

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—Anomalie du rein, par le Dr. A. LAMARCHE, professeur d'Anatomie à l'Université Laval, Montréal	57
Ablation d'un sein cancéreux chez une femme enceinte de cinq mois et demi, par le docteur M. M. MITIVIER, de Holyoke, Mass., E. U.....	60
Revue Trimestrielle de thérapeutique et de matière médicale, par H. E. DESROSIERS, M. D., professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'hôpital Notre-Dame.....	61
SOCIÉTÉS SAVANTES.—SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.—Séances du 18 janvier et du 1er février 1889.....	66
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>De la bronchite</i> (Potain)	67
<i>Traitement de l'épilepsie par la galvanisation du corps thyroïde</i> (Siguicelli).....	69
<i>Traitement de l'angine de poitrine</i> (Liegeois).....	70
<i>Pouls lent permanent et urémie</i> (Debove).....	71
<i>Traitement de l'ictère catarrhal</i> (Kittrell).....	72
<i>Attaque de sommeil</i> (Charcot)	73
CHIRURGIE — <i>Phlegmon diffus de l'aisselle</i> (Campenon)	76
<i>A propos de quelques cas de réunion immédiate totale tentée d'emblée</i> (Galvani)	77
<i>Traitement de l'hypertrophie amygdalienne</i> (Barette).....	79
<i>Occlusion intestinale d'origine néoplasique</i> (Trélat).....	82
<i>Lympho-sarcome du cou</i> (Campenon)	83

(Voir la suite, page 7.)

Le Dr. A. T. BROUSSEAU,

Professeur de Chirurgie et de Clinique Chirurgicale à l'Université Laval,
Chirurgien de l'Hôpital Notre-Dame,

**A TRANSPORTÉ SES BUREAUX
AU No. 78, RUE ST-DENIS,**

(Entre les rues Dorchester et Ste-Catherine.)

Le Dr Brousseau rappelle à ses confrères qu'il n'exerce que la chirurgie et se met à leur disposition comme CHIRURGIEN CONSULTANT.

La consultation entre praticiens peut se pratiquer de trois manières principales :

1^o Par lettre, le médecin de famille énumérant les causes, les symptômes de la maladie, le traitement déjà commencé et celui que l'on se propose de suivre.

2^o Le patient venant lui-même se faire examiner, muni d'une lettre d'introduction de son médecin.

Dans ces deux cas, le chirurgien consultant donne une réponse détaillée et *par écrit* à son confrère.

3^o Dans les cas graves, les accidents le médecin appelé en toute hâte peut demander un chirurgien consultant pour l'aider à surmonter les difficultés et partager la responsabilité.

Dans ses nouveaux bureaux le Dr. A. T. Brousseau aura les assistants, les appareils, table spéciale et tous les instruments requis pour pratiquer chez lui les opérations usuelles de la chirurgie.

HEURES DE CONSULTATION :

Le Matin, de 8 à 10 hrs. | Le Midi, de 1 à 3 hrs. | Le Soir, de 5 à 8 hrs.

TELEPHONE 1488.

INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

Nous désirons appeler l'attention de la Profession Médicale du Canada sur le que nous avons toujours en main un assortiment considérable

D'INSTRUMENTS DE CHIRURGIE

d'après les modèles les plus perfectionnés, comme on peut le voir par l'énumération ci-dessous. Nos importations directes des principales fabriques d'Angleterre, de France, d'Allemagne et des Etats-Unis nous permettent d'offrir nos marchandises à un prix qui rivalise avec avantage avec ceux des autres maisons. Nous sommes aussi disposés à importer, moyennant une modique commission, les instruments dispendieux en usage dans les cas spéciaux. Nous invitons les médecins et le public à venir examiner notre établissement. Toute l'attention possible sera portée aux correspondants et nous nous ferons un plaisir d'expédier, sur demande, notre catalogue de prix. Toutes marchandises garanties, telles que représentées. Nous sommes à préparer un catalogue illustré.

INSTRUMENTS

Pour Amputations, Operations, Autopsies et Dissections.

Pulvérisateurs et Aspirateurs (de Codman et Shurtleff), **Bougies et Cathéters** de toutes espèces, **Thermomètres de Clinique** (Celui de Hicks de Londres, avec verre grossissant, comme spécialité), **Porte-Cautiques, Instrument de Dentisterie et Places à Dents, Instruments pour les Yeux, les Oreilles et le Nez, Instruments de Gynécologie, Seringues Hypodermiques** de toutes sortes, **Laringoscopes, Ophthalmoscopes, Machines Electro-Magnétiques, Batteries Faradiques de Galvée.**

INSTRUMENTS D'OBSTETRIQUE.

PESAIRES de tous modèles, **TROUSSES à PANSEMENTS** et **TROUSSES D'INSTRUMENTS, SPECULUMS** (de l'ANUS, du NEZ, du RECTUM et du VAGIN).

CISEAUX, SOIE à LIGATURE, AIGUILLES, BASELASTIQUES en SOIE, **SUSPENSOIRES, STETHOSCOPES** (simples et doubles), **SONDES, SCARIFICATEURS, SPHYGMOGRAPHES, CLISSÉS** (de Pratt), **TROCARTS, INSTRUMENTS à TRACHEOTOMIE, BANDAGES HIERNIAIRES et CEINTURES ABDOMINALES, THERMO-CAUTERS** (Paquelin), **ABAISSEURS** de la LANGUE, **INSTRUMENTS POUR LA CHIRURGIE UTERINE** et **URETHRALE, TROUSSES à MEDICAMENTS, BOITES** et **SACOCHE** de VOYAGE.

INSTRUMENTS VETERINAIRES.

Seuls agents pour les célèbres "Bandages Champion" et Ceintures Abdominales de la "Philadelphia Truss Co."

LYMAN, SONS & CO.

382, 384 ET 386, RUE SAINT-PAUL, MONTREAL.

Droguistes en Gros et Fabricants de Produits Chimiques.

SOMMAIRE (Suite.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>Des corps étrangers du vagin</i> (Rouvier).....	85
PÆDIATRIE.— <i>Du rhumatisme cervical chez l'enfant</i> (Grancher).	88
<i>Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants</i> (Smith)	92
MALADIES MENTALES.— <i>Hallucinations</i> (Ballet).....	93
<i>Le délire d'énormité, faux délire de grandeur</i> (Cotard).....	98
FORMULAIRE.— <i>Phlébite crurale.</i> — <i>Albuminurie de grossesse.</i> — <i>Hémorrhagie utérine.</i> — <i>Bronchite.</i> — <i>Hypertrophie du cœur</i>	101
<i>Chancroïdes.</i> — <i>Alopécie syphilitique.</i> — <i>Urticairé des enfants.</i> — <i>Pilule pour remplacer la poudre de Dover.</i> — <i>Anesthésique.</i> — <i>Anesthésie dentaire</i>	102
BULLETIN.— <i>Les remises sur ordonnances</i>	103
<i>Trop fort !</i>	105
<i>Desinfection des selles des typhiques par l'eau bouillante.</i>	106
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	106
CHRONIQUE ET NOUVELLES.	109
VARIÉTÉS	110

DOCTEUR G. DEMERS

PHARMACIEN

2193 RUE NOTRE DAME

Près de la Rue de la Montagne

MONTREAL.

Médicaments purs et Produits Chimiques de première qualité.
 Préparations Pharmaceutiques du jour et Remèdes nouveaux.
 Préparations de Warner, de Wyeth et de tous les grands fabricants, au plus bas prix du marché.
 Appareils de pansements antiseptiques. Cachets Lr-mousin; Pains Azymes.

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

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

PHARMACIE G. DEMERS

No. 2193, Rue Notre-Dame, Montreal

Près de la Rue de la Montagne.

ASSORTIMENT COMPLET
— DE —

REMEDES FRANCAIS

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

LAVIOLETTE & NELSON,

PHARMACIENS,

1605 NOTRE-DAME ET 113 SAINT-LAURENT

7-87-7

MONTREAL.

UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

FACULTÉ DE MÉDECINE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Secrétaire.*

TRAVAUX ORIGINAUX

Anomalie du rein,

par le DR. A. LAMARCHE

professeur d'Anatomie à l'Université Laval, Montréal.

Les reins sont, normalement, et dans l'immense majorité des cas, au nombre de deux. Ils mesurent en moyenne une longueur de quatre à cinq pouces, une largeur de deux et une épaisseur d'un à un et demi. Situés chaque côté de la colonne vertébrale, ils reposent sur le muscle carré des lombes dont ils sont séparés par le feuillet antérieur ou interne de l'aponévrose du muscle transverse de l'abdomen.

