu dans la gorge; et, d'autre part, l'évidence de l'anémie, la faiblesse du cœur et de la circulation, symptômes communs dans la diphthérie.

Il faut maintenant nous demander quelles sont les chances de guérison du malade, et quel est le traitement qui pourra le mieux le conduire à cette guérison. Les chances de guérison sont très grandes. Avec les bons soins qu'il reçoit ici, une nourriture reconstituante et une constante attention, je n'hésite pas à affirmer qu'il quittera cet hôpital guéri. La paralysie diphthérique à la vérité est une de celles contre lesquelles le traitement peut beaucoup.

Maintenant, en égard au traitement, je vous dirai ceci: il doit consister d'abord à augmenter la qualité du sang. C'est là le premier point, et on y arrivera par le fer, le perchlorure par exemple.

Il n'y a pas de meilleur remède et vous pouvez le donner à la dose de 20 gouttes trois fois par jour, ce qui sera suffisant pour une dose tonique. Quand aux autres remèdes convenables pour des cas de cette sorte, ce qu'on pourra ajouter au fer et à une nourriture très animalisée pour renouveler l'état du sang, c'est la strychnine. La meilleure manière de s'en servir est la voie hypodermique. Mais il y a quelques inconvénients à l'administrer par cette voie. Il est plus aisé de l'administrer par la bouche. Mais si je vois qu'elle n'est pas absorbée aussi rapidement qu'il est nécessaire, je la prescrirai en même temps en injections. Il l'a donc prise d'abord par la voie ordinaire, de la façon suivante:

Strychnine un trentième de grain.
 en pilules, trois fois par jour.

Il a pris ainsi cinquante pilules, et maintenant on peut augmenter la dose. Il continue en même temps le perchlorure de fer à la dose de 20 gouttes et une nourriture reconstituante.

La seule question qui reste à considérer dans ce cas intéressant est la suivante: l'électricité doit-elle rentrer dans le traitement? Jusqu'ici on ne s'en est servi que pour le diagnostic. Quel appareil emploiera-t-on? Voici mon opinion: il n'est pas douteux que la nutrition musculaire peut être stimulée par l'usage judicieux de l'électricité pour exciter les divers muscles. Quand vous trouvez que la faradisation produit des contractions, servez-vous des courants induits. Quand il n'en est rien, usez d'abord du courant galvanique. Ici, la faradisation produit des contractions, et vous vous attacherez à cette méthode, l'appliquant tour à tour aux différents groupes de muscles affectés.

Tel sera le traitement, et, à moins que je ne me sois grandement trompé, cet homme, d'ici à quelques semaines, se présentera lui-même devant vous et marchera dans la clinique sans trace de sa paralysie.—*Philadelphia Medical Times.*

Névroses intestinales.—M. le Dr Cherchevski, de Saint-Petersbourg, rapporte dans la *Revue mensuelle de médecine*, un certain nombre de faits assez complexes dans leur symptomatologie, mais se ressemblant par beaucoup de points et qu'il rapporte à un état nerveux, à une névrossthénie particulièrement localisée dans la sphère nerveuse du canal. Ces faits ont été observés sur des personnes très intelligentes, travaillant beaucoup trop du cerveau au détriment des forces proprement physiques, assumant une très grande responsabilité par le genre même de leur activité. Toutes ces personnes sont anémiques et quelques-unes même avec des indices apparents d'épuisement.

Elles se plaignent presque toutes: 1° de constipation habituelle, n'alternant que très rarement et encore dans la minorité des cas, avec des diarrhées périodiques; 2° de ballonnement localisé ordinairement dans un endroit quelconque de l'abdomen, principalement dans la région des fausses côtes et ne s'étendant que rarement sur tout l'abdomen; 3° de renvois très bruyants sans odeur et sans goût, ou par exception seulement de goût aigre. Tous ces symptômes, de date plus ou moins ancienne, sont presque toujours constants et sans corrélation apparente avec les heures des repas, la qualité et la quantité des aliments. L'appétit est toujours bon. De temps en temps, à la suite d'une influence psychique quelconque, d'une grande fatigue ou d'un rude travail mental, cet état s'aggrave brusquement. Spontanément, sans prodromes, le plus souvent lorsque le malade est complètement absorbé par son travail et quelquefois même pendant le sommeil, survient un énorme ballonnement de l'abdomen, ou une aggravation du météorisme préexistant, accompagnée de fréquents et bruyants renvois; la respiration devient superficielle, haletante; apparaissent alors la cyanose plus ou moins prononcée, une sensation pénible de tristesse et des évanouissements.

Des douleurs aiguës accompagnent à différents degrés d'intensité cet accès en se concentrant, tantôt du côté du foie, tantôt auprès de l'ombilic, ou bien affectant encore un caractère errant. À mesure que ces crises s'accroissent, elles affectent tout le ventre; le ballonnement devient, ou général (l'abdomen étant en même temps tendu et douloureux au toucher) ou localisé par quartiers sous forme de tumeurs isolées qui se déplacent à vue d'œil; une pénible sensation de pesanteur apparaît au bas-ventre; de violents ténésmes obligent le malade à aller à tout moment à la garde-robe sans résultats; des évanouissements, des renvois et de fortes douleurs dans le dos et les jambes achèvent le tableau. Après avoir duré un temps variable, de cinq ou six heures à un ou huit jours ou même deux semaines, l'accès se termine souvent aussi brusquement qu'il était survenu, en déterminant souvent des évacuations abondantes.

Les malades ainsi atteints conservent toutes les apparences de la santé dans l'intervalle de leurs accès, qui coïncident toujours avec une influence morale fâcheuse; de plus, dans les temps qui précèdent la crise, on voit les matières changer d'aspect, et prendre une forme rubanée comme s'il y avait rétrécissement de l'intestin. En raison de ces faits et d'autres que nous ne pouvons développer ici, il semble bien certain que les accidents sont bien sous la dépendance d'une affection nerveuse, d'un véritable spasme intestinal qui amène la contraction tonique des fibres circulaires du canal. Enfin, l'influence de la théra-

pentique contribue encore à cette démonstration : tandis que chez ces malades les divers purgatifs, non seulement ne facilitent aucunement les selles, mais aggravent même les douleurs et la constipation, les opiatés et la belladone, au contraire, n'ont jamais manqué de provoquer chez tous, et en peu de temps, une et même deux ou trois évacuations, en déterminant simultanément une disparition du météorisme sans émission de vents.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la cure radicale des hernies.—Clinique de M. BOUILLY, suppléant de M. le professeur TRÉLAR à la Charité.—Mon intention, aujourd'hui, est de vous parler d'une opération qui porte le nom de cure radicale de la hernie, et que l'on pratique le plus rarement possible. Ce nom de cure radicale est, en effet, assez mal choisi parce qu'on n'aboutit qu'à maintenir à l'intérieur du ventre, à l'aide d'un bandage, une hernie qui jusque-là était irréductible.

Ceci dit, et avant d'entrer dans de plus amples détails, examinons un peu, tout d'abord, le malade que nous allons tout à l'heure opérer. C'est un homme de 50 ans, assez maigre, qui ne paraît pas jouir d'une bonne santé. Véritable pilier d'hôpital, il est resté pendant huit mois à l'Hôtel-Dieu pour une kératite au cours de laquelle il a fait un phlegmon de la jambe droite qui a dû être incisée. Ce ne sont pas, toutefois, ces raisons qui l'ont déterminé à venir demander notre secours, c'est une hernie inguinale double. La droite daterait de l'âge de 4 ans, tandis que la gauche, la moins volumineuse, n'aurait commencé à apparaître que vers 1873. On voit, en effet, pendre entre les cuisses une énorme tumeur qui mesure en longueur 19 à 20 centim. et a une circonférence de 39 à 40 centim., tous détails de peu d'importance ; mais ce qui l'est beaucoup plus, c'est que cette tumeur, qui, avant son entrée à l'hôpital, était encore beaucoup plus volumineuse par suite du travail auquel l'individu était journellement astreint, est incoercible. La verge, comme vous venez d'être à même de le voir, se trouvant perdue au milieu de cette masse, il s'en suit une certaine gêne de l'émission des urines. Quant aux fonctions génésiques, je n'en parle pas ; elles sont nulles.

Si l'on vient à palper cette tumeur, on sent, outre l'intestin qui la constitue, que le testicule paraît nettement séparé du sac herniaire. Pendant le décubitus dorsal, on peut, en relevant les bourses et avec un taxis court, faire rentrer l'intestin et être à même d'entendre le gargouillement caractéristique. Cette rentrée se fait en masse ; il ne reste pas d'épiploon et la réduction complète me permet d'affirmer qu'il n'y a pas d'adhérences. La réduction faite, il est alors très facile de se rendre compte que les portes sont largement ouvertes (trois doigts peuvent être insinués du côté droit et deux du côté gauche) et que le canal inguinal n'existe plus. Au lit, par le fait même de la largeur des anneaux, la masse herniée fait toujours saillie à l'extérieur. En résumé, nous avons affaire à une hernie inguino-scrotale double réductible et incoercible.

Je viens de vous montrer amplement qu'elle est réductible ; reste encore maintenant à vous prouver son incoercibilité. En effet, depuis

longtemps, il a essayé d'une foule de bandages. Laisant de côté les siens, qui sont plus ou moins sujets à caution, je ne vous parlerai que du dernier, que lui a fait construire M. le professeur Panas du temps qu'il était à l'Hôtel Dieu, pour bien vous faire comprendre toute l'utilité qu'on doit maintenant attendre de ce traitement. Ce chirurgien distingué, aussi apte à soigner les maladies des yeux que les affections abdominales, lui avait fait construire sur mesure et avec tous les soins minutieux un bandage herniaire. Mais, malgré le long repos, malgré les mesures prises pour avoir un bandage bien approprié, les choses n'en allèrent pas mieux. Aussi insuffisant que les autres, la pression était tellement douloureuse qu'il fut obligé de le supprimer, de sorte que nous sommes dans des conditions où le volume s'accroissant et déterminant une véritable infirmité sociale, il est de notre devoir d'agir. En dehors de cela, je dois vous avouer qu'il n'éprouve, à part un peu de gêne au niveau du colon transverse, aucunes douleurs.

Si nous voulions nous contenter d'un traitement palliatif, en présence des succès passés, nous lui conseillerions de porter un suspensoir élastique qui peut exercer une compression légère et prévenir les tiraillements douloureux. Mais ici, comme cet individu a besoin de travailler, nous sommes obligés de le rejeter de côté. Il ne reste donc plus que deux choses à faire : ou le laisser dans cet état, ou tenter la cure radicale des hernies.

Aujourd'hui, en effet, nous sommes mieux armés qu'autrefois pour ce genre d'opération. Aujourd'hui, grâce aux antiseptiques, nous pouvons revenir aux vieux procédés. Nous allons donc tenter une de ces opérations que je considère comme ne devant être pratiquées que lorsque tous les autres palliatifs ont échoué. Elle n'est pas, en effet, innocente et n'est pas, quoique son nom l'indique, curative, mais seulement palliative. Aussi me voyez-vous insister sur ce sujet, non sans raison, et entreprendre cette opération avec une certaine appréhension. Quelles sont donc, du côté de la hernie, les raisons à invoquer pour justifier une pareille manière d'agir ? Tout bien résumé, on arrive à ceci : il est nécessaire d'agir quand la hernie est, ou incercible, ou irréductible. Pour ce qui est de celles qui ont contracté des adhérences, je les laisse de côté pour ne m'occuper que des premières.