On sait que le poumon droit, qui est divisé en trois lobes, est plus court que le gauche qui n'en a que deux, parce qu'il est refoulé par le foie ; le rein droit est plus court et situé plus bas que le gauche pour la même raison. Celui-ci pèse un peu plus que son congénère.

Par leur extrémité supérieure ils sont en rapport avec les piliers du diaphragme, et médiatement, le droit avec la 12^{ème} côte, le gauche avec la 11^{ème} et la 12^{ème}. Vu la position respective de la veine cave et de l'aorte, la veine rénale droite est plus courte que la gauche, tandis que c'est le contraire pour l'artère, fait qu'il ne faut pas oublier dans la néphrectomie. De même que le pancréas, les deux dernières parties du duodénum, les colons ascendant et descendant (dans la plupart des cas,) le rein est recouvert et non enveloppé par la séreuse péritonéale. Une atmosphère graisseuse plus ou moins épaisse et une tunique fibreuse l'enveloppent.

Pour faire le tracé de l'organe : 1^o sur la paroi abdominale antérieure, tirez une ligne verticale du milieu du ligament de Poupart jusqu'au rebord costal, et une horizontale au niveau de l'ombilic ; l'extrémité inférieure du rein est à un pouce au-dessus de l'horizontale, tandis que le tiers externe est en dehors et les deux tiers internes en dedans de la verticale.

2^o Sur la paroi abdominale postérieure, tirez une ligne verticale à un pouce de la colonne vertébrale et s'étendant du sommet de l'apophyse épineuse de la 11^{ème} vertèbre dorsale au sommet de l'apophyse épineuse de la 5^{ème} vertèbre lombaire, et une ligne horizontale s'étendant à angle droit du sommet de la précédente à 2 $\frac{1}{2}$ pouces en dehors, puis tracez un parallélogramme en tirant deux

lignes parallèles aux précédentes, c'est la région rénale (Morris)

Ces détails topographiques n'avaient pas, il y a 20 ans, l'importance qu'ils ont aujourd'hui, car alors la chirurgie rénale n'existait pas ; mais depuis le cas de Polk qui enleva un rein unique à une de ses patientes qui mourut onze jours après, on a dû se renseigner sur le sujet.

Il arrive pourtant que le rein se déplace (rein flottant), qu'il existe trois de ces organes, les surnuméraires n'étant le plus souvent alors que des lobes détachés de celui auprès duquel ils sont situés.

Il ne paraît pas possible que la vie soit compatible avec l'absence des deux reins, cependant Rayer fait mention d'une jeune fille (cas de Moulon, de Trieste,) qui mourut à 14 ans et qui n'avait ni reins, ni uretères, ni vessie ; elle passait par l'ombilic une quantité assez abondante d'un liquide ressemblant à de l'urine. M. Pigné rapporte dans les Bulletins de la *Société Anatomique* qu'il a constaté l'absence des deux reins chez un fœtus à terme, mais ce fœtus était affecté de plusieurs vices de conformation et il n'a pas été démontré qu'il eut vécu après la naissance. Sappey qui cite ce dernier fait ajoute : "Aucun fait ne prouve la possibilité de l'absence des reins. La vie n'est pas compatible avec l'absence de l'appareil urinaire"

Une anomalie assez fréquente du rein est le rein en "fer à cheval." Dans ce cas les deux organes sont reliés à leur extrémité inférieure par un pont de tissu conjonctif ou plus souvent glandulaire rénal, de façon à présenter la forme d'un fer à cheval à concavité supérieure ; les deux uretères sont ordinairement présents et originent de la face antérieure, par exception de la face postérieure de l'organe. 14,318 autopsies pratiquées à Guy's, St. Bartholomew, Middlesex et au Great Ormond Street Hospital ont donné neuf anomalies de ce genre, soit 1 pour 1600.

Il peut arriver que cette bande unissante soit assez large pour fusionner presque complètement les deux reins, dans lequel cas on n'a plus le "fer à cheval" mais une masse assez semblable à un placenta. 8,178 autopsies n'ont donné qu'un cas de ce genre (Morris) dans ces cas le rein est situé à cheval sur la colonne vertébrale, au promontoire du sacrum ou dans le bassin.

Un des reins peut être presque complètement atrophie congénitalement, 3 cas sur 11,978 autopsies (Morris) ou complètement absent. Les Bulletins de la *Société anatomique* à la date de 1879 contiennent dix exemples de rein unique. Il est tantôt en position normale tantôt au devant de la colonne vertébrale ou dans la fosse iliaque. "Un rein unique peut parfaitement suffire à l'entretien de la vie, car alors il s'hypertrophie, en sorte que la réduction de l'appareil urinaire est plus apparente que réelle et la fonction reste intacte" (Sappey). Dans une statistique de 48 cas réunie par Beumer, 26 étaient sains, mais le fait que 22 étaient malades indique

une prédisposition morbide bien accentuée. Dans 10 de ces derniers cas on a trouvé des calculs dans le bassin et dans l'uretère. Cinq de ces cas ont causé la mort par anurie.

J'ai rencontré ces jours derniers un cas de rein unique sur un cadavre à l'amphithéâtre de dissection à l'Université.

Par malheur je n'ai pu retracer l'histoire du sujet que nous avons immergé pendant plusieurs mois, avec quelques autres, dans une cuve remplie d'alcool, et voici tout ce que j'ai pu constater: Femme d'à peu près 30 à 32 ans, taille, 5 pieds 2 pouces, poids, 110 à 120 livres, tissus musculaire et adipeux normalement développés, seins gros et bien conformés, le col et le fond de l'utérus portent des traces irrécusables de grossesse, mais pas en grand nombre, car l'ouverture externe du col utérin présente une ligne, une fente nette et sans déchirures, et une consistance moindre que chez les femmes qui ont eu un grand nombre d'enfants.

Le sujet ne possède qu'un seul rein, en travers sur la colonne vertébrale, au niveau des 4^e et 5^e vertèbres dorsales, le bord inférieur convexe de l'organe en ligne avec l'articulation sacro-lombaire. Il est pour ainsi dire moulé sur le corps des vertèbres et les gros vaisseaux. Il mesure dans son plus grand diamètre, le transversal, 5 $\frac{1}{2}$ pouces, dans sa plus grande largeur, à droite, 3 pouces, dans sa moindre, à gauche, 2 pouces, et dans toute son étendue un demi pouce d'épaisseur seulement; il pèse 3 $\frac{1}{2}$ onces. Il ne faut pas oublier que le sujet avait été immergé dans l'alcool pendant plus de deux mois et qu'il était sur la table de dissection depuis près de quinze jours.

L'organe présente la forme normale, celle d'un haricot; toutefois, sur son bord inférieur convexe on trouve à deux pouces de l'extrémité gauche un encoche de trois lignes de profondeur, et sur le rebord de l'extrémité droite une autre encoche de deux lignes; le bord supérieur, concave, en présente une semblable à un pouce de l'extrémité droite.

Sur la face antérieure du rein, à 2 $\frac{1}{2}$ pouces d'intervalle, sont symétriquement placés les deux bassins, d'apparence normale, et les uretères. L'organe possède trois artères et trois veines. Une des artères, du volume d'une artère rénale ordinaire, origine de l'aorte à un pouce et demi au dessus du rein et se bifurque avant de pénétrer dans le hile, c'est-à-dire au milieu du bord supérieur, la glande qui est très-mince, par rapport à son volume, étant aplatie; une deuxième, de moitié plus petite, origine de la face droite de l'aorte à un pouce au dessus de rein et y pénètre par l'encoche que j'ai signalée sur le bord supérieur; la troisième, d'un calibre encore moindre, origine comme les deux précédentes de l'aorte, derrière la glande, se dirige obliquement de haut en bas et de gauche à droite pour aller pénétrer dans l'encoche de l'extrémité droite. La veine principale, de calibre moitié moindre que la normale, origine du bord supérieur à un pouce à gauche de l'artère, et va se

jeter dans la veine cave à $3\frac{1}{2}$ pouces plus haut que le rein ; la deuxième origine du même bord à un pouce à gauche de la première et se jette dans la cave 4 pouces plus haut ; la troisième qui est très-petite origine dans l'encoche du bord supérieur et se jette dans la cave $1\frac{1}{2}$ pouce plus haut que le rein. Autant que je puis m'en assurer, la glande n'offre pas de traces de lésions pathologiques, ni foyer de suppuration ni calcul, les bassinets et les uretères sont normaux.