Vous n'avez pas été, il est vrai, sans voir de ces maladies ; mais la question que je vais aborder doit vous être moins familière, puisqu'elle n'est revenue sur l'eau que depuis une dizaine d'années. Quoique mon intention ici ne soit pas de vous rapporter comment est faite une hernie, laissez-moi toutefois vous dire qu'il s'agit d'une distension lente du péritoine qui finit par produire un sac herniaire dans lequel vient s'accumuler le plus souvent l'intestin grêle et une partie de l'épiploon. Or, le problème consiste, soit à supprimer le sac herniaire, soit à fermer la porte de sortie. Tous les procédés, pour arriver à ce résultat, se rapportent à l'opération qui porte le nom de cure radicale des hernies.

Bien que ce traitement, soi-disant radical, ait été rajeuni, il date des premiers siècles de la chirurgie. Sans vous faire passer par Hippocrate, et par une foule d'autres auteurs qui avaient pour but, par des méthodes sous-cutanées, de chercher à obtenir un résultat, par invagination au moyen de sutures, rappelez-vous néanmoins deux noms : celui de Gerdy, parce que c'est un français, et celui de Wood, chirurgien anglais, qui a le plus opéré par le procédé sous-cutané.

De nos jours, on a rejeté tous ces procédés sous-cutanés comme incertains, pour travailler à ciel ouvert. Les chirurgiens de maintenant vont directement à la recherche du sac herniaire, soit pour le supprimer, soit pour agir sur l'anneau. C'est à cette manière que nous allons avoir tout à l'heure recours; mais auparavant laissez-moi vous donner en quelques mots l'historique de la question.

Cette méthode à ciel ouvert ne date que de 10 ans. C'est, en effet, en 1873, que Charles Still fit la première opération chez un enfant de 8 ans. Au bout de 6 mois, la récurrence ayant eu lieu, loin de se décourager, ce chirurgien fit la kélotomie et obtint la guérison. Mais il faut bien le dire, les noms qu'on doit conserver sont ceux des chirurgiens allemands. Tous les procédés datent de 1877 et peuvent être rangés en trois catégories principales. Dans un premier, on se contente de faire la ligature et la suture en bourse du sac; puis, consécutivement, on extirpe le sac herniaire. Dans un second, non seulement on fait la ligature du collet du sac, mais on pratique encore la suture des piliers. Enfin, le troisième consiste à faire une kélotomie, à réduire les parties herniées, et à abandonner les choses à elles-mêmes, sans sutures, en comptant seulement sur le travail inflammatoire pour produire l'adhérence.

Reste maintenant à voir quels sont les résultats. Pour cela, je vous renvoie à la thèse d'agrégation de M. le Dr Segond, où vous trouverez toutes ces particularités très bien exposées. Sachez cependant que la mortalité, qui a lieu, soit le plus souvent par péritonite, soit par phlegmon du scrotum ou par hémorrhagie à la suite d'une blessure du cordon, etc., est, en moyenne, de 20 pour cent. Dans les cas les plus heureux, la cure a demandé 3 semaines, et dans d'autres plus de 40 jours. Quant aux résultats thérapeutiques, sur 113 cas, on a observé 44 fois une récurrence très rapide et 69 fois la guérison. Quoiqu'il en soit il n'est pas douteux qu'on obtient la possibilité de faire porter un bandage; par conséquent, si nous mettons notre homme dans ces conditions, il pourra dire que nous lui aurons rendu un grand service.

À quel procédé allons-nous avoir recours? Après l'avoir anesthésié et avoir convenablement lavé la peau, nous ferons sur le scrotum une incision qui me permettra d'ouvrir le sac herniaire. L'intestin ayant été réduit, avec une aiguille, je passerai autour du collet un fil de catgut et je ferai une suture en bourse sans toucher aux piliers, vu qu'ils sont trop écartés pour avoir la prétention d'y faire une suture. Quant au sac, je ne m'en occuperai pas, parce que je risquerais fort de blesser l'artère spermatique ou les veines du cordon. Puis, la peau ayant été suturée, nous placerons sur le tout un pansement de Lister en ayant soin de redoubler de précautions, car le premier devoir d'un chirurgien est avant tout de ne pas nuire.—*Praticien.*

Traitement de la gangrène sénile.—Dans une communication à la *Royal Medical and Surgical Society* de Londres, M. Jonathan HURCHINSON a établi la sécurité et l'à propos de l'intervention opératoire si l'amputation doit se faire à une grande distance du siège de la maladie. Ainsi, dans la forme ordinaire de gangrène des orteils et du pied, le tiers inférieur de la cuisse est suggéré, par M. Hutchinson, comme le point d'élection; dans les cas plus rares de gangrène de la main, ce sera le milieu du bras. Après avoir fait remarquer que

qu'à présent l'amputation a donné dans ces cas peu de satisfaction, vu qu'il y a eu presque toujours récédive, l'auteur attribue celle-ci au fait que l'opération a été faite trop bas. La dégénérescence calcaire des artères, cause principale de la maladie, est ordinairement plus considérable près de la périphérie, de là le peu de nutrition des lambeaux. Ce danger est évité si on a soin d'amputer suffisamment haut. Dans une série de cas, des vieillards, opérés de cette façon, l'auteur n'a eu qu'une seule récédive. Dans trois cas, le moignon a guéri très bien.

Un quatrième cas a aussi guéri on ne peut mieux, malgré une calcification très étendue des artères. Chez ce malade l'artère fémorale était tellement rigide qu'elle se présentait à la surface du moignon comme un véritable petit os. Un des malades ayant guéri parfaitement était pourtant âgé de soixante dix ans. Dans deux cas, l'autre pied a été subséquemment menacé de gangrène.

Quant à l'époque à choisir pour faire l'opération, M. Hutchinson croit qu'il faut intervenir aussitôt que la maladie est bien établie et que le patient est assez mal pour être confiné au lit. La guérison spontanée, dit-il, est la rare exception, et la grande majorité des cas se terminent par la mort, après des souffrances plus ou moins longues. Plus le malade est maigre, moins il y a de risques à intervenir chirurgicalement. Dans quelques cas rares où le membre est exceptionnellement gras et les tissus flasques, il peut être sage d'hésiter à recommander l'opération. Dans tous les cas, l'auteur a pris les précautions antiseptiques recommandées par Lister, et, dans deux ou trois cas, le patient n'a pas éprouvé la moindre douleur à dater du jour où l'opération a été pratiquée — *Buffalo Medical and Surgical Journal*.

Opérations qui se pratiquent sur les nerfs.—Depuis que les méthodes antiseptiques permettent de pratiquer des opérations sanglantes avec la plus grande sécurité, les opérations applicables aux affections des nerfs périphériques se multiplient. Les principales sont : les élongations, la résection, les sutures et dégagements des nerfs englobés dans des caux osseux.

Chacune de ces opérations mériterait une description spéciale et minutieuse, mais je suppose tous ces détails bien connus, et je passerai simplement en revue les applications les plus nouvelles ou les plus importantes de chacune d'elles. Parmi les cas d'élongation, nous trouvons un grand nombre de faits dans lesquels cette opération a été pratiquée pour des maladies médicales et notamment pour l'ataxie locomotrice, d'après la pratique de Langenbuch.

Cette pratique a été étendue à d'autres maladies de la moëlle. Jusqu'à présent, elle n'a donné que des résultats momentanés ou douteux. Au point de vue chirurgical, l'élongation a été pratiquée pour une ancienne paralysie, résultat d'une luxation de la hanche. L'élongation du sciatique suivie de l'emploi de l'électricité donna un résultat complet et double.

Dans les cas de tétanos traumatique, les bénéfices de l'opération ont été bien rarement complets et durables.

J'ai pratiqué une opération de ce genre dans un cas qui fut suivi de mort, malgré une amélioration passagère des phénomènes nerveux. Il s'agissait d'un homme de quarante ans, qui avait reçu dans la partie inférieure de la jambe une balle qui ne put être extraite.

La blessure se comportait très bien lorsque, au vingtième jour, survint un tétanos rapide, avec opisthotonos, dysphagie, trismus. Le phénomène caractéristique était une convulsion partant de la partie malade, remontant rapidement le long du sciatique poplité externe, atteignant ensuite la nuque et le cou. Après trente-six heures, je fis l'élongation du sciatique externe derrière la tête du péroné; le soulagement fut instantané, mais ne dura que douze à quinze heures.

Malgré l'emploi du chloral à haute dose, le malade mourut le cinquième jour après le début du tétanos.

Ce résultat peu encourageant ne doit pas empêcher d'avoir recours à ce même procédé qui a donné des succès dans les cas peu rapides.

La résection d'un morceau de nerf paraît être, dans les cas de névralgie, la méthode la plus sûre et la plus rapide pour arriver à la guérison.

On a réséqué la branche externe du spinal pour le torticolis spasmodique localisé au trapèze, et le résultat a été complet et définitif. (Tillaux.)

Le nerf est facile à trouver en incisant derrière le muscle sterno-mastoiïdien, en haut. Le bord postérieur du muscle étant découvert, il suffit de le relever pour trouver le nerf qui pénètre dans son intérieur, et dont on peut réséquer quatre centimètres au moins.

J'ai pratiqué cette opération pour un torticolis spasmodique généralisé à tout un côté du cou. L'amélioration fut instantanée après la résection, le trapèze étant immobilisé. Malheureusement, les autres muscles atteints de contraction reprirent leurs mouvements, après une accalmie qui dura quelques jours. Mais aucune contraction ne reparut dans le trapèze.

La résection des nerfs de la cinquième paire atteinte de névralgie donne aussi d'excellents résultats.

Par la trépanation de la branche montante du maxillaire, il est facile de trouver le nerf dentaire dans son canal et de le réséquer. Cette opération m'a donné dans deux cas un résultat immédiat et durable. Elle n'est nullement dangeureuse, et la plaie se guérit par première intention sous le pausement de Lister.

M Tillaux, dans un cas de section ancienne du nerf médian dont les deux bouts étaient cicatrisés à distance, obtint par la réunion une guérison complète. Une paralysie complète avec déformation due aux muscles antagonistes existait depuis cette section. La recherche des deux bouts du nerf, leur suture avec du catgut fin, une bonne position permettant le contact des deux extrémités, assurèrent la cicatrisation. La sensibilité, le mouvement reparurent, et le malade guérit rapidement.

Cette observation et d'autres publiées auparavant prouvent que, quelle que soit l'ancienneté de la section nerveuse et de la paralysie consécutive, on peut toujours espérer la soudure nerveuse et le rétablissement de la fonction.

Enfin je rappellerai, en terminant, que l'opération qui consiste à dégager un nerf englobé dans un cal osseux et produisant de la paralysie et de la névralgie devient une opération banale et qui donne presque toujours des succès.—*Bull. de thérapeutique.*

Traitement de la blennorrhagie par les injections de sublimé.— Discussion à la Société de thérapeutique. Séance du 22 octobre 1884.

M. C. PAUL offre à la Société la thèse d'un de ses élèves, M. CHAMERON, dans laquelle on trouvera l'exposé complet de ses idées sur la nature et le traitement de la blennorrhagie par les injections de sublimé. La blennorrhagie, dit-il, réunit les trois conditions qui sont nécessaires à une affection pour être classée parmi les maladies infectieuses. Le gonococcus existe : les procédés de coloration le décèlent, et, à ce propos, M. Paul soutient l'opinion qui veut que cet organisme siège toujours dans l'intérieur des cellules épithéliales et non dans les globules de pus. Ce gonococcus est cultivable ainsi que l'auteur l'a pu faire dans le laboratoire de M. Pasteur, en s'entourant de toutes les précautions désirables ; il a obtenu jusqu'à neuf cultures et eût pu aller au delà. Enfin il est inoculable ; les inoculations de pus blennorrhagique ont été faites à l'étranger ; on a retrouvé le gonococcus type : M. Paul a lui-même fait une inoculation du liquide de 9e culture, et au bout de 4 jours 1/2 il vit survenir une blennorrhagie uréthrale qui n'a néanmoins duré que 2 jours ; le cas est donc peu concluant. Enfin les solutions faibles de sublimé au 1/20000e tuent le micro-organisme. C'est en partant de ce principe que la blennorrhagie était parasitaire que Neisser a préconisé, en 1879, le traitement de cette affection par les injections de sublimé. M. Paul a pu contrôler les bons effets de cette méthode applicable dès le début de l'affection. Les injections doivent être données chaudes ; c'est un point capital, car elles pénètrent ainsi bien mieux jusque dans l'intérieur des follicules de la muqueuse uréthrale : désormais les blennorrhagies soignées de cette façon, chez l'homme, ne durent pas plus de 7 jours en moyenne. Étant donné les propriétés si efficaces du sublimé, ne pourrait-on pas, dans les maisons de tolérance, prescrire de semblables lavages qui, certainement, mettraient obstacle à la diffusion des maladies contagieuses.

M. MARTINEAU rappelle qu'il a déjà, devant la Société, vanté les bons effets du sublimé dans la blennorrhagie. La communication de M. Paul a toutefois ceci de tout nouveau, c'est qu'elle renferme l'exposé de cultures qui, jusqu'alors, n'avaient été que très imparfaitement faites. M. Martineau emploie, chez la femme, les lavages à 1/500e : ayant eu quelques cystites il a fait confectionner des suppositoires uréthraux de 2 cent. de long contenant au maximum 0.05 de sublimé qu'il laisse fondre en place. De plus, chez la femme, ainsi qu'il l'a montré, la blennorrhagie et son micrococcus allant se confiner dans les follicules uréthraux et péri-uréthraux, il se sert toujours de la cautérisation des follicules avec le galvano-cautère à pointe très fine. De cette façon la blennorrhagie qui, chez la femme, guérissait autrefois si lentement par les anciens procédés, se trouve aujourd'hui réduite à 15 ou 20 jours de durée.

M. DEJARDIN-BEAUMETZ dit qu'il serait désirable qu'on recherchât si le gonococcus n'existe pas dans tous les écoulements purulents chez la femme. Quant à la prophylaxie, il rappelle qu'en Belgique la loi ordonne des prescriptions de cette nature dans les maisons publiques, et que rien ne s'opposerait à ce que de semblables mesures fussent adoptées en France.

M. MOUTARD-MARTIN insiste sur la différence qui existe entre les doses du médicament suivant M. Paul et M. Martineau. Le premier

assure, d'après ses expériences, que la solution au 1/20000^e tue le micro-organisme. Pourquoi employer alors une solution aussi forte que celle au 1/500^e qui pourrait ne pas être sans inconvénients; à ce propos, ne serait-il pas dangereux de laisser à la portée de sujets ignorants des solutions incolores aussi toxiques?—*Progrès médical.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Métrorrhagie.—Clinique de M. le Dr GALLARD à l'Hôtel Dieu.

M. Gallard pense que les distinctions de métrorrhagie et de ménorrhagie n'ont pas d'importance. Il est entendu qu'une perte sanguine se montre plus communément aux environs de l'époque menstruelle; mais elle est toujours une perte et ne se distingue par aucun caractère des pertes produites à un autre moment.

Les hémorrhagies sont en rapport habituel avec les lésions de l'utérus, cancer, fibrome, polypes; mais une variété d'hémorrhagie sur laquelle on insiste peu est surtout fréquente dans la métrite utérine.

C'est à la métrite interne qu'il faut rapporter la majeure partie des descriptions consacrées par les auteurs à la métrorrhagie *essentielle*.

Est-on d'ailleurs autorisé à admettre l'existence de cette hémorrhagie, dite essentielle? Quels sont les faits que l'on peut classer sous ce nom lorsqu'on a retranché d'une part les altérations dyscrasiques du sang dues aux diathèses, aux intoxications, à la chlorose ou à l'anémie, d'autre part les maladies diverses qui sont caractérisées par une altération anatomique, soit du système circulatoire, soit du tissu utérin, soit des organes qui sont en connexion directe avec lui, comme l'ovaire, les trompes ou les ligaments de l'utérus?

Dans une statistique de Letellier, il ne s'est pas trouvée une seule métrorrhagie, sur quatre vingt-six observées, à laquelle l'auteur ait pu accorder la dénomination d'*essentielle*; la métrorrhagie essentielle n'existe pas.

Certains auteurs ont cru devoir considérer comme telles les métrorrhagies que l'on observe si fréquemment chez les filles publiques, surtout pendant les premiers temps de leur vie de débauches. Si l'on considère que ces mêmes femmes sont plus tard atteintes d'aménorrhée, on est tenté de voir dans la succession de ces phénomènes morbides l'indice de l'évolution d'une métrite chronique; et d'ailleurs, si l'on examine l'utérus dans des cas semblables, on se confirme davantage dans l'opinion que les excès du coït, le traumatisme répété du col utérin, et les congestions trop fréquentes de l'appareil tout entier, ont agi comme cause déterminante d'une affection inflammatoire de l'utérus, se révélant à la fois par les signes physiques perçus à l'examen direct, et par la métrorrhagie qui en est le symptôme.

Les excès de coït sont, du reste, suivis d'accidents analogues dans toutes les classes de la société, et d'autant plus souvent que jusque-là la femme avait été plus réservée dans ses rapports; mais c'est surtout lorsque ces excès sont commis au moment d'une époque de règles, que l'inflammation utérine se trouve facilitée par la congestion cataméniale déjà existante et que l'on voit survenir d'abondantes métrorrhagies, dont la cause pourrait facilement passer inaperçue, à un examen superficiel.

Chez les prostituées, on peut également rattacher un certain nombre des métrorrhagies dont elles sont atteintes à de petits avortements d'un mois, provoqués par l'abus même des excitations sexuelles; un retard de quelques jours dans l'apparition des règles mettra sur la voie du diagnostic que confirmera la présence d'un œuf en voie d'évolution.

On ne peut davantage admettre comme hémorrhagie essentielle, comme le fait Marotte, celles qui apparaissent chez des femmes atteintes de névralgie abdominale ou sciatique. Dans ces cas même, l'hémorrhagie résulte de phénomènes congestifs réflexes, même si souvent elle n'est attribuable à une lésion utérine ou péri-utérine méconnue.

M. Gallard passe en revue les moyens adoptés dans le traitement des métrorrhagies et exprime une opinion qui mérite d'être rapportée, sur deux traitements fort préconisés en ces derniers temps.

En premier rang des agents hémostatiques les plus propres à combattre la métrorrhagie, il faut faire figurer l'action du froid et en particulier de l'eau froide. Une longue expérience confirme la confiance de M. Gallard en cet excellent traitement. La medication toute opposée, l'action de la chaleur, très recommandée aujourd'hui, lui paraît dangereuse. Qu'elle soit appliquée sur la région lombaire au moyen de sacs de Chapman ou plus localement au moyen d'injections ou de bains d'eau portée à une température élevée, 50° centigrades, jamais elle n'a réussi entre ses mains à faire arrêter des hémorrhagies, et souvent il l'a vue contribuer à les augmenter, si bien que pour combattre son action désastreuse, il a fallu se hâter de recourir à l'action contraire et beaucoup plus efficace du froid, appliqué de la même manière et d'une façon prolongée.

Outre le froid, les révulsifs sont souvent utiles, la digitale rend de grands services, et les narcotiques peuvent être employés avec avantage, surtout dans les cas où l'influence nerveuse peut être considérée comme n'étant pas étrangère à la production de la perte sanguine.

De tous les médicaments administrés à l'intérieur pour combattre les métrorrhagies, le plus utile, celui qui lui a toujours le mieux réussi et dont l'action efficace se fait sentir aussi bien sur l'état inflammatoire que sur l'hémorrhagie qui en est la conséquence, c'est la digitale. Il l'administre habituellement à la dose de 30 à 50 centigrammes de feuilles, infusées dans 124 grammes d'eau, et formant une potion qui est prise par cuillerées à bouche dans la journée. Il y a loin de là aux doses qui ont été conseillées par Howship Dickinson, et acceptées par Trousseau, qui aurait administré de 15 à 45 grammes de digitale en infusion par doses fractionnées en un seul jour. M. Gallard se garde bien de suivre une telle pratique, car même en ne dépassant pas la dose de 50 à 60 centigrammes, il a vu se produire non des symptômes d'empoisonnement, mais des signes d'une débilitation excessive si l'usage du médicament était prolongé plusieurs jours.

M. Gallard conseille aussi de se mettre en garde contre l'usage irrational et intempestif qui est fait chaque jour de l'ergotine pour arrêter les hémorrhagies de l'utérus. Si c'est un moyen héroïque dans quelques cas bien déterminés, et en particulier dans les hémorrhagies puerpérales ou dans les métrorrhagies qui accompagnent l'évolution des corps fibreux, c'est, par contre, un médicament au moins impuissant contre les autres variétés de pertes sanguines. Lorsqu'il croit

néanmoins devoir l'employer, il préfère l'administration par la bouche aux injections sous-cutanées, qui laissent souvent de petites nodosités phlegmoneuses qui peuvent s'abcéder.

M. Gallard emploie volontiers une préparation complexe qui lui permet d'associer dans un but commun l'action du sulfate de quinine, de l'ergotine et de la digitale. Voici la formule de pilules qu'il prescrit fréquemment dans les hémorrhagies utérines :

Ergotine	180 grains
Sous-carbonate de fer.....	" "
Sulfate de quinine.....	36 "
Poudre de digitale.....	18 "

Pour 100 pilules non argentées.

Prendre 4 pilules chaque jour 12 avant chaque repas.

Enfin on peut être amené, quelle que soit la cause de l'hémorrhagie utérine, à faire le tamponnement, si l'hémorrhagie met en danger les jours de la malade. C'est un excellent moyen qui a été critiqué souvent, à cause d'applications maladroites ou trop longtemps prolongées.

Il ne faut pas oublier qu'on doit le pratiquer avec beaucoup de soin, la vessie et le rectum ayant été vidés. La femme doit être placée en travers du lit; on vide le vagin des caillots à l'aide d'une injection froide.

M. Gallard emploie volontiers le tampon en queue de cerf-volant. Il recommande l'emploi du spéculum, qui permet d'employer des tampons secs, et de bien placer sur le col le premier tampon imprégné de perchlorure de fer.

Le tampon doit être bien serré, formé de bourdonnets nombreux. On ne le laissera jamais plus de vingt-quatre heures en place. Au bout de ce temps, il vaut mieux le remplacer que le laisser.

Enfin, la femme qui vient d'avoir une métrorrhagie doit être soumise à toute une série de précautions et de soins, tant pour permettre à la perte de s'arrêter que pour en empêcher le retour.

Il faut lui imposer surtout un repos assez prolongé. Repos physique, repos moral, repos des organes sexuels dont les excitations ont tant d'influence sur le développement des congestions pelviennes, qui conduisent si facilement aux métrorrhagies. Cette influence s'exerce non seulement par les excitations directes, résultant du coït, mais aussi par celles plus indirectes que causent les caresses amoureuses, même quand elles ne sont pas suivies de conclusion, et même les simples conversations, les lectures érotiques, le spectacle, la musique, etc.