Est-ce là un rein unique ou sont-ce deux glandes complètement fusionnées par une large bande de tissu glandulaire ? Les deux bassinets et les trois encoches me laissent bien quelques doutes à cet égard, mais la forme caractéristique de l'organe, le nombre et la disposition irrégulière des vaisseaux m'inclinent à croire que c'est bien là un exemple de rein unique. Quoiqu'il en soit, c'est une anomalie bien rare, bien plus que celle de rein en fer à cheval, comme le prouvent les statistiques citées plus haut, et j'ai cru qu'elle valait la peine d'être rapportée.

Ablation d'un sein cancéreux chez une femme enceinte de cinq mois et demi ;

par le docteur M. M. MITIVIER,

de Holyoke, Mass., E. U.

Je n'aurais pas communiqué à la profession l'observation qui va suivre si elle ne présentait pas plusieurs points intéressants. Trois éléments concourent à en faire un cas assez rare. D'abord le volume du sein qui pesait, après l'opération, trois livres et douze onces ; ensuite la condition de la femme qui était enceinte de cinq à six mois, et la guérison rapide qui s'est opérée en quinze jours.

Cette femme avait souffert de plusieurs abcès depuis ses deux dernières grossesses. Ces lésions prolongées ont déterminé une infiltration générale dans le sein et une hypertrophie assez considérable. Mais les douleurs ne sont devenues intolérables que depuis quatre à cinq mois. Jusque là, ces symptômes auraient pu faire supposer un adénome ; mais les douleurs vives, lancinantes, et l'épanouissement du mamelon en chou-fleur, la rémittence et la dureté du sein, l'adhésion de la peau sur une large étendue de la partie saillante de l'organe, sa surface raboteuse et son adhérence au pectoral ne laissent guère plus de doute sur le caractère malin de la tumeur. Depuis cette époque, le sommeil était devenu impossible sans opiacés. Son médecin ayant épuisé déjà tous les éléments de la matière médicale recommandés en pareil cas, il ne me restait qu'à décider si l'opération était admissible ou non. La malade était enceinte de cinq à six mois, mais la constitution n'était pas encore altérée. La cachexie cancéreuse, caractérisée par une teinte jaune paille de la peau, n'avait pas fait de progrès sensible. Les glandes de l'aisselle paraissaient intactes. La ma-

lade pesant deux cents livres et étant fortement constituée, j'ai cru qu'elle pourrait supporter le choc de l'opération, et courrait moins de risque qu'en laissant faire. Aussi je décidai d'opérer sous le plus court délai.

Deux jours après je faisais l'ablation de la tumeur. Je n'ai pas besoin de décrire les détails opératoires qui ne présentent en eux-mêmes rien d'extraordinaire. Malheureusement, l'adhérence de la peau sur une grande étendue du sein m'a empêché de faire des lambeaux assez larges pour couvrir toute la plaie. Mais ce contretemps n'a pas empêché la guérison de se faire dans les quinze jours qui ont suivi, à l'exception d'une surface granuleuse de deux pouces de longueur sur un pouce de largeur, et qui était cicatrisée quelques jours après.

REVUE TRIMESTRIELLE

DE

THERAPEUTIQUE ET DE MATIERE MEDICALE .

par H. E. DESROSIERS, M. D.,

professeur à l'Université Laval, (Montréal), médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Chlorure de méthyle.—*Iodoforme et saccharine.*—*Les phénacétines.*—*L'escholtzia californica.*—*Le sulfonal.*—*Acide fluorhydrique et tuberculose.*—*La codéine et le strophantus comme analgésiques.*—*Térébenthine et cancer.*—*Encore l'antipyrine en obstétrique.*—*L'acide lactique dans la diarrhée des tuberculeux.*—*Hedwigia balsamifera.*—*La pyrodine.*—*Sucre et diphthérie.*

Nous ne saurions mieux commencer cette REVUE qu'en examinant les travaux toujours très intéressants présentés à la *Société de thérapeutique* de Paris depuis la publication de notre dernier article.

Chlorure de méthyle.—M. HUCHARD s'est bien trouvé des pulvérisations de chlorure de méthyle dans le traitement des douleurs parfois intolérables de l'irritabilité spinale et autres cas analogues.

Iodoforme et saccharine.—M. DUJARDIN-BEAUMETZ se prononce carrément contre l'emploi de l'iodoforme comme antiseptique dans le traitement des ulcérations de l'intestin, diarrhées, etc., et la plupart des membres présents partagent son opinion.

Par contre, M. Constantin PAUL trouve dans la saccharine un précieux antiseptique pour les voies digestives, attendu qu'elle n'est pas toxique et présente une odeur et une saveur agréables. Il la croit indiquée dans les dyspepsies putrides, la dilatation de l'estomac, simple ou symptomatique d'un cancer du pylore, le carcinome de l'estomac (en lavages), le catarrhe de la vessie avec urines ammoniacales (en injections). Malheureusement, cet anti-

septique n'a qu'un pouvoir limité; ainsi, tandis que d'un côté, à 17200, il arrête le développement du *bacterium termo*, et à 17500, celui du *staphylococcus pyogenes aureus*, d'un autre côté, il ne jouit d'aucune action sur le microbe de la fièvre typhoïde.

Les phénacétines.—Les phénacétines, produits nouveaux de la chimie organique, se placent à côté de l'antipyrine et de l'acétanilide comme médicaments analgésiants ou anodins. Pour M. DUJARDIN-BEAUMETZ, la phénacétine serait la moins toxique de ces trois composés, et elle ne déterminerait des symptômes un peu alarmants : refroidissements des extrémités, vertiges, etc., qu'à la dose de 30 à 45 grains. M. Beaumetz l'emploie de préférence pour combattre les douleurs mal déterminées des neuro ataxiques, celles du rhumatisme, avec ou sans fièvre. Comme antithermique, la phénacétine n'est pas à recommander, attendu qu'elle amène un abaissement très considérable de la température, abaissement qui n'est pas proportionnel aux doses employées, même quand elles sont minimes.

L'escholtzia californica.—C'est une nouvelle plante, de la famille des pavots, dans laquelle M. BARDET et M. ADRIAN ont découvert une certaine quantité de morphine. L'escholtzia serait donc un auxiliaire de l'opium. Le nouveau médicament est à l'étude.

Le sulfonal.—M. Constantin PAUL se trouve très bien de l'emploi de ce nouvel hypnotique (dont nous avons déjà parlé dans une précédente REVUE) dans les cas d'insomnie, nerveuse surtout. "Non seulement, dit-il, le sommeil survient avec une dose de 18 à 36 grains, mais la nuit qui suit est le plus souvent tranquille." L'auteur l'a encore employé avec succès dans l'insomnie des aliénés, celle des cardiaques, et Roth l'a utilisé comme substitutif de la morphine chez les morphinomanes.

M. Huchard fait remarquer que d'après l'expérience qu'il en a, le sulfonal agit très lentement, son action se manifestant rarement avant deux heures après son administration, ce qui fait qu'on doit le prescrire de préférence à doses massives. Il signale comme inconvénients principaux du sulfonal : une prolongation parfois trop considérable du sommeil, et des symptômes désagréables, vertige, fatigue, lassitude, etc. éprouvés au réveil. En définitive, il ne croit pas le sulfonal supérieur au chloral, son seul avantage sur celui-ci étant qu'il possède une action prolongée.

Comme il est facile de le voir par le rapide exposé qui précède, la Société de Thérapeutique se tient constamment à la tête du mouvement thérapeutique en France et tous les médicaments nouveaux y sont étudiés et expérimentés avec une attention scrupuleuse qui ne laisse pas place à l'enthousiasme exagéré de certains expérimentateurs étrangers.

Acide fluorhydrique et tuberculose.—Nos lecteurs n'ont pas oublié l'emploi que l'on a voulu faire de l'acide fluorhydrique en

inhalation pour détruire le bacille tuberculeux dans les cas de phthisie. L'expérience ne semble pas avoir été favorable au nouveau microbicide qui va, aussi lui, aller rejoindre dans l'oubli les naguère fameuses injections rectales de M. Bergeon. A l'Académie de médecine, M. le professeur JACCOUD a déclaré que: "l'acide fluorhydrique, en solution graduellement concentrée jusqu'à égalité d'acide et d'eau, ne supprime pas et ne modifie à aucun degré la virulence des crachats tuberculeux." Il faudrait donc faire inhaler l'acide fluorhydrique pur. Or cela n'est pas praticable d'après M. Jaccoud. M. Hérad est d'avis, au contraire, que les vapeurs d'acide fluorhydrique pur peuvent être impunément respirées, qu'elles atténuent la virulence du bacille et la détruisent même complètement quand l'acide est très concentré.