On combat aussi efficacement la tendance au retour de ces hémorrhagies, par la continuation prolongée, après leur cessation, des moyens qui ont été employés pour la faire disparaître, en particulier de l'eau froide en irrigations et en bains de siège.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

Aménorrhée.—Parlant des divers médicaments qui ont été recommandés contre l'aménorrhée, le Dr J. Matthews dit que quand il est molimen menstruel il préfère le pédiluve chaud au bain de siège. En outre, tant que dure le molimen, on peut administrer quelque stimulant. Duncan donne la préférence à l'huile de penny royal, à dose d'une goutte, plusieurs fois par jour. En l'absence de tout molimen

aucun médicament ne saurait agir directement comme emménagogue. Quelques substances telles que la sabine et la cantharide, administrées à haute dose, peuvent amener un écoulement de sang. Mais, dans l'opinion de l'auteur, ce n'est là qu'une caricature de la menstruation, sans compter que la femme en souffre positivement. Le seul remède qu'il connaisse est l'excitation érotique dont l'application est nécessairement des plus limitées.—*Medical Age.*

De la rétention d'urine et du cathétérisme aseptique après l'accouchement.—Ce sujet vient d'être l'objet d'un travail intéressant de M. le Dr Prieur, et, comme il le fait remarquer, après l'accouchement, la rétention d'urine s'observe fréquemment. Il n'est pas rare de rencontrer des femmes chez lesquelles la première miction se fait attendre de douze à quinze heures ou même davantage. Cependant ces femmes ne s'inquiètent pas, à l'inverse de ce qui se produit dans la rétention qui complique la rétroversion. Ce fait s'explique par l'absence de douleurs, au moins au début.

Plus tard, la rétention peut provoquer des malaises et des coliques dont les malades ne comprennent pas la cause et qu'elles sont portées à attribuer à l'accouchement. Aussi cette affection passerait-elle souvent inaperçue si l'attention du médecin ne se portait du côté de la vessie et de la façon dont se fait l'excrétion des urines. Il est important de ne pas laisser aussi longtemps la vessie sans se vider, et il est de règle de questionner les femmes à ce sujet dans la première visite qui suit l'accouchement.

On ne doit même pas s'en rapporter uniquement à leurs réponses, car il arrive que, la rétention étant incomplète, la femme peut avoir encore une certaine quantité d'urine dans la vessie, alors qu'elle croit avoir uriné d'une façon normale. "M. Charpentier dit avoir vu chez des femmes qui assuraient avoir uriné, cependant la sonde évacuer de 800 à 1,200 grammes de liquide, dont la présence dans la vessie n'était pas perçue par la femme, mais nous était révélée par la hauteur de l'utérus et la saillie formée par la vessie distendue au dessus du pubis, dans la région hypogastrique."

L'auteur d'une thèse récemment faite sur ce sujet a trouvé que, sur 216 accouchements consécutifs observés à l'hôpital des Cliniques pendant une période de trois mois, on a dû pratiquer le cathétérisme dans 42 cas, ce qui donne une proportion de plus d'un cinquième.

La primiparité paraît avoir une influence marquée sur la production de la rétention à cette période, car sur les chiffres précédents elle s'est montrée 32 fois dans 111 accouchements primipares et 10 fois seulement dans 105 de multipares.

Nous avons donc chez les premières une proportion de 1 rétention pour 3,5 accouchées et de 1 pour 10 chez les autres.

Les causes de cette rétention sont assez nombreuses.

Pour Cazeaux, ce serait surtout une compression trop violente qui déterminerait une paralysie de la vessie quand le travail a été long et pénible. Dans ce cas, elle surviendrait aussitôt après l'accouchement. Quand elle ne se produit qu'au bout de quelques jours, il croit à l'influence d'une inflammation consécutive.

Joulin en fait une paralysie de la vessie favorisée par le décubitus dorsal et le relâchement des parois abdominales.

Stoltz (*Dict. de méd. et de chir. pratiques*) y voit l'affaiblissement de l'élément musculaire de la vessie et des parois de l'abdomen, aidé par le gonflement du col de la vessie, un peu irrité par suite de la compression qu'il a éprouvée.

Mattéi (*Journ. des conn. méd.*, 1869), se basant sur le cathétérisme qui lui aurait fait constater des tortuosités momentanées de l'urèthre, pense qu'on peut l'expliquer de la façon suivante :

Dans les derniers moments de la grossesse, le col s'allonge parce que la vessie remonte ; aussitôt après l'accouchement, il se raccourcit ou plutôt se fronce brusquement, ce qui expliquerait pourquoi un ou deux cathétérismes suffisent généralement, le passage de la sonde redressant le canal.

Pour Schröder, la rétention résulterait de ce que la vessie, comprimée par l'utérus pendant tout le temps de la grossesse, perd la forme sphérique, et par conséquent, diminue de capacité. Elle est, par suite, dans un état de distension continuelle dont elle finit par contracter l'habitude. Aussi, après l'accouchement, la compression venant à cesser, la vessie reprend sa forme primitive et peut contenir une quantité de liquide beaucoup plus considérable qu'avant sans éprouver de distension ou d'absence du besoin d'uriner.

D'après Fordyce Barker, de New-York, dans ses "*Clinical lectures*", "cette rétention peut être due au manque de contractilité de la paroi musculaire du réservoir vésical, dont les fibres sont comme paralysées par suite de la super distension qu'elles subissent. Elle peut reconnaître pour cause une obstruction mécanique du méat ou de l'urèthre par la tuméfaction des parois de ce conduit.

" Dans le premier cas, dit-il, on emploiera habituellement avec avantage l'*extraît liquide d'ergot de seigle* administré toutes les quinze minutes pendant une ou deux heures, à la dose de vingt gouttes.

" Après l'accouchement, surtout si la deuxième période a été longue, j'examine toujours la vessie de ma malade avant de la quitter, et si j'ai quelque raison de penser qu'elle contient beaucoup d'urine, je donne à la garde un peu d'ergot et lui indique l'usage qu'elle doit en faire. Aussi est-il très rare que je sois obligé de me servir de cathéter chez les accouchées."

La plupart des accoucheurs emploient presque exclusivement le cathétérisme dans ces cas, mais comme il peut provoquer de la cystite, il faut prendre des précautions et ne se servir que d'instruments neufs ou purifiés par les antiseptiques.

Les sondes à employer sont des sondes en caoutchouc rouge n'ayant pas servi et lavées, avant leur usage, dans une solution phéniquée, — ou les sondes métalliques flambées à l'alcool, lavées à l'eau bouillante et passées dans une solution phéniquée. — *Paris médical*.

Faut-il laisser souffrir la femme pendant la première période du travail? — En réponse à cette question je dirai que d'après ma propre expérience et d'après les observations de ceux de mes confrères à qui j'ai parlé de la chose, je conclus que les douleurs qui accompagnent la dilatation de l'os durant la première période du travail ne sont pas du tout nécessaires.

Voilà déjà plusieurs années que mon attention a été attirée sur ce sujet. Appelé un jour auprès de Mme G., je la trouvai dans la pré-

mière période du travail, souffrant de douleurs intermittentes et véritablement insupportables. A l'examen, je constatai de la rigidité de l'os et aucun signe de dilatation. Après avoir attendu assez longtemps j'examinai de nouveau, mais sans constater le moindre changement. J'en conclus que les douleurs étaient probablement fausses, en dépit de leur régularité apparente, et j'administrai à la malade une dose de morphine; en peu d'instant il y eut soulagement complet et je me retirai. Vers dix heures du soir, j'allai de nouveau voir la malade que je trouvai reposant paisiblement, tout comme quand je l'avais laissée le matin. L'os était très dilaté. Bientôt la seconde période se déclara et l'enfant naquit en peu de temps. Ayant dit un mot de cela à un confrère, celui-ci, praticien expérimenté, me dit avoir aussi observé la même chose, et avoir également remarqué que la convalescence était toujours heureuse dans ces cas. Puisque l'expérience est là pour le dire, pourquoi ne pas soulager la femme durant les douleurs de la première période du travail?—Dr J. W. Chisholm, in *Obstetric Gazette*.

DERMATOLOGIE.

Guérison des taches pigmentaires par l'application d'une compresse enduite d'onguent mercuriel.—Les deux substances les plus usitées dans le traitement des taches pigmentaires sont le borax et le sublimé. Le premier n'a qu'une action lente et faible; le second agit plus vite et plus énergiquement.

Si l'on veut une guérison radicale, il faut, d'après Ulma, recourir au mercure, non sous la forme prescrite par Hebra et qui, selon lui, n'est pas sans inconvénients, mais sous la forme de collodion renfermant 1/2 à 1 0/0 de mercure. On évitera ainsi l'érythème, la desquamation et l'éruption pustuleuse qui se produisent quelquefois dans le cours du traitement.

Ces remèdes énergiques présentent l'inconvénient qu'on ne peut en mesurer l'effet. Il vaut donc mieux recourir à la pommade au mercure et au bismuth prescrite par Hebra.

L'emplâtre d'onguent mercuriel donne plus rapidement un résultat que les pommades et les solutions faibles. Et s'il agit moins vite que le collodion au mercure, en revanche son emploi est plus facile. Voici comment on doit s'y prendre: on coupe des morceaux d'emplâtre au précipité blanc ou à la pommade mercurielle, à peu près de la grandeur des plaques d'éphélides ou de la grandeur des taches de chloasma, sur lesquelles on les applique, — sans collodion ni bandes, — après avoir lavé les matières grasses de la peau avec de l'eau de Cologne ou de l'alcool. On doit placer l'emplâtre en se couchant, et le retirer le lendemain en se levant.

L'auteur prescrit pour la journée une pommade au bismuth qui a l'avantage d'agir comme un fard et de masquer les taches noires.

Voici sa formule:

Ox. de bismuth et craie.....	5 parties.
Vaseline.....	20 à 40 —

Une friction le matin après la toilette.

Le mieux est d'appliquer la pommade avec un pinceau, de la laisser sécher sur la peau, d'où on la retire plus tard. Pour cela, elle doit avoir la consistance d'une couleur à l'huile. Dans ce but, l'auteur emploie la formule suivante :

Ox. de bismuth et amidon de riz.....	2 parties.
Craie.....	4 —
Onguent de glycérine.....	10 —
Eau de rose.....	100 gouttes.

En faisant alterner la préparation de bismuth et celle de mercure, on obtient la guérison rapide des taches sans rougeur ni desquamation, à moins que le pigment ne soit si profondément situé dans le derme que ces remèdes ne puissent l'atteindre sans détruire le corps papillaire, comme cela se rencontre dans certains chloasmas.—*Rev. méd.*

Naphtol contre la gale.—Le Dr Samuel RONA a traité vingt et un cas de gale avec l'huile de naphtol, et voici quel fut le résultat de ses observations. Après avoir fait déshabiller le malade, les endroits où se localise d'habitude le parasite sont frictionnés avec l'huile, et si l'affection remonte à quelques jours le badigeonnage est général, moins la tête et le cou. Ce traitement est commencé dans la soirée. Le lendemain le patient prend un bain et toute la surface rougie par le médicament est saupoudrée de poudre de riz. Généralement tout se borne là et la guérison a lieu après cette première application. Des démangeaisons intenses persistent chez quelques malades pendant deux ou trois jours, ce qui fut attribué à l'eczéma concomitant. D'ailleurs les vues de Rona sont entièrement conformes à celle de Kaposi, et la naphthaline récemment recommandée par Furbringor ne lui a pas paru préférable au naphtol. Sans doute une application peut être suffisante, et elle l'est généralement, mais elle doit être faite *largi manu* avec une quantité de naphtol de dix environ pour cinquante ou cent parties d'huile. Sur 100 galeux Rona a expérimenté le naphtol sans que le moindre accident toxique soit survenu. Si on le donne trop concentré il produit de l'irritation et de l'eczéma. Dans les cas d'eczéma chronique, la proportion de naphtol ne devra pas dépasser deux ou trois pour cent.—*France médicale.*

Traitement de l'alopecie.—M. Doyon donne les procédés employés par le docteur Pohl Oisicus (de Berlin) contre certaines formes d'alopecie. L'auteur admet que dans cette affection le processus morbide consiste dans l'altération des follicules qui peut être produite par la compression. C'est ainsi que se développent les calvities limitées au vertex, notamment chez les femmes, en raison de la compression que les objets de toilette exercent habituellement sur cette région. Contre cette variété d'alopecie, l'auteur a employé avec succès les acides :

Acide lactique ou acide citrique.	9 à 18 grains
Acide borique	36 à 90 —
Eau distillée.....	8 onces
Esprit-de-vin rectifié.....	1 à 1½ onco

Une à trois cuillerées deux fois par jour, en friction pendant trois ou quatre minutes sur le cuir chevelu.

Il faut avoir soin d'employer un alcool un peu concentré.

On peut employer aussi ces acides sous forme de pommade :

Acide lactique finement pulvérisé.	5 à 15 grains
Acide borique	36 à 54 —
Axonge.....	4 onces
Huile d'olive.....	1 drachme

Faire une friction de trois minutes une ou deux fois par jour.

L'auteur recommande aussi, pour la préparation de cette pommade, la vaseline.

Après deux ou trois semaines de traitement, on remplace pendant une semaine les acides par la pommade suivante :

Carbonate de soude finement pulv.	15 à 36 grains
Axonge.....	7½ drachmes
Huile d'olive.....	78 grains

Friction de trois minutes, une ou deux fois par jour.

On continue cette médication, dans l'ordre ci-dessus, pendant une année entière, puis on diminue le nombre des applications.—*Annales de dermatologie et de syphiligraphie.*

Des rapports entre la vaccine et certaines maladies de la peau.—

Le travail intéressant fait par M. le docteur Moulinet sur ce sujet se résume dans les conditions suivantes :

1o Dans toute affection cutanée plus ou moins aiguë à solutions de continuité nombreuses, différer la vaccination à cause du danger d'auto-inoculation, à moins d'épidémie de variole :

2o Dans toute affection cutanée plus ou moins aiguë qui augmente la susceptibilité de la peau à l'inflammation, différer encore la vaccination, de crainte d'une vaccine généralisée à ces parties, à moins toutefois d'épidémie de variole ;

3o Ne vous absteniez pas de vacciner dans la crainte de manifester une diathèse latente.

Vaccinez s'il y a le moindre danger de variole, dans toute maladie de peau sans caractère aigu, comme eczéma sec, psoriasis ; loin de nuire, la vaccination peut être utile ;

4o Enfin, différez la vaccination dans toute affection cutanée récente, à poussée aiguë, eczéma surtout, de crainte d'une lymphangite un peu trop considérable ; mais s'il y a le moindre danger de variole, vaccinez quand même, car le péril que fait courir la vaccination est négligeable. (*Thèse de Paris, mai 1884.*) — *Bull. de therap.*

Traitement des condylomes.—NUSSBAUM traite les condylomes au pénis au moyen de lavages à l'eau salée, suivis de l'application de calomel en poudre. Le calomel se change alors en bichlorure, et la petite tumeur disparaît sans occasionner de douleur.—*Medical Herald.*

Rétraction cicatricielle.—Le Dr A. C. Post, de New-York, vante l'emploi du sous-nitrate de bismuth contre les brûlures de la peau et la rétraction cicatricielle consécutive. Dans ce dernier cas, il divise la bride cicatricielle et remplit la solution de continuité d'une assez grande quantité de bismuth. La guérison est rapide.

FORMULAIRE.

Fièvre typhoïde.

R.—Acid hydrochloric. dil.....	m iv
Spt. ætheris.....	m viii
Aq. camphoræ.....	ʒiii

M.—A prendre en une seule dose, toutes les six heures, pour un enfant de cinq ans.—*Med. Gazette.*

Colique chez les enfants.—*Fothergill.*

R.—Pot. bicarb.....	gr i
Ol. cajeput.....	m i
Syrup. simpl.....	ʒi
Aq. aneth.....	ʒi

M.—A prendre en une seule dose, quatre fois par jour.—*Leonard's Ill. Med. Journal.*

Constipation chez les enfants.—*Fothergill.*

R.—Magn. sulph.....	ʒ ss
Tinct. sennæ co.....	ʒss
Aq. menthæ.....	ʒi ss

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*Leonard's Ill. Med. Journal.*

Céphalalgie nerveuse avec constipation.

R.—Quin sulph.....	gr xii
Acid sulph. dil.....	ʒss
Tinct. ferri. perchlorid.....	ʒii
Spt. chloroformi.....	ʒii
Magn. sulph.....	ʒss
Syrup. zingib.....	ʒi
Aquæ ad.....	ʒxii

Délire marmotant.

R.—Tr. quiniæ.....	ʒi
Glycerini.....	ʒvi
Spt. amm. arom.....	} aa ʒ iii
Spt. ætheris.....	
Ext. opii liq.....	m xxx
Infus aurantii ad.....	ʒviii

M.—*Dose* : Un sixième de cette potion toutes les six heures.—*Med. Gaz*

Avortement.

R.—Fl. extr. viburn prunifol.....	ʒiv
Chloral hydrat.....	ʒiv
Syrup. aurantii ad.....	ʒii

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe toutes les 2 ou 3 heures.—*Louisville Medical News.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSISIERS.

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1884.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2010, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

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

Prophylaxie de la tuberculose.

La nature parasitaire et contagieuse de la tuberculose n'est plus à démontrer. Les recherches patientes et les belles découvertes de MM. Koch, Bouley, Séc, Chauveau, Vallin et autres ont établi le fait d'une manière incontestable. Comme corollaire de rigueur, le traitement anti virulent vient réclamer droit de cité dans la thérapeutique de la tuberculose. Les inhalations microbicides sont employées sur une grande échelle, les médicaments anti-parasitaires sont même administrés par les premières voies, rien n'est épargné pour détruire l'ennemi sur place ou en empêcher au moins le développement.

Cependant, un point du traitement est peut-être encore trop négligé: nous voulons parler de la prophylaxie. Dans sa séance du 26 août dernier, le Congrès d'hygiène de LaHaye a adopté les conclusions suivantes présentées par M. Vallin, au sujet des mesures prophylactiques applicables aux cas de phthisie pulmonaire: "1° Il ne faut jamais partager le lit et la chambre d'un tuberculeux arrivé aux degrés avancés de la consommation; 2° la chambre d'un phthisique doit être constamment aérée et ventilée; 3° le danger réside surtout dans les crachats, qui ne doivent jamais être projetés sur le sol ou sur les linges où, en se desséchant, ils dégagent des poussières suspectes; 4° la chambre, la literie, les vêtements ayant servi aux phthisiques doivent toujours être désinfectés; 5° les convalescents de maladies de poitrine, les sujets faibles et épuisés doivent surtout éviter le contact prolongé et la vie confinée avec les tuberculeux."

Il faut avouer que plusieurs des conditions ci-haut énumérées ne reçoivent pas toujours toute l'attention qu'elles méritent. Il est rare, par exemple, que l'isolement des tuberculeux se fasse dans nos familles. Plus rare encore peut-être est la ventilation parfaite de la chambre habitée par le malade. On a peur des courants d'air, du refroidissement, etc., et l'on se garde bien d'ouvrir portes et fenêtres, sans songer que si l'air pur est nécessaire au tuberculeux, il ne l'est pas moins à ceux qu'une semblable réclusion expose constamment au danger de la contagion. La plupart du temps, la femme tuberculeuse continue à partager le lit d'un mari non affecté et vice-versà ; les exemples ne manquent pas de phthisie propagée de cette manière. Chez une certaine classe de malades, les crachats, loin d'être désinfectés, sont laissés se dessécher dans le crachoir, quand ce n'est pas sur le parquet même. Quant à la désinfection de la literie et des vêtements, elle est rarissime, comme chacun le sait.

Il y a ici, évidemment, ample matière à réforme, mais pour nous, actuellement, le principal intérêt de la question gît surtout dans le cas des malades internés dans les hôpitaux, et nous nous demandons jusqu'à quel point ces mesures prophylactiques de la tuberculose peuvent être mises en œuvre dans ces institutions.

En principe, il ne devrait pas être question d'admettre les tuberculeux ailleurs qu'en des hôpitaux spécialement consacrés au traitement des affections tuberculeuses. De cette façon serait résolue en partie la question de la *contagiosité*. Mais il nous paraît impossible, actuellement, de songer à cela. C'est à peine si nos ressources suffisent au soutien de quelques hôpitaux dans lesquels il faut forcément recevoir tous les malades, tuberculeux ou non.

Mais si, pratiquement, le plan est irréalisable, au moins est-il possible, dans la plupart des cas, d'y suppléer en isolant les tuberculeux des autres malades, et les plaçant dans des salles réservées. Il n'en faut pas davantage pour préserver d'une contagion probable les patients des salles communes, et en particulier ces convalescents des maladies de poitrine, ces sujets faibles et épuisés dont il est parlé plus haut, les opérés dont la guérison traîne en longueur, surtout les opérés de résection, tous sujets qui, plus que les autres, offrent une proie facile à la contagion tuberculeuse. Cet isolement permettra aussi de mettre plus facilement en œuvre les moyens de désinfection prophylactique, tels que la ventilation parfaite des salles et la désinfection des produits d'expectoration. Il ne devrait jamais être permis aux malades de cracher sur le parquet, ni même dans un mouchoir, mais seulement dans un crachoir couvert qui sera vidé très souvent et désinfecté. M. Vallin recommande le chlorure de zinc ou l'eau bouillante comme désinfectants dans ce cas. On pourra se servir également du sulfate de cuivre, du bichlorure de mercure ou de l'acide phénique. On ne doit pas, croyons-nous, se contenter de désinfecter les crachoirs en les lavant, mais y tenir constamment un liquide antiseptique qui neutralise autant que possible les germes au moment où le produit de l'expectoration pénètre dans le crachoir. Les produits de l'expectoration étant, avec l'air expiré des poumons, les principaux véhicules du bacille, on comprend quel soin il faut prendre pour en atténuer la virulence. Ce qu'il importe surtout au sujet des crachats, c'est, dit M. Vallin, d'empêcher leur dessiccation et leur réduction ultérieure en

poussière. A défaut de désinfection, le simple fait de tenir les crachats constamment humides pourrait être considéré comme suffisant.

Nous soumettons les considérations qui précèdent à l'examen de ceux qui font le service dans nos hôpitaux. On prend grand soin d'isoler les sujets atteints d'érysipèle, de fièvre typhoïde ou d'autres maladies réputées contagieuses, et de désinfecter en beaucoup de cas les produits de sécrétion, les excréta etc. Pourquoi ne ferait-on pas la même chose pour les tuberculeux? N'y a-t-il pas autant de danger de contagion de tuberculose par les crachats, par exemple, qu'il y en a de contagion de la fièvre typhoïde par les selles non désinfectées?

Le manque d'espace nous force de remettre à la prochaine livraison un article sur le *muriate de cocaïne*, nouvel agent anesthésique local dont l'emploi a déjà donné d'excellents résultats, notamment entre les mains des oculistes qui ont pu, grâce à lui, produire l'insensibilité complète de la conjonctive et de la cornée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

One aspect of the subject of medical examination as set forth in the work of the North Carolina Board of Medical Examiners.

SHOEMAKER (John V., M.D.)—*Jequirity; its uses in diseases of the skin*

NOUVELLES MÉDICALES.

—Il nous fait plaisir d'apprendre que notre ami, M. le Dr Alfred Prieur, de Montréal, a été nommé médecin interne à l'Hôtel-Dieu. C'est une excellente nomination.