La codéine et le strophantus comme analgésiques.—BRAXTON (*British Medical Journal*), renouvelant les observations de Barbier en 1834, parle avec beaucoup d'éloges de l'emploi de la codéine dans les affections abdominales douloureuses en général, plus spécialement quand l'affection siège dans le bas-ventre. Il est d'avis que la codéine est très efficace dans les cas où il s'agit de calmer les douleurs intestinales, et qu'on peut, bien mieux que pour la morphine, en élever les doses sans produire de somnolence ni déranger les fonctions respiratoires et intestinales. La dose ordinairement prescrite est un grain, répété au besoin.

A propos d'analgésique, nous croyons devoir mentionner le fait que STEINACH, d'Innsbruck, a constaté que le strophantus possède des propriétés analgésiantes. On a d'abord expérimenté sur la conjonctive qui devient insensible comme après l'instillation de la cocaïne, mais avec cette différence que l'anesthésie ne commence qu'au bout d'un temps relativement court après l'instillation (25 à 30 minutes); en revanche elle dure beaucoup plus longtemps. Injecté sous la peau, le strophantus déterminerait également une anesthésie locale. On ignore encore la nature du principe analgésique du strophantus. Ce n'est pas la strophantine.

Térébenthine et cancer.—Les docteurs CLAY, de Londres, et BRADBURY, de Cambridge, viennent de mettre en lumière des faits nouveaux qui semblent démontrer que la térébenthine de Chio, vantée naguère par Clay dans le traitement du cancer, et depuis tombée en discrédit comme on le sait, ne serait pas en réalité tout à fait inefficace contre cette maladie. On a cité des cas de guérison. Rappelons, pour mémoire, les conditions dans lesquelles le médicament doit être administré si l'on veut avoir chance de réussir: Le sujet doit être jeune encore et vigoureux; le traitement doit être précoce, c'est-à-dire, institué au début de la maladie; la térébenthine doit être donnée à haute dose, être parfaite-

ment pure et provenir de Chio. Les térébenthines des autres provenances ne jouissent pas, paraît-il, des propriétés spéciales à la térébenthine de Chio. La saturation de l'économie par ce médicament créerait, selon Clay, un milieu défavorable à la vie des cellules cancéreuses ou du principe infectieux de la maladie.

Encore l'antipyrine en obstétrique.—Les bons résultats obtenus par quelques observateurs dans l'emploi de l'antipyrine pour calmer les douleurs de l'accouchement ne sont pas tous confirmés par M. AUVARD qui, à l'hôpital de la Charité, a tenté lui aussi l'emploi du remède en injections sous-cutanées. Aussi conclut-il (*Archives de Tocologie*, novembre 1888) :

1o Chez certaines femmes particulièrement impressionnables, l'administration de l'antipyrine pendant le travail semble produire un soulagement réel, mais le plus souvent léger, dû soit à l'action propre du médicament, soit plutôt à l'influence morale et suggestive de l'injection hypodermique.

2o Dans la majorité des cas, l'action de l'antipyrine est nulle ;

3o Donc, sans nier les bons résultats qu'on peut exceptionnellement obtenir à l'aide de ce médicament, son heureuse influence sur les douleurs de l'accouchement doit être considérée comme très inconstante, et on ne peut en aucune façon le mettre en parallèle avec le chloral, ou le chloroforme à dose obstétricale, dont la puissance anesthésique est toujours incontestable.

L'acide lactique dans la diarrhée des tuberculeux.—Se basant sur les bons effets obtenus par M. Hayem dans le traitement de la diarrhée verte infantile par l'acide lactique, MM. SÉZARY et AUNE, d'Alger (1), ont eu l'idée d'essayer ce médicament dans la diarrhée de l'adulte. Les résultats furent satisfaisants mais variables. Un fait cependant attira l'attention, c'est que l'acide lactique réussissait à coup sûr dans la diarrhée des tuberculeux. Ce résultat n'aurait rien de surprenant si l'on songe à l'efficacité de l'acide lactique contre les manifestations locales de la tuberculose en général. Quant au mode d'administration et à la dose, MM. Sézary et Aune procèdent de la façon suivante : Ils débutent par 36 grains dans une potion de 4 onces, et, si la dose est insuffisante, ils vont rapidement jusqu'à 100 et 160 grains, à prendre dans les 24 heures. A cette dose, les malades se plaignent souvent d'agacement des dents, de malaise gastrique que l'on fait disparaître en ajoutant 1 gramme de chlorodyne à la potion. Dès le deuxième jour les selles diminuent de fréquence ; elles redeviennent normales vers le quatrième jour.

Hedwigia balsamifera.—Ce nouveau médicament, qui croit aux Antilles et qui appartient à la famille des térébinthacées, vient

(1) *Lyon médical*, 26 août 1888

d'être étudié par MM. GAUCHER, COMBEMALE et MARESTANG, (*Académie des Sciences*, séance du 24 septembre 1888). Il résulte des recherches faites jusqu'ici que l'*hedwigia balsamifera* est un poison nerveux, hypothermisant, paralyse et convulsivant. Chez les animaux on a produit un abaissement considérable et rapide de la température et, en outre, de la paralysie débutant par le train postérieur et s'étendant progressivement au reste du corps et s'accompagnant de convulsions. Dans les extraits alcooliques et aqueux du médicament on a trouvé, comme principes actifs, un alcaloïde et une résine. L'alcaloïde est surtout convulsivant, mais moins paralyse et hypothermisant que la résine, laquelle, en revanche, possède une action antithermique très marquée et tout à fait spéciale. En dehors de cette dernière action, la résine semble agir comme le curare.

La pyrodine.—Encore un antithermique, connu aussi sous le nom de phénacéthylhydrozine, au sujet duquel nous donnerons des détails dans notre prochaine revue. La pyrodine serait un antipyrétique beaucoup plus puissant que l'antipyrine, l'acétanilide et la phénacétine, et, il est juste d'ajouter, plus toxique. La dose est de 2 à 4 grains pour les enfants et de 8 à 12 pour les adultes.

Sucre et diphthérie.—Le docteur LOREY, de Franckfort-sur-Mein, recommande beaucoup les insufflations de sucre finement pulvérisé dans les cas de diphthérie. Employé dans 80 cas, chez des sujets de tout âge et à toutes les périodes de la maladie, ce nouveau procédé a donné les résultats suivants: Moindre durée de la maladie, gravité moindre aussi, diminution de la fétidité de l'haleine, ramollissement et expulsion des fausses membranes. Ces insufflations se font au moyen d'un vaporisateur ordinaire muni d'un robinet en verre.

Ce moyen vaut certainement la peine d'être mis à l'épreuve, d'autant plus qu'il fait partie d'un mode de traitement qui est de plus en plus en faveur dans la thérapeutique de la diphthérie; nous voulons parler des moyens de douceur, surtout quand il s'agit d'applications locales.

Mixture pour remplacer l'huile de foie de morue.—*Larmande.*

P.—Glycérine pure.....	8 onces
Sirop de framboises	1½ once
Teinture d'iode	30 gouttes
Iodure de potassium	5 grains

M.—*Dose*: Une cuillerée à bouche, un quart d'heure avant le repas.—*Formulaire de thérapeutique.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE MONTRÉAL.

Séance du 18 janvier 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur BROUSSEAU fait quelques observations relativement à l'épulis et montre une pièce pathologique un rapport avec cette affection. C'est un morceau du maxillaire inférieur envahi dans toute son épaisseur par la maladie. Le patient était opéré pour la troisième fois. A cette époque la glande sous-maxillaire et les ganglions cervicaux n'étaient pas pris; il y a eu récurrence un mois et demi après l'opération, et cette fois, les ganglions sont atteints.

Le docteur LAMARCHE recommande d'opérer après récurrence. Il cite un cas de guérison datant déjà de quatre ans; le patient avait déjà été opéré deux fois. La première opération a paru n'être pas assez radicale.

Le docteur BRENNAN fait remarquer que l'épulis s'étend plutôt en surface qu'en profondeur, et qu'on doit se guider en conséquence pour le choix du procédé opératoire.

M. le PRÉSIDENT ne croit pas que l'épulis se présente avec des caractères toujours identiques, et il est d'opinion qu'il est difficile de dire d'avance si la lésion sera bénigne ou non. Lorsque la lésion est superficielle, il s'agit d'un épithélioma et la guérison s'opère. Quand la lésion est profonde, elle est de nature sarcomateuse et récidive. Il conseille une intervention rapide et immédiatement radicale, quelque soit le nombre des récurrences, pourvu que les glandes ne soient pas affectées. Afin d'être bien sûr d'enlever toute la portion malade du maxillaire, il recommande d'enlever toute la moitié s'étendant de la symphyse à l'articulation.

Le docteur BROUSSEAU montre quelques autres pièces se rapportant à l'épithélioma de la lèvre.

Séance du 1er février 1889.

Présidence du docteur HINGSTON.

Le docteur LAMARCHE communique une observation d'anomalie du rein et exhibe une pièce pathologique à l'appui. (Voir plus haut, page 57.)

Nota.—Par suite d'une erreur de mise en pages, deux lignes entières ont été omises dans les remarques faites par M. le PRÉSIDENT, à la séance du 4 janvier (UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de janvier 1889, page 29.) Le troisième paragraphe doit se lire comme suit: "M. le PRÉSIDENT ne redoute pas les dangers de l'arrachement. L'hémorrhagie qui en résulte est facile à arrêter. Il signale les dangers de la cautérisation etc., etc." Les mots en italique représentent ici les lignes omises.

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

De la bronchite.—Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital de la Charité.—Au numéro 2 de la salle Piorry est couchée une femme qui hier était sous le coup d'une orthopnée pénible. Aujourd'hui cette orthopnée a disparu complètement. La malade est atteinte de bronchite. Au lit numéro 1 il y a une bronchite, au 3 également. Presque toutes les malades ont de la bronchite. La salle des hommes est pareillement atteinte.

La bronchite est une maladie bien commune et cependant son histoire renferme beaucoup de points indécis, et malgré les secours de l'auscultation, un grand nombre de points restent obscurs.

À propos de ces malades, nous allons revenir sur la genèse, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la bronchite.

Étiologie.—Les bronches sont exposées à toutes les injures de l'atmosphère. Avant le poumon, elles reçoivent le contact de l'air, elles gardent les poussières en suspension. Elles souffrent les premières des excès de la température, de la trop grande sécheresse, de la trop grande humidité.

Le contact de l'air dans les pays froids peut-il être cause de la bronchite? Cela n'est pas absolument prouvé. L'air, en effet, n'arrive pas froid aux bronches, il a déjà eu le temps de se réchauffer dans la bouche et le larynx. De même l'humidité et la sécheresse semblent avoir peu d'action sur elles. L'humidité de la peau agit-elle sur la peau par action réflexe, en arrêtant la sueur et augmentant par là même les sécrétions bronchiques? C'est possible et supposable.

Mais l'air n'est-il pas chargé de schizomycètes qu'il porte dans les bronches en les infectant? La question est peu connue. Mais cette hypothèse est admissible si l'on considère que les affections bronchiques se montrent souvent sous forme épidémique. Telle est la grippe, qui parcourt le monde avec tant de rapidité. D'ailleurs, il ne faudrait pas conclure que l'infection agit seule et que le froid ne peut avoir aucune action sur le développement de la bronchite. Mille raisons font supposer que ces deux causes coïncident.

Pour la bronchite, comme pour les autres maladies, la tuberculose par exemple, il faut tenir compte des résistances individuelles. Les individus malingres ne sont souvent pas ceux qui sont le plus sujets aux bronchites.

Nous savons que l'âge est une prédisposition singulière à cette affection. Chez les enfants et chez les vieillards, elle a une intensité plus grande que chez les adultes.

Les gaz irritants peuvent, dans certains cas spéciaux, produire la bronchite. Les poussières, qui intéressent si souvent le poumon, semblent agir peu sur les bronches. On rencontre cependant des bronchites causées par les poussières de coton, de laine, de crin (coupeurs de brosses), chez qui elles ne guérissent qu'avec la cessation du métier.

La bronchite peut être la manifestation des affections les plus diverses. Un grand nombre des infections déterminent la bronchite. D'abord, il faut placer la rougeole dont elle est presque toujours la première manifestation (toux rubéolique), puis ensuite (plus rarement) la variole et la scarlatine, puis la diphthérie et enfin la coqueluche dans laquelle la bronchite devance la toux spasmodique.

On croit devoir faire une large part aux affections constitutionnelles, goutte, scrofule, syphilis, rhumatisme. Sous cette forme, la question est d'une solution difficile. Jamais, en effet, on n'a mis la main sur le corps du délit. Cependant, cette discussion a une raison d'être. Les sujets atteints de ces diathèses peuvent-ils contracter des bronchites? Oui, plutôt que d'autres. Et quand ces sujets prennent une bronchite, celle-ci affecte une allure assez particulière pour qu'on puisse la caractériser spécifiquement. Il y a plus: il n'est pas rare dans la goutte, par exemple, de voir des accès de bronchite alterner avec des accidents gouteux; quand ces accidents surviennent la toux cesse, et souvent, avant leur arrivée, elle s'exaspère.

On peut donc conclure en affirmant qu'il existe une relation entre certaines bronchites et certains états constitutionnels particuliers. En ce qui concerne les arthritiques, ce qui le prouve, c'est la soudaineté de l'apparition et de la disparition de la bronchite.

Pour la syphilis, certaines bronchites peuvent s'expliquer par une roséole des bronches, sans parler des bronchites par ulcérations de nature tertiaire.

Il y a toute une catégorie de bronchites qui surviennent dans les fièvres infectieuses, la fièvre typhoïde, l'embarras gastrique, etc.

Il est clair aussi que des bronchites surviennent par action réflexe, certains états intestinaux occasionnant des troubles circulatoires du côté du poumon et des bronches. L'expérience de tous les jours semble le prouver. Quand on administre à un

bronchitique une tasse de lait chaud, on agit sur l'estomac et cependant on améliore l'état de ses bronches. Ce cataplasme chaud de l'estomac agit à la façon d'un cataplasme appliqué sur la paroi thoracique. Le vomitif n'a seulement pas pour but de débarrasser les bronches des glaires qui l'encombrent et bien mieux chassées par les efforts de toux; ce n'est pas plus pour chasser celles qui ont été dégluties et passées dans l'estomac. Le vomitif agit probablement sur les bronches par un réflexe gastrique.

Symptomatologie.—Elle est simple et se caractérise par la dyspnée et la toux. Et il n'y a que dans certaines formes de maladies adynamiques, telles que la fièvre typhoïde, qu'il peut y avoir bronchite sans toux.

Les éléments de *diagnostic* ne sont donc pas difficiles à trouver. Il s'agit seulement de reconnaître l'étendue de la bronchite, si elle est limitée à la trachée (trachéite, sensation de brûlure derrière le sternum), ou si elle s'étend aux bronches. Quand elle est bien limitée à la bronche, il arrive que les sécrétions se concrètent, forment bouchon, gênent l'émission de l'air et il peut y avoir affaiblissement du murmure vésiculaire. La douleur peut être bien distinguée à un point par le malade. Cet état peu déterminer des toux de longue durée et inspirer de graves inquiétudes, faire supposer une tuberculose jusqu'au moment où le bouchon est expulsé et où la fonction se rétablit.

La question de savoir comment se produit la toux dans la bronchite n'est pas indifférente. La trachée, qui est assez peu sensible physiologiquement, le devient à un degré extrême sous l'influence de l'état pathologique.

En général, la bronchite ne fait pas varier la sonorité de la poitrine, sauf quelque cas où elle l'augmente. On explique cette augmentation de la sonorité par un emphysème passager, qu'on appelle emphysème aigu, mauvaise dénomination du reste. Ces modifications du jour au lendemain, telles que celles qu'on a pu constater chez la femme du lit numéro 2 de la salle Piorry, sont dues à la dyspnée. Les inspirations répétées font pénétrer beaucoup d'air dans la poitrine et dilatent les vésicules pulmonaires. —(A suivre).—Praticien.