—M. le Dr Vallée, de Québec, nommé par la Cour pour examiner l'état mental de la Dame Lynam, internée à l'asile de la Longue-Pointe, est à présenter son rapport au moment où nous mettons sous presse. Nous ne savons pas encore quelle est la nature des conclusions de ce rapport. Nous en reparlerons.

—Ainsi que nous l'annoncions dans notre dernière livraison, M. le prof. H. C. Wood, de Philadelphie, prendra, en janvier prochain, la direction de la *Therapeutic Gazette*, de Détroit. Il sera assisté du Dr R. M. Smith, professeur de physiologie comparée à l'université de Pensylvanie. Le siège de la rédaction sera désormais à Philadelphie, le journal continuant à être publié à Détroit. Sous sa nouvelle direction la *Therapeutic Gazette* sera consacrée exclusivement à l'étude physiologique des médicaments et à leurs applications thérapeutiques. Ce sera probablement le seul journal de ce genre publié en Amérique, et nous sommes certains d'avance qu'il rencontrera plein succès, ce que nous lui souhaitons bien cordialement.

—Nous venons de recevoir le numéro spécimen d'un nouveau journal, *The Annals of Surgery*, qui, comme son nom l'indique, sera consacré exclusivement à la chirurgie. Ce journal paraîtra tous les mois, formant chaque année deux volumes octavo de cinq à six cents pages chacun, et sera publié simultanément aux Etats-Unis et en Angleterre. Les rédacteurs en sont : L. S. Pilcher, M. D., de Brooklyn, ci-devant éditeur des *Annals of Anatomy and Surgery*, et C. B. Keetley, F. R. C. S., de Londres, assistés de nombreux et distingués collaborateurs. Prix d'abonnement : \$5.00 par an. Editeurs : J. H. Chambers & Co, St-Louis, Mo., et Smith, Elder & Co, Londres, Angleterre. Nos meilleurs souhaits de réussite.

Université Laval.—Le *Cercle médical* a élu son bureau pour l'année 1884-85. Ce bureau est composé comme suit : Président : M. J. HOULÉ, M.B. ; Vice-Président : M. Chs. MARSIL ; Secrétaire : M. Arthur DELISLE, M.B. ; Comité de Régie : MM. G. SMITH, M.B., W. HÉNAULT, M.B., A. DUHAMEL et R. de COTRET.

Le choléra.—Pendant qu'il disparaît dans les provinces de la France, ainsi qu'en Italie et en Espagne, le choléra a fait son apparition à Paris et y exerce certains ravages qui, encore qu'ils ne soient pas aussi considérables que le télégraphe veut bien nous le dire, n'en sont pas moins réels. Depuis le 4 jusqu'au 11 novembre, dit l'*Union médicale*, la morbidité a été de 711 cas parmi lesquels 202 ont été suivis de mort. Le 13, la morbidité est descendue à 170 cas nouveaux et la mortalité à 71 décès.

Nécrologie.—A Paris, M. le Dr OULMONT, membre de l'Académie de médecine ; M. FAUVEL, vice-président de l'Académie de médecine, inspecteur général honoraire des services sanitaires de France ; M. HENNINGER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Les femmes internes.—On sait que, jusqu'à aujourd'hui, les femmes étaient admises au concours pour l'externat dans les hôpitaux de Paris. Ces dames demandent maintenant leur admission au concours de l'internat. La Faculté de médecine n'a pas encore rendu de décision à ce sujet. Réunis en séance extraordinaire, le 5 novembre dernier, la Société des chirurgiens des hôpitaux a discuté cette question. "Après un discours de M. Verneuil en faveur des *étudiantes*, une réplique de M. Trélat, et quelques réflexions échangées par d'autres membres, la réunion, nous dit l'*Union médicale*, s'est prononcée contre l'internat des femmes, à la presque unanimité."

DÉCÈS.

CRAIG —A Montreal, le 12 novembre, à l'âge de 60 ans, A. B. Craig, M.D., Professeur de pathologie interne à l'École de Médecine et de Chirurgie de Montréal (Faculté de Médecine du Collège Victoria).

TABLE DES MATIÈRES

14415

- Abcès, 219; chauds et leur traitement, 261; froids, traitement par des injections d'iodoforme, 509; et gommés syphilitiques, 26; ossifluents, leur traitement, 389; profonds du cou, leur ouverture sans bistouri, 171.
- Abus sexuels, des, 394, 447.
- Accouchement, moyens d'abrèger la durée et de diminuer la douleur durant l', 30; antiseptique et, 362; valeur pronostique des battements du cœur fœtal durant l', 414; troubles oculaires pendant la grossesse et l', 517; rétention d'urine et cathétérisme aseptique après l', 561; faut-il laisser souffrir la femme durant la première période de l', 562.
- Acide, gallique, 340; phénique en injections dans le bubon, 224; salicylique, 156; sulfureux, 440.
- Acné, traitement de l', 281.
- Acte d'anatomie, l', 188, 285.
- Adénite cervicale, traitement de l', 447.
- Agaricine, 155.
- Âge, son influence sur le travail chez les primipares, 511.
- Agraphie, 198.
- Albuminurie, action du chloral sur l', 497; traitement hygiénique de l', 163.
- Alcool, 155.
- Alcooliques, douleurs de jambes chez les, 213; pneumonie chez les, 117.
- Alcoolisme traité par la strychnine, 118.
- Aliénés, l'affaire Lynam et les asiles d', 521.
- Alimentation des enfants, l', 472.
- Aliments, falsification des, 523.
- Alopécie, traitement de l', 520, 567.
- Aménorrhée, traitement de l', 82, 560.
- Amygdalite, traitement de l', 126, 472.
- Amygdalotomie, de l', 468.
- Anatomie, l'acte d', 188, 285; pathologique, enseignement à l'Hôtel-Dieu de Paris, 528.
- Anémie, traitement de l', 474; pernicieuse, son traitement, 63.
- Anesthésie par la voie rectale, 345.
- Anesthésiques, 155; nouveau mode d'administration des, 168; locaux, 138.
- Angine, couenneuse, traitement de l', 135; tonsillaire, traitement de l', 280.
- Angines de poitrine, des, 161.
- Anthrax, traitement par la compression, 407.
- Antipyrine, 342.
- Antiseptie et accouchements, 362.
- Anurie et son traitement, l', 500.
- Anus, fistules à l', 123; traitement du prurit de l', 86, 235.
- Aphasie, de l', 498.
- Apomorphine, vomitif à l', 186.
- Archives of Medicine*, 94; *of Pediatrics*, 94.
- Arthrite de la grossesse, 320.
- Ascarides lombricoïdes, traitement par des lavements d'huile de foie de morue, 300.
- Ascite, d'origine cardiaque chez un enfant, 366; avec cirrhose et dégénérescence graisseuse du foie, 24.
- Asiles d'aliénés, l'affaire Lynam et les, 521.
- Association, médicale canadienne, 379, 431; britannique, 430.
- Asthme, traitement de l', 280, 519.
- Asystolie, traitement de l', 186.
- Atropine, 340.
- Avortement, traitement de l', 566; habituel, causes et traitement de l', 272.
- Bains tièdes, traitement de la pneumonie et de la fièvre entérique par les, 304.
- Barroba, 184.
- Battements du cœur fœtal, durant l'accouchement, valeur pronostique des, 414.
- Benzoate de soude dans la diarrhée estivale des enfants, 326.
- Berberis aquifolium, 184.
- Bibliographie, 46, 94, 143, 191, 239, 287, 335, 378, 478, 526, 569.
- Blanchard, Dr. A., observation d'épilepsie par la solution Laroyenne, 253, 570.
- Blennorrhagie, traitement de la, 42, 267, 557; traitement des érections nocturnes de la, 187; chez la femme, 230.
- Bright, du prurit comme symptôme de la maladie de, 307; traitement de la maladie de, 187.
- Bromures, chez les enfants, 369; dans les névroses abdominales, 60; de potassium, de sodium et d'ammonium dans la dysménorrhée avec troubles congestifs, 177.
- Bronchite, traitement de la, 41, 280; chronique des vieillards, traitement, 88.
- Brousseau, Dr. A. T., des corps étrangers de la vessie et de l'urèthre, 102; du cancer du sein, 193.
- Bruits de souffle cardiaques, variation et disparition des, 210.
- Bubon, traitement du, 224, 329; syphilitique, du, 181.
- Bureau, central d'examen, 429; provincial de médecine, réunion semi-annuelle du, 282, 475.
- Caféine, physiologie et thérapeutique de la, 60.
- Californie, du climat de la, 250.
- Cancer, du col utérin, 320; de l'estomac, pseudo, 62; du rectum, 64, du sein, 193.
- Cascara amarga, 184.

- Catarrhe utérin pendant la grossesse, 82.
 Catellier Dr L., fractures de cuisse, 1, 97.
 Cathétérisme, la fièvre du, 313; aseptique après l'accouchement, 561.
 Causes, des indications fournies par les, 305.
 Cécité, accouchement artificiel pour prévenir la, 461; des couleurs, dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine, la, 49; verbale, 493.
 Céphalalgie, pathologie et traitement de quelques formes de, 351; nerveuse, son traitement, 473.
 Cercle médical, 95.
 Cerium et iridium, 341.
 Chancre, simple, guérison rapide du, 454; syphilitique, excision du, 184.
 Charlatans, les, 189, 388.
 Chirurgie abdominale et hystérectomie, 465, 512.
 Chloral sur l'albuminurie, action du, 497.
 Chloroforme, limiment de, 187; pur, caractères du, 185.
 Chlorose, diagnostic et étiologie de la, 22.
 Chlorure d'or et de sodium, 206.
 Choléra, le, 373, 479 528, 570; précautions à prendre contre le, 380, traitement du, 425, 426; infantum, 333.
 Chorée, de la, 300; traitement de la, 88.
 Choroid, mélanosarcome de la, 18.
 Cirrhose, avec ascite et dégénérescence du foie, 24; hypertrophique, d'origine biliaire, 56.
 Cléroux, Dr L. J. V., physiologie et pathologie de la fièvre, 200.
 Climat de la Californie, du, 250.
 Cœur, traitement de l'hydropisie due à une maladie du, 61; foetal, valeur pronostique de ses battements durant l'accouchement, 414.
 Colique, chez les enfants, traitement, 566; hépatique, traitement de la, 474.
 Collège des médecins et chirurgiens, P. Q., 47, 239, 430.
 Collodion, 340; usages chirurgicaux du, 456.
 Communication, Dr J. Lippe, 388.
 Compression, traitement de l'anthrax par la, 407.
 Condylomes, traitement des, 565.
 Congestion pelvienne, ovarite aiguë et, 416.
 Congrès international, d'hygiène, 240; de médecine, 192, 480.
 Constipation, 497; emploi des lavements dans les cas de, 161; traitement de la, 280, 566; céphalalgie nerveuse avec, 566.
 Contribution annuelle au C. M. C. P. Q., 239.
 Coqueluche, traitement de la, 41, 54, 88, 234, 328.
 Corps étrangers, de la vessie et de l'urètre, 102; dans les voies aériennes, 505.
 Coryza aigu, traitement du, 186.
 Cou, ouverture des abcès profonds du, 171; extirpation des ganglions tuberculeux du, 220.
 Couleurs, de la cécité des, 49.
 Coup de fouet, le, 167.
 Couveuse, pour enfants, de la, 75, 126.
 Coxalgie inflammatoire passagère, 506.
 Crises de vomissements à répétition, 136.
 Croton, huile de, 205.
 Croup, traitement du, 135.
 Cuir chevelu, traitement de l'eczéma du, 329; pityriasis du, 281.
 Cuisse, fractures de, 1, 97.
 Cure, de lait, 343; radicale des hernies, 552.
 Cyanose congénitale, 38.
 Cystite, traitement de la, 41, 473; d'origine blennorrhagique, son traitement, 71.
 De Blois, Dr Arthur, contribution à l'étude de la trichophytie, 481, 529.
 Décès, 48, 96, 144, 192, 240, 288, 336, 384, 432, 480, 571.
 Déchirures du périnée, les, 462, 509; dilatation de la vulve pour prévenir les, 363.
 Dégénérescence graisseuse du foie avec cirrhose et ascite, 24.
 Delirium tremens, ergot de seigle dans le, 398.
 Délire marmottant, traitement du, 566.
 Dérivatifs et révulsifs, des, 544.
 Dermatite exfoliatrice généralisée, de la, 83.
 Desrosiers, Dr H. E., notes de thérapeutique, 154, 204, 340, 440; traitement de l'urémie, 385.
 Diabète sucré, du, 337; et traumatisme, 318.
 Diarrhée, traitement de la, 88; estivale des enfants, du benzoate de soude dans la, 326; infantile, traitement, 425; irritative, traitement, 425, 473.
 Diète chez les enfants, quelques observations sur la, 421.
 Digitale, indications et contre-indications de la, 346.
 Dilatation, de l'estomac, 62; de l'os, durant le travail, 413; de la vulve pour prévenir les déchirures du périnée, 363.
 Dionne Dr N. E., de l'embryotomie, 294.
 Diphthérie, traitement de la, 234, 258.
 Douleurs de jambes chez les alcooliques, 213; des membres, comme signe de méningite, 350.
 Dupont, Dr F., considérations sur la lymphangite utérine, 105, 148.
 Dysenterie, traitement de la, 281, 393.
 Dysménorrhée, avec troubles congestifs, traitée par les bromures, 177; névralgique son traitement, 474.
 Dyspepsie, traitement de la, 328, 519.
 Eau, chloroformée, 204; froide, en lavements chez les enfants, 422.
 Eclampsie puerpérale, diagnostic et traitement de l', 268; traitement de l', 173.
 Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, 95, 429.
 Eczéma, traitement de l', 89, 280, 520; du cuir chevelu, traitement, 329; infantile, étiologie, 370; traitement, 206; pustuleux, 85; vulvaire, traitement, 89.
 Embryotomie, de l', 294.
 Emphysème pulmonaire, traitement de l', 186; associé à l'impuissance, 211.
 Empyème, traitement de l', 328; pulsatile, 55.
 Emulsion d'huile de foie de morue, 235.