Traitement de l'épilepsie par la galvanisation du corps thyroïde, par SIGVICELLI.—Considérant les troubles nerveux, en partie d'ordre convulsifs, qui composent la cachexie strumiprive (effet de l'ablation du corps thyroïde), l'auteur s'est demandé si un trouble des fonctions de la glande thyroïde ne pouvait pas jouer un rôle dans la production de l'épilepsie, et cette idée l'a conduit à essayer la galvanisation du corps thyroïde chez les épileptiques. Sept malades furent ainsi traités : trois n'éprouvèrent aucune modification, ni dans le nombre ni dans l'intensité

des accès, ni dans l'état psychique; chez les quatre autres, il y eut d'abord une augmentation, puis une diminution rapide et progressive du nombre des accès qui cessèrent même tout à fait pour un mois chez un malade, et pour deux mois chez un autre, et cette diminution du nombre des accès s'accompagna d'une modification favorable de leur intensité et d'une amélioration de l'état psychique des malades.—*Revue de clinique et de thérapeutique.*

Traitement de l'angine de poitrine.—Le DR. LIEGEOIS a fait à l'Association des médecins des Vosges une intéressante conférence sur cette question. Il blâme d'abord l'emploi de la pyridine et de l'antipyrine pendant l'accès, parce que ces agents sont des vaso-constricteurs capables d'accentuer encore les symptômes angineux. Il recommande, pendant un à trois ans, les quinze premiers jours de chaque mois, les iodures, soit de *potassium*, soit de *sodium*, soit de *calcium* ou de *lithium* (aux doses de 0 gr. 25 à 3 gr.), et les quinze derniers autres jours, 2 à 12 gouttes, trois à six fois dans la journée, d'une solution alcoolique de *nitroglycérine* ou *trinitrine* au 100c. Avec les iodures comme avec la trinitrine, vous diminuez, ce qui est au moins utile dans l'artério-sclérose, la pression vasculaire, et vous facilitez, vous activez la circulation interstitielle du cœur; avec les iodures, vous arrivez à résoudre *plus ou moins* les lésions endartéritiques ou périartéritiques quand elles ne sont pas trop enracinées, et ceci n'est pas contestable, quoiqu'on l'ait encore contesté à l'Académie de médecine dans des termes aussi inexacts que déobligeants. Depuis l'usage systématique des iodures dans la modification de l'angine organique, la mortalité, qui était de 9 sur 10, n'est plus que 3 ou 4 sur 10. On ne saurait guérir tout le monde, parce que la rouille intra ou peri-artérielle est parfois si vieille qu'elle est indélébile; n'en est-il pas ainsi des lésions scléreuses trop avancées de la syphilis tertiaire? Les partisans des iodures, je m'honore d'en être un, disent non pas en néophytes crédules, mais convaincus par les faits; nous guérissons l'angine organique athéromateuse ou artérioscléreuse dans les 6/10 des cas par la médication iodurée, *longtemps prolongée*. J'ajoute: le passé, quoi qu'on écrive, nous a donné raison, l'avenir pourra bien être à nous. Et vous l'affirmerai-je? tout se sait: plusieurs illustrations médicales, qui luttent énergiquement contre nos doctrines, prescrivent comme nous les iodures,—sans doute pour contrôler nos assertions!!!

Vous traiterez de la même manière l'angine fonctionnelle ou *vaso-constrictive par ischémie-anémie du myocarde*: le nitrite d'amylo pendant l'accès, la trinitrine après, seront vos armes de combat. Vous n'aurez recours aux iodures que dans l'angine tabagique, des recherches cliniques récentes ayant établi que la myocardite scléreuse latente n'est point rare chez les nicotiniques.

L'angine par *hyperémie du plexus cardiaque*, détermination

fluxionnaire aiguë du rhumatisme ou de la goutte, se trouve bien d'une révulsion éloignée sur les jointures avec des sinapismes ou des vésicatoires, d'une saignée ou d'une révulsion locale au niveau du plexus cardiaque, et à l'intérieur du *salicylate de soude* (préférable encore à l'antipyrine, il n'a pas du moins ses effets vasculaires) dont on tempèrera par quelques injections de morphine ou plutôt par un peu de trinitrine les effets ralentissants sur le cœur. La révulsion énergique au niveau de l'aorte constituera avec les piqûres de morphine, le meilleur mode de traitement de l'*angine névristique* : on administrera les iodures, comme plus haut.

L'*angine névrosique* est justiciable, pendant l'accès, quand il est *névralgique* et rien que *névralgique*, de l'injection de *morphine* ; en dehors de l'accès on met en œuvre les ressources multiples de l'*hydrothérapie*, et, si la douleur du plexus cardiaque y paraît favorisée par des *troubles gastriques*, la *diète lactée*, les *amers*, le *lavage de l'estomac*, les *évacuants*, en préviennent le retour.—*Gazette médicale de Nantes.*

Pouls lent permanent et urémie.—M. DEBOVE rappelle à la *Société médicale des hôpitaux*, 26 octobre 1888, que le pouls lent permanent s'observe à la suite de lésions de l'encéphale ou de la moelle, dans les maladies du cœur, et dans d'autres dont la pathogénie est demeurée obscure, malgré l'hypothèse émise par M. Charcot relativement à l'existence d'altérations bulbaïres dans ces cas. Il est habituel de voir la lenteur permanente du pouls être accompagnée d'attaques syncopales et de crises de dyspnée.

M. Debove a constaté ce symptôme chez une femme de 81 ans qui, malade seulement depuis trois semaines, avait le pouls à 32 avec un cœur normal. Un peu d'œdème malléolaire, pas de sucre ni d'albumine dans l'urine, dont la sécrétion ne dépassait pas 500 à 800 gr. par 24 heures. L'auscultation ne rendait pas compte de l'intensité d'une dyspnée continue exagérée par le moindre mouvement. Les attaques syncopales étaient quotidiennes et suivies de quelques convulsions. M. Debove soupçonna l'urémie et prescrivit le régime lacté. Quand la quantité des urines se fut élevée à 1200 ou 1300 gr. par jour et le taux de l'urée de 8 gr. à 20 gr., la dyspnée et les attaques syncopales disparurent ; mais le pouls resta à 32.

Il semble donc que la lenteur du pouls ne soit pas la cause des attaques syncopales et épileptiformes qu'on observe en même temps que lui et que celles-ci soient imputables à l'urémie.

La sécrétion urinaire diminue toujours quand la pression artérielle diminue ; dans le cas de pouls lent, permanent, la pression artérielle moyenne devra donc être inférieure à la normale par suite de la rareté des systoles et la sécrétion urinaire doit diminuer.

“ En résumé, conclut M. Debove, on admet que dans le pouls lent, permanent, divers accidents et surtout les crises syncopales,

épileptoïdes et dyspnéiques sont des manifestations bulbaires. Cela paraît probable, mais ces manifestations bulbaires pourraient être elles-mêmes d'origine dyscrasique. C'est du moins une hypothèse que rend acceptable l'absence de toute lésion constatée dans le bulbe et que confirment l'observation de mon malade et les observations bien connues de Goll et de Cl. Bernard."

M. RENDU trouve ce fait intéressant, mais discute l'interprétation proposée par M. Debove. L'existence de l'urémie chez cette malade n'est pas prouvée, puisqu'elle n'a jamais eu traces d'albumine, l'urée d'emblée sans aucun symptôme de dégénérescence rénale étant, sinon irréalisable, du moins bien exceptionnelle.

L'amélioration à la suite du régime lacté ne prouve pas non plus que les accidents syncopaux et convulsifs fussent d'ordre urémique; la malade se nourrissait à peine au moment où ces symptômes existaient, le lait ingéré à dose assez abondante a élevé son taux nutritif et par conséquent la quantité d'urée comme la quantité d'urine.

Enfin les troubles bulbaires des urémiques consistent plutôt en une irrégularité de pouls avec dyspnée du type Cheyne-Stokes.

La malade de M. Debove, dont l'urémie supposée aurait été dissipée par le traitement, a gardé pourtant son pouls à 32.

M. Rendu considère le pouls lent permanent comme une manifestation primitivement bulbair; peut-être existe-t-il quelquefois chez des urémiques, mais le plus souvent il est indépendant de toute maladie du rein et du cœur.

Dans un cas de ce genre observé par lui, le café, l'oxygène, l'électrisation n'ont jamais pu faire monter le pouls à plus de 18 ou 20 par minute.

En résumé, en exceptant les cas où on a constaté des lésions de méninges ou de la base du crâne, la pathogénie du pouls lent permanent reste inconnue.

M. DEBOVE se défend d'avoir attribué à l'urémie le pouls lent permanent; il a dit que le pouls lent permanent pouvait contribuer à engendrer l'urémie.

M. GINGEOT cite le cas d'une brigitiq;ue de 83 ans dont le pouls est à 30 ou 32 depuis plusieurs années qu'il la soigne. Elle urine 1000 gr. en général; à un moment où l'urine était tombée à 500 gr., et l'urée à 7 gr., on vit survenir des accidents syncopaux dyspnéiques et convulsifs qui se dissipèrent au bout de deux jours quand le régime lacté eut ramené l'urine à 1000 gr. Cette femme, au cours d'une bronchite grave avec 39° de température axillaire, n'eut encore que 40 pulsations par minute.—*Concours médical.*

Traitement de l'ictère catarrhal.—Le Dr KITTRELL a observé 5 cas d'ictère catarrhal typique et il a réussi à obtenir une guérison rapide par le procédé suivant. Il donnait 54 grains de phos-

phate de soude, trois fois par jour et ordonnait des applications au niveau de la région hépatique de linges imprégnés d'acide chlorhydro-nitrique dilué. La guérison arriva dans le cas le moins favorable, en 13 jours, dans deux cas en une semaine, et dans les deux derniers en 10 jours. Il croit cependant que l'action principale est due au phosphate de soude, car un malade qui négligea les applications externes d'acide dilué, guérit néanmoins en une semaine à l'aide du phosphate de soude.—*Medical Record.*

Attaque de sommeil.—Clinique de M. le professeur CHARCOT à la Salpêtrière—J'ai fait apporter devant vous une femme, qui dort déjà depuis treize jours, sans s'être réveillée une seule fois. Il s'agit d'une femme très connue dans l'hospice, j'allais même dire de tout Paris, car c'est elle dont, à différentes reprises, les journaux ont parlé, la désignant sous le nom de *dormeuse de la Salpêtrière*. Je dois vous dire que, malgré la durée de ce sommeil, on est sans inquiétude sur le compte de cette femme, on sait qu'elle se réveillera un jour ou l'autre, qu'elle appartient à la catégorie des hystériques de la grande espèce, et qu'il n'y a rien de grave dans son état.

Cette femme, en effet, a des attaques de sommeil depuis 1875 : une fois elle a dormi deux mois, une autre fois quarante jours seulement ; elle appartient au service de M. Jules Voisin qui me l'a obligeamment prêtée. Cette malade mérite toute notre attention, car elle représente un type particulier : la malade a des attaques de sommeil, c'est là un phénomène propre à l'hystérie et qui ne se rencontre pas ailleurs.

L'histoire de cette femme, la fameuse Eudoxie X..., est consignée dans la première iconographie photographique de la Salpêtrière, publiée sous la direction de MM. Bourneville et Regnard, en 1875.

Moi-même j'ai fait sur elle une première leçon, en 1883 ; cette leçon, inédite en France, a été traduite en italien par Millotti ; enfin, j'ai fait une deuxième leçon, qui a été publiée dans le *Bulletin médical* du 2 décembre 1887.

On retrouve l'histoire d'Eudoxie dans le travail de M. Gilles sur les attaques de sommeil.

Cette femme est entrée à la Salpêtrière, il y a vingt-six ans, à l'âge de vingt-sept ans, elle a des antécédents nerveux fort remarquables :

Mère épileptique dans l'enfance ;
Père ivrogne (peut-être dipsomane) ;
Sœur nerveuse.

À dix-huit ans, elle a commencé à avoir des attaques ; vous voyez quelle tenacité a cette hystérie encore considérée par bien des médecins comme une affection légère.

Les attaques ont duré jusqu'en 1875, et ont été remplacées par

les crises de sommeil. Les attaques antérieures étaient bel et bien des attaques d'hystéro-épilepsie dans le sens où nous l'employons, c'est-à-dire n'ayant rien de commun avec l'épilepsie, le morbus sacer, et ne lui ressemblant que dans sa phase initiale.

Cette malheureuse femme a encore été victime d'un de ces accidents, fréquents chez les hystériques, je veux parler des paraplégies, qui peuvent parfois disparaître, mais qui, fréquemment aussi, deviennent permanentes et constituent une infirmité incurable. Vous voyez ces muscles atrophiés et réduits à rien ; ces sortes de pieds-bots. Cette malade, sans qu'on puisse affirmer qu'il s'est fait quelque lésion du système nerveux, présente une paraplégie dont elle ne guérira évidemment pas.

On a appelé l'état dans lequel est cette femme *crise de sommeil*, le mot sommeil est-il bon ? Dans tous les cas, il ne s'agit en aucune façon du sommeil naturel. Quand on dort on peut vous réveiller en faisant du bruit avec un tam-tam, en vous faisant respirer de l'ammoniaque, en vous électrisant à toute volée... Notre malade résisterait à toute tentative de ce genre. Nous n'avons d'efficace que la pression de l'ovaire, encore ne parvenons-nous, par ce moyen, qu'à obtenir quelques grognements, quelques mouvements sans réveil aucun.

Autre différence avec le sommeil naturel.—La malade présente une série de contractions spasmodiques des paupières, elle paraît vibrer, les membres sont raides, de temps à autre elle se soulève et exécute ce que nous appelons *une salutation incomplète*. Eh bien ! c'est cet état de tension et d'agitation si différent de ce que l'on voit dans le sommeil naturel avec résolution musculaire, qui me fait considérer le sommeil de cette femme comme une attaque fruste, une attaque manquée au lieu du tapage de la grande hystérie ; il y a là un calme apparent, mais auquel il ne faut pas se laisser prendre. Ces mouvements de translation du corps en avant, c'est l'esquisse des grands mouvements qu'exécute habituellement l'hystérique en attaques régulières.

Cette raideur des membres, cette mousse aux lèvres, c'est l'esquisse de la phase épileptoïde ; enfin, ce cri poussé de temps à autre, ce mouvement qui l'accompagne, c'est l'ébauche de l'hallucination gaie ou terrifiante qui marque ordinairement avec l'arc de cercle la fin de l'attaque classique.

Mais, nous dira-t-on, pourquoi ne s'agirait-il pas là de l'état de mal épileptique où l'on vibre aussi, où l'on n'a pas sa connaissance ? Je répondrais à cela : c'est tout autre chose ; les symptômes que je viens d'indiquer manquent absolument dans l'état de mal. L'état de mal est un état très grave, qui souvent se termine par la mort ; il a des signes spéciaux ; enfin, le thermomètre, qui accuse d'un côté une température énorme, de l'autre, une température normale, indique assez dans l'un l'activité des combustions et l'usure rapide, dans l'autre le ralentissement de la nutrition et un *statu quo* d'animal hibernant.

Une seule fois une *hystérique* en série d'attaques eut une température de 39 degrés : très inquiet nous cherchâmes la raison de ce phénomène insolite, nous ne tardâmes pas à la trouver dans une constipation datant de plusieurs jours. Un purgatif eut promptement raison de l'élévation de température.

Signalons encore chez notre malade un autre fragment de la névrose hypnotique : des attitudes cataleptoïdes, trahissant par là l'intime union, ou mieux l'intime parenté de ces états connexes, l'hystérie, les attaques de sommeil et le sommeil hypnotique.

Comment vit la malade ? De la manière la plus simple du monde. On lui fait avaler du lait, et cette alimentation, si insuffisante qu'elle paraisse, suffit encore. Il y a, en effet, ralentissement de la nutrition pendant toute la durée du sommeil, puis reprise des combustions élévation du taux de l'urée, (Regnard), au moment où le sommeil cesse. Il y a bien un peu d'amaigrissement dû à l'autophagie, mais sans gravité.

L'état de sommeil hystérique ne peut être confondu en aucune manière avec le coma apoplectique. Il suffit de signaler l'impossibilité d'une confusion.

M. Debove a appelé apoplexie hystérique la première phase de l'attaque de sommeil. Cette apoplexie, c'est le début brusque de l'attaque. On ne doit pas voir là autre chose et éviter de compliquer à plaisir la nomenclature, déjà si chargée, des phénomènes hystériques.

L'état de raideur de notre malade rappelle aussi l'attaque de raideur qu'obtiennent parfois, à leur grand effroi, les magnétiseurs de foire et de salon. Il s'agit donc bien là d'une des modalités de l'attaque d'hystérie, il est indispensable de le savoir pour éviter des erreurs préjudiciables au malade et encore plus préjudiciables au médecin.—*Gazette des hôpitaux.*

Réunion des plaies à l'air libre.—A l'Académie de médecine de Paris, M. LEFORT qui ne croit guère à la nocuité sur les plaies de l'air atmosphérique, même de celui de nos salles d'hôpitaux, a cru que pour le démontrer, il n'y avait pas de meilleur moyen que de reprendre des expériences anciennes, de laisser toutes les plaies de ses opérés à découvert, en contact immédiat et permanent avec l'air; c'est ce qu'il a fait, et les résultats obtenus paraissent avoir été des plus satisfaisants. Tous ont guéri ou guérissent sans suppuration ou par première intention. C'est donc le renversement complet de la doctrine de Lister. Il reprendra et continuera cette curieuse expérience et il en apportera les résultats à l'Académie. S'ils sont identiques aux premiers, on peut être assuré d'avance qu'il en résultera une très vive discussion.—*Scalpel.*

CHIRURGIE

Phlegmon diffus de l'aisselle.—Clinique de M. CAMPENON, à l'Hôtel-Dieu.—Au numéro 5 de la salle Notre-Dame est couchée une femme atteinte d'une affection assez peu commune et qui comporte un pronostic assez réservé. Si l'on considère cette malade, grosse et forte, qu'on lui fasse étendre le bras droit, on voit que son aisselle présente un gonflement énorme, qu'elle forme une nouvelle mamelle.