- Enfants, sclérose en plaques chez les, 36 ; mort subite chez les jeunes, 39 ; la couveuse pour, 75, 126 ; pneumonie catarrhale chez les, 134 ; rhumatisme articulaire aigu chez les, 136 ; traitement de l'eczéma chez les, 206 ; thérapeutique des maladies des, 231, 274 ; terreurs nocturnes et insomnie chez les, 234 ; des maux de gorge chez les, 278 ; traitement de l'épistaxis chez les, 325 ; du benzoate de soude dans la diarrhée estivale des, 326 ; maladies fébriles chez les, 327 ; traitement hydrothérapique des maladies des, 327 ; paralysie chez les, 329 ; le choléra des, 333 ; de l'étiologie de l'eczéma chez les, 370 ; vulvite aphteuse chez les, 371 ; diagnostic et traitement de la syphilis des, 419 ; observations sur la diète des, 421 ; valeur diagnostique et pronostique des lavements d'eau froide chez les, 422 ; troubles psychiques chez les jeunes, 423 ; traitement de la diarrhée des, 424 ; terreurs nocturnes chez les, 470 ; l'alimentation des, 472 ; traitement de la colique chez les, 566 ; traitement de la constipation chez les, 566.
- Enseignement, de l'anatomie pathologique à l'Hôtel-Dieu de Paris, 528 ; de la médecine, en Canada, 45 ; aux États-Unis, 91.
- Entorse, considérée au point de vue du traitement, de l', 313.
- Epilepsie, observation d', 253.
- Epistaxis, valeur diagnostique et pronostique de l', 157 ; chez les enfants, son traitement, 325.
- Epuisé, traitement de l', 450.
- Erections nocturnes de la blennorrhagie, traitement des, 187.
- Ergot de seigle dans le delirium tremens, 398.
- Escharotique, poudre, 520.
- Estlander, opération d', 169.
- Estomac, dilatation et pseudo-cancer de l', 62 ; ulcère de l', 39 ; son traitement, 496.
- Eternument, luxation scapulo-humérale produite par un, 206.
- Ether, en irrigations sur l'épigastre, contre les vomissements incoercibles de la grossesse, 518.
- Étiquette médicale, 133.
- Étude de la médecine, 96, 139 ; programme pour les examens à l', 47.
- Examens, bureau central d', 429 ; pour l'admission à l'étude de la médecine, 47, 139.
- Excès vénériens, 394, 447.
- Excision du chancere syphilitique primitif, 184.
- Faculté de médecine, de l'Université Laval, 288, 235, 431, 479 ; de Paris, 144, 430.
- Fasard Dr N., note sur un cas d'urémie, 52.
- Fait intéressant, rare, exceptionnel, 410.
- Falsification des médicaments, 238, 377, 523 ; du tartre émétique, 192.
- Fatigue cérébrale comme signe de paralysie générale, 213.
- Femme, de la blennorrhagie chez la, 230 ; enceintes, opérations chirurgicales chez la, 228.
- Femmes-internes, les, 570.
- Fémur, symptôme pathognomonique de la fracture du col du, 73.
- Fièvre, physiologie et pathologie de la, 200 ; du cathétérisme, 313 ; puerpérale, prophylaxie et traitement de la, 175 ; traitement de la, 515 ; synoque, 493 ; typhoïde, 10, 95, 493, 566 ; traitée par les bains tièdes, 304 ; à forme rénale, 446.
- Fistule anale, 123.
- Foie, cirrhose et ascite avec dégénérescence graisseuse du 24 ; torpeur du, 186.
- Forceps, dans les présentations du siège, du, 228.
- Fouche Dr A. A., mélanosarcome de la choroiée, 18 ; de la cécité des couleurs dans ses rapports avec les chemins de fer et la marine, 49.
- Fouet, le coup de, 167.
- Fractures, du col du fémur, symptôme pathognomonique des, 73 ; de cuisse, 1, 97 ; du radius, traitement des, 403 ; de la rotule, traitées par la suture osseuse, 67, 121 ; et luxations, 457, 507 ; compliquées de plaies, leur traitement, 264.
- Gaines, panaris des, 452.
- Gale, du maphol contre la, 564.
- Ganglions tuberculeux du cou, extirpation des, 220.
- Gangrène sénile, traitement de la, 554.
- Gastralgie, traitement de la, 449.
- Gelsemium, 205.
- Genu valgum, 458.
- Géures des mains, traitement des, 281.
- Glycérine dans les maladies de peau, 185 ; en vapeurs contre la toux, 163.
- Goitre, 145.
- Gommes syphilitiques et abcès froids, 26.
- Gonorrhée, traitement de la, 41, 472, 519.
- Gorge, chez les enfants, des maux de, 278.
- Goudron et térébenthine, 441.
- Goutte, traitement de la, 519.
- Gravelle urique, traitement de la, 234.
- Greg, l'*Etendard* et la philosophie, le, 236.
- Grossesse, et les erreurs auxquelles elle expose, la, 459 ; le toucher et le palper comme moyens d'exploration dans la, 225 ; troubles oculaires pendant la, 517 ; arthrite de la, 320 ; ictere de la, 81 ; ulcères et catarrhe du col pendant la, 82 ; traitement des vomissements incoercibles de la, 518.
- Hématocèle, diagnostic et traitement de l', 505.
- Hémorroïdes, traitement des, 42, 88, 315 519.
- Hernies, de la cure radicale des, 552.
- Honoraires, question d', 141.
- Hôpital Notre-Dame, 96, 191, 288, 525, 528.
- Hôpitaux, incision des, 527 ; legs aux, 430 ; de Paris, 95, 39.
- Hoquet grave, traitement du, 186.
- Huile, de croton, 205 ; de foie de morue, en lavements contre les ascarides lombricoïdes, 300 ; émulsion d', 235.
- Hydrastis canadensis, 205.
- Hydrocèle, danger des injections d'iode dans le traitement de l', 505.

- Hydropisie d'origine cardiaque, traitement de l', 61.
- Hydrothérapie dans la thérapeutique infantile, l', 327.
- Hygiène, congrès international d' 240; journal d', 192, 284, 331, 527; société d', 95, 144.
- Hypéridrose des pieds, traitement de l', 520.
- Hystérectomie, 33, 465, 512.
- Hystérie, traitement de l', 187, 349; mort subite pendant une crise d', 259.
- Ictère de la grossesse, 81.
- Impuissance, traitement de l', 259, 304, 329; associée à l'emphysème pulmonaire, 211.
- Incontinence d'urine, 324, 377.
- Injections, intravésicales, 308, 352, 399; d'iodoforme dans le traitement des abcès froids, 509; de teinture d'iode dans le traitement de l'hydrocèle, leur danger, 505; de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie, 557.
- Insomnie, traitement de l' 473; chez les enfants, 234.
- Intertrigo, traitement de l', 280.
- Intétiat, névroses des, 551.
- Iode, 94; en injections répétées dans le traitement de l'hydrocèle, leur danger, 505.
- Iodoforme, en injections, dans la blennorrhagie, 42; dans le traitement des abcès froids, 509; en suppositoires contre les hémorroïdes, 42.
- Iodure, d'éthyle, 156; de potassium, 441.
- Jambes, siège de douleurs chez les alcooliques, 213; traitement des ulcères des, 265.
- Jenkins, Dr J. F. T., du climat de la Californie, 250.
- Journal d'Hygiène, le, 192, 284, 331, 527.
- Journaux américains en 1854, 283.
- Kermesse, la, 330.
- Lacération du périnée, opération immédiate pour la, 82.
- Lachapelle, Dr S., traitement de la coqueluche, 54.
- Lactopeptine, 190.
- Lait, cure de, 343; montée du, 323.
- Laramee, Dr J. A., diagnostic et traitement de la fièvre typhoïde, 10; du goitre, 145; rhumatisme musculaire, 246; méningite, 246; du diabète sucré, 337.
- Laval, université, 95, 288, 335, 431, 479, 570.
- Lavements, leur emploi dans les cas de constipation, 161; d'eau froide chez les enfants, leur valeur thérapeutique et diagnostique, 422.
- Lemieux, Dr C. E. jr., de l'intervention chirurgicale dans le traitement et le diagnostic des tumeurs de la vessie dans les deux sexes, 453, 487, 536.
- Leucorrhée, traitement de la, 229, 329.
- Liniment de chloroforme, 187.
- Lippé, Dr J., communication au sujet des charlatans, 338.
- Lochies, leur thérapeutique dans les affections puerpérales, 177.
- Lombries dans le canal intestinal, accidents produits par les, 279.
- Lotion rouge, 187.
- Luxation scapulo-humérale produite par un étirement, 206.
- Luxations et fractures, 457, 507.
- Lymphangite, utérine, considérations sur la, 105, 148.
- Lynam, l'affaire, 521.
- Maladie, de Bright, du prurit comme symptôme de la, 307; traitement de la, 187; de Thomsen, 390.
- Maladies, fébriles chez les enfants, emploi des onctions générales grasseuses pour modifier la température, 327; de la peau, rapport entre la vaccine et certaines, 565; de la glycérine dans les, 135.
- Maltine, 143.
- Manie puerpérale, traitement de la, 329.
- Mariages, 96, 288, 528.
- Mastite puerpérale, de la, 364.
- Masturbation, 394, 447.
- Médecine, congrès international de, 192, 480; étude de la, 96; examens pour l'admission à l'étude de la, 47, 139; son enseignement au Canada, 45; aux États-Unis, 91; réunion du bureau provincial de, 282, 475.
- Médecins, et pharmaciens, 90; nouveaux, 240.
- Médicaments, la falsification des, 238, 377, 523.
- Mélanosarcome de la choroïde, 18.
- Mellin, nourriture de, 377.
- Membres, douleurs cérébrales des, 350.
- Méningite, 246; douleurs cérébrales des membres comme signe de, 350.
- Ménopausie, 112.
- Ménstruation, traitement de : douleurs précédant la, 42.
- Mercur, guérison des taches pigmentaires par l'onguent de, 563.
- Mercuriaux, 440.
- Métrorrhagie, 558; traitée par le tamponnement, 360.
- Montée du lait, de la, 323.
- Montréal, école de médecine et de chirurgie de, 95, 429; société médicale de, 527.
- Montréal General Hospital, 239.
- Morphiomanie, 142.
- Mort subite, pendant la crise hystérique, 259; chez les jeunes enfants, 39.
- Naissances, 48, 144, 240, 336, 384, 432, 450, 523.
- Naphtol, contre la gale, du,
- Nécrologie : Dr C. M. Filiatrault, 93; Dr John Reddy, 94; J. B. Dumas, 240; Würtz, S. D. Gross, 286; Dr J. E. Lardry, Dr Blondeau, 334; Letiévart, Moreau, Jaeger, Ritter, Hawkins, 379; Dr Rathey, l'abbé Moigno, Dr Burg, 380.

- mus Wilson, Cohnheim, Dr J. J. Woodward, 480; Dr Oulmont, M. Fauvel, M. Henninger, 570.
- Néphrite desquamative ou catarrhale, diagnostic différentiel, 443.
- Nerfs, opérations qui se pratiquent sur les, 555.
- Névralgie, intercostale, traitement de la, 187; syphilitique, traitement de la, 41.
- Névroses, abdominales traitées par les bromures, 60; intestinales, 551.
- Nitro-glycérine, 206.
- Notre-Dame, hôpital, 96, 191, 288, 525, 528.
- Onanisme, 394, 447.
- Onctions générales grasses pour modifier la température dans les maladies fébriles chez les enfants, 327.
- Ongle, traitement du traumatisme de l', 404; incarné, traitement de l', 355.
- Oosphorectomie, 35.
- Opération d'Estlander, 169.
- Opérations, chirurgicales chez la femme enceinte, 228; qui se pratiquent sur les nerfs, 555.
- Orchite blennorrhagique, traitement de l', 187.
- Os, durant le travail, dilatation digitale de l', 413.
- Osler, Dr W. 430, 527.
- Ostéomalacie, 89.
- Otalgie, traitement de l', 42.
- Ovarite aiguë et congestion pelvienne, 416.
- Palper, comme moyen de diagnostic dans la grossesse, du, 225.
- Panaris des gaines, 452.
- Pansements, des, 405; au sucre, 224.
- Paracentèse dans l'ascite, la, 24.
- Paraldéhyde, 154.
- Paralysie, agitante, 301; diphthérique, son diagnostic d'avec la paralysie saturnine, 547; faciale périphérique, 256; générale, fatigue cérébrale comme signe de la, 213; infantile, traitement de la, 329; saturnine, diagnostic d'avec la paralysie diphthérique, 547.
- Peau, la glycérine dans les maladies de la, 185; rapports entre la vaccine et certaines maladies de la, 565.
- Périnée, les déchirures du, 462, 509; opération immédiate pour la laceration du, 82; dilatation précoitale de la vulve pour prévenir la déchirure du, 363.
- Pharmaciens, médecins et, 90; diner des, 144.
- Pharyngite folliculaire, traitement, 328.
- Phthirase de la tête et eczéma pustuleux, 85.
- Phthisie laryngée, traitement de la, 280; trachéotomie dans la, 74; pulmonaire et son traitement, considérations générales sur la, 241, 289.
- Phthisiques, traitement des sueurs nocturnes des, 474.
- Physiologie et pathologie de la fièvre, 200.
- Pieds, hyperidrose des, 520.
- Pilocarpine, 343.
- Pityriasis du cuir chevelu, traitement, 281.
- Placenta, extrachin du, 33; prævia, traitement du, 173.
- Plaies contuses, traitement des, 235.
- Pleurésie purulente, 356.
- Pleurotomie antiseptique précoce, 356.
- Pneumonie, traitement de la, 280, 304; chez les alcooliques, 117; catarrhale, chez les enfants, 134.
- Poitrine, des angines de, 161.
- Présentation, de la main et du pied, diagnostic de la, 319; du siège, du forceps dans la, 228.
- Primipares. influence de l'âge sur le travail chez les, 511.
- Prurit, traitement du, 234; symptôme de la maladie de Bright, 307; anal, traitement, 86, 235; génital, traitement, 474; localisé, traitement, 520; vulvaire, traitement, 235.
- Purisme exagéré, 92.
- Radius, traitement des fractures du, 403.
- Rectum, cancer du, 64; rétrécissement syphilitique du, 178.
- Régime sec, 442.
- Rétention d'urine et cathétérisme aseptique après l'accouchement, de la 561.
- Rétrécissement syphilitique du rectum, 178.
- Révulsifs et dérivatifs, 544.
- Rhumatisme, articulaire aigu, traitement du, 41, 255; chez l'enfant, 136; musculaire, 246; son traitement, 203; viscéral, traitement, 113.
- Rotule, de la suture osseuse dans les fractures de la, 67, 121.
- Rough on Rats*, 240.
- Salicylate de soude, son action sur l'utérus, 271.
- Salicylates, traitement* du rhumatisme articulaire aigu par les, 255.
- Sarcôme du testicule, diagnostic et traitement du, 505.
- Sclérose en plaques chez les enfants, la, 36.
- Scrofule, traitement de la, 281.
- Séborrhée, traitement de la, 520.
- Seigle ergoté dans le delirium tremens, 398.
- Sein, cancer du, 193.
- Sensibilité de la vessie au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique, 164, 214.
- Siège, du forceps dans les présentations du, 228.
- Société, d'hygiène, P. Q., 95, 144; médicale de Montréal, 527.
- Spermatorrhée, traitement de la, 259, 304, 329.
- Strychnine, 205; alcoolisme traité par la, 118.
- Sublimé, en injections dans le traitement de la blennorrhagie, 557.
- Sucre, pansement au, 224.
- Sueurs nocturnes chez les phthisiques, traitement des, 474.
- Sulfate, d'alumine et de potasse, 341; de cuivre en obstétrique, 514.

- Surdité verbale, 498.
 Suture osseuse dans les fractures de la rotule, de la, 67, 121.
 Syphilis, traitement de la, 41, 42, 137, 281 ; diagnostic et traitement chez l'enfant, 419 ; gommeuse, diagnostic d'avec les abcès froids, 26, du rectum, 178.
- Taches pigmentaires, guérison des, 568.
 Taenia, accidents nerveux produits par le, 279.
 Taille hypogastrique, 26.
 Tamponnement dans la métrorrhagie, du, 360.
 Teignes, traitement des, 87.
 Térébenthine, 441.
 Terreurs nocturnes chez les enfants, 234, 470.
 Testicule diagnostic et traitement du sarcôme du, 505.
 Thérapeutique, notes de, 154, 204, 340, 440 ; des maladies infantiles, 231.
 Thomsen, de la maladie de, 390.
 Toucher et palper comme moyens d'exploration dans la grossesse, 225.
 Toux, vapeurs de glycérine contre la, 163 ; des phthisiques, son traitement, 328.
 Trachéotomie, dans la phthisie laryngée, de la, 74.
 Transfusion, 156.
 Traumatisme, de l'ongle, traitement du, 404 ; et diabète, 318.
 Travail, dilatation digitale de l'os durant le, 413 ; influence de l'âge sur le, 511 ; faut-il laisser souffrir la femme durant la première période du, 562.
 Trichophytie, contribution à l'étude de la, 481, 529.
 Troubles, oculaires pendant la grossesse et l'accouchement, 517 ; psychiques, dans la première enfance, 423.
 Tubercule, viande et, 332, 376, 478.
 Tuberculose, accidents gastro-intestinaux de la, 397 ; prophylaxie de la, 567 ; chez les vieillards, 207.
 Tumeur blanche tibio-tarsienne, particularités relatives à la, 502.
 Tumeurs de la vessie dans les deux sexes, de l'intervention chirurgicale dans les diagnostic et le traitement des, 433, 487, 536.
 Typhomanie, traitement de la, 89.
- Ulcérations du col de l'utérus, diagnostic et traitement des, 79, 130 ; pendant la grossesse, 82.
 Ulcère de l'estomac, 40 ; nouveau traitement de l', 496.
 Ulcères, traitement des, 235 ; des jambes, traitement des, 266.
 Urémie, notes sur un cas d', 52 ; traitement de l', 385.
 Urètre, des corps étrangers de la vessie et de l', 102.
 Urétrite chronique, traitement de l', 71.
 Uréthrotomie externe, de l', 442.
 Urine après l'accouchement, rétention d', 561.
 Urticaire, traitement de l', 520.
 Utérus, cancer du col de l' 320 ; diagnostic et traitement des ulcérations du col de l', 79, 130 ; de l'ulcère du col pendant la grossesse, 82 ; considérations sur la lymphangite, de l', 105, 148 ; action du salicylate de soude sur l', 271.
- Vaccin et certaines maladies de la peau, des rapports entre la, 565.
 Vapeurs de glycérine contre la toux, 163.
 Verge, Dr Chs A., considérations générales sur la phthisie pulmonaire et sur son traitement, 241, 289.
 Vessie, des corps étrangers de la, 102 ; injections dans la, 352, 399 ; sa sensibilité au contact et à la distension dans l'état physiologique et pathologique, 164, 214 ; intervention chirurgicale dans le diagnostic et le traitement des tumeurs de la, 433, 487, 536.
 Viande et tubercule, 332, 376, 478.
 Vieillards, tuberculose chez les, 207 ; ganglions des, 554.
 Voies aériennes, des corps étrangers dans les, 505.
 Vomissements, de la grossesse guéris par des irrigations d'éther sur l'épigastre, 518 ; hystériques, traitement, 449 ; à répétition, crises de, 136.
 Vomitif à l'apomorphine, 176.
 Vulve, sa dilatation praefœtale pour prévenir les déchirures du périnée, 363 ; Eczéma de la, 89 ; traitement du prurit de la, 89, 235.
 Vulvite aphtheuse chez l'enfant, 370.
 Zona, sa récidivité exceptionnelle, 86.

COLLABORATEURS

AU XIII^e VOLUME DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA."

BLANCHARD, DR A., Presles, France,
 DE BLOIS, DR Arthur, Paris, France,
 BROUSSEAU, DR A. T., Montréal,
 CATELLIER, DR L., Québec,
 CLÉROUX, DR L. J. V., Montréal,
 DESROSERS, DR H. E., Montréal,
 DIONNE, DR N. E., Québec,
 DUPONT, DR F., Montréal,
 FAFARD, DR N., Montréal,

FOUCHER, DR A. A., Montréal,
 GRAY, M. H. R., Montréal,
 JENKINS, DR F. T., Montréal,
 LACHAPPELLE, DR S., St-Henri, Montréal,
 LAMARCHE, DR A., Montréal,
 LARAMÉE, DR J. A., Montréal,
 LEMIEUX, DR C. E., Jr., Paris, France,
 LIPPÉ, DR J., St-Ambroise de Kildare,
 VERGE, DR Chs., Québec.