D'après la malade, cette grosseur date de onze jours ; depuis cette époque elle souffre, elle a soif, elle ne mange pas, elle a de la fièvre et des nausées : la tumeur augmente rapidement.

Il y a une forte saillie du creux axillaire, la peau est rosée, et, à première vue, on se dit qu'il y a là du pus. Si l'on considère le creux sous-claviculaire, on s'aperçoit que la clavicule et la paroi thoracique sont sur le même plan ; il n'y a pas de dépression. Il y a là quelques veinules sur la peau ; le creux sus-claviculaire ne présente rien de notable.

On est bien nettement en face d'une vaste collection de pus ; mais est-elle superficielle ou profonde ?

Les abcès de l'aisselle se divisent en deux groupes : les *superficiels* et les *profonds*. Les profonds se divisent en abcès par adénite suppurée et en phlegmon diffus du creux axillaire.

Si l'on refoule le pus en pressant dans l'aisselle, on sent très bien qu'il remonte haut sous le creux sous-claviculaire. L'abcès est dans l'aisselle même. Dans l'adénite, le palper fait toujours sentir quelques masses dures, une coque et un point suppuré au centre. Ici, on ne sent pas un seul ganglion sous le grand pectoral. Tout le tissu cellulo-adipeux de l'aisselle est suppuré, nous sommes en présence d'un phlegmon diffus de l'aisselle.

Quelle est son origine ?

L'étiologie de ces phlegmons est variable. Ils sont quelquefois consécutifs à un traumatisme direct de l'aisselle, ou bien encore à une fatigue du membre, mais le plus souvent à une écorchure des doigts (angioloécite). La malade dit avoir eu, il y a quelque temps, un panaris. Actuellement elle présente sur l'index les traces évidentes d'une tourniole parfaitement satisfaisante pour expliquer la naissance du phlegmon.

Y a-t-il eu lymphangite ? Sans doute, car le tégument du membre droit est épaissi le long de son bord cubital. Le palper en est douloureux.

Il y a souvent écorchure des doigts, lymphangite et adénite, mais rarement phlegmon de l'aisselle. Quand ils se produisent, ils sont dus soit à la virulence extrême du produit septique inoculé au doigt, soit à l'état général mauvais du sujet.

Quand il y a des complications aux phlegmons de l'aisselle, il faut les chercher dans le dos et du côté du thorax. Dans le dos, il faut rechercher si le travail phlegmoneux n'a pas gagné la partie postérieure dorsale, au-dessous du petit dentelé, en fusant le long du muscle sous-scapulaire. Du côté du thorax, ces phlegmons peuvent donner naissance à des pleurésies de voisinage, quelquefois purulentes. Enfin, du côté du paquet vasculo-nerveux, ils peuvent donner naissance à des phlébites, des accidents par compression ; dans deux cas, on a vu l'artère s'ulcérer et se produire une hémorrhagie foudroyante.

Au point de vue *pronostique*, c'est là une affection grave à cause des complications possibles, surtout du côté des plèvres, malgré l'incision et le traitement méthodique. La guéri-on en est très lente et elle ne s'obtient jamais qu'au préjudice de la fonction du membre. En effet, la paroi thoracique, le grand pectoral, etc., ne peuvent que bourgeonner sans se déplacer, le bras se rapproche alors et se soude en partie à la paroi thoracique, et le mouvement d'abduction devient très limité.

L'incision faite, il sort un flot de pus considérable avec des lambeaux de tissu cellulaire et le doigt s'enfonce profondément jusque sous la clavicule, trouvant le paquet vasculo-nerveux.—*Praticien.*

A propos de quelques cas de réunion immédiate totale tentée d'emblée, par le docteur GALVANI, chirurgien de l'hôpital d'Athènes.—L'application de la méthode antiseptique généralement admise aujourd'hui et presque universellement répandue, a suffisamment fait ses preuves et la confiance qu'on peut avoir en elle est assez grande, pour que les tentatives de réunion totale d'emblée de certaines plaies chirurgicales susceptibles d'une coaptation plus ou moins complète (et, dans cette catégorie, le plus grand nombre d'entre elles peuvent être classées), loin d'être taxées de témérité, puissent être plutôt considérées comme le complément de cette méthode.

Guidé par ces idées et encouragé par une courte visite que nous avons été à même de faire, dans le courant de l'automne, dans quelques hôpitaux du centre de l'Europe, où nous avons remarqué une tendance générale à la suppression plus ou moins complète du drain dans ces conditions, nous avons, dans une série d'opérations que nous avons eu à pratiquer dans le courant de l'hiver qui vient de s'écouler, complètement supprimé le drainage, en nous efforçant, tant par les procédés opératoires, choisis *ad hoc*, que par la multiplicité des sutures, de supprimer autant que possible les aides et d'affronter entre elles les surfaces cruentées.

Les principales de ces opérations se rapportent à des amputations de sein (4) avec curage de l'aisselle, lipomes du dos (2), vastes adénites des régions parotidiennes et sous maxillaires (2) et à cinq amputations de membres, dont deux de cuisse et trois de jambe.

Les plaies provenant des amputations de membres étant considérées, à juste titre, comme les moins justiciables d'un traitement pareil, c'est sur elles, que nous désirons attirer l'attention.

Dans le but d'obtenir la meilleure coaptation possible entre les surfaces cruentées et d'y laisser les moindres vides que possible, nous avons procédé, dans l'exécution de ces opérations, de la manière suivante :

Les procédés choisis pour les trois amputations de jambe, au tiers inférieur, furent les procédés à grand lambeau postérieur et petit antérieur; l'exécution, celle du professeur Verneuil. L'ischémie obtenue et des points de repère tracés à l'encre, au moyen du petit et long couteau dit à phalanges, la peau est sectionnée jusqu'à l'aponévrose; la rétraction de la peau bien effectuée, les chairs sont attaquées et sectionnées jusqu'au squelette, de façon que le plus de longueur possible soit contenu dans les lambeaux.

La section des os pratiquée et l'hémostase obtenue, les muscles des lambeaux opposés sont rapprochés et suturés au moyen de catgut fin et flexible, de façon à couvrir le plus complètement possible la surface de section des os. Ceci obtenu, une seconde rangée de fils, soit en catgut un peu gros, soit en soie phéniquée, rapproche et applique exactement les lambeaux l'un contre l'autre; enfin, une troisième rangée de fils plus fins et en soie phéniquée et très serrée complète la fermeture de la plaie.

De la même manière furent exécutées les deux amputations de cuisse au tiers supérieur. Le procédé mis en usage fut celui de deux lambeaux, antérieur et postérieur, ce dernier à peine un peu plus long, vu la rétraction plus forte des muscles de cette région.

Le pansement employé fut la gaze iodoformée et le coton hydrophile, parfois un sachet de charpie de bois au sublimé est ajouté, l'appareil est modérément serré et le membre est placé presque horizontalement d'emblée.

Toutes ces amputations ont été pratiquées sur des sujets jeunes. Des deux amputés de la cuisse, l'un est âgé de vingt-quatre ans et l'autre de quinze, et des trois amputés de la jambe, une jeune fille de dix-neuf ans, un garçon de treize ans et le troisième de onze ans. Les maladies qui ont nécessité l'intervention étaient toutes de nature tuberculeuse.

La marche suivie par ces opérés a été des plus satisfaisantes, l'échelle thermométrique a rarement dépassé de quelques dixièmes de degrés la normale, plus rarement encore et pour quelques heures seulement d'un degré tout entier.

La levée du premier appareil se faisait le sixième ou le huitième jour, lorsqu'on enlevait le plus grand nombre sinon la totalité des fils. Au deuxième pansement, s'effectuant sept ou huit jours après, la guérison était définitive et, s'il n'y avait pas d'autre obstacle, le malade se levait pour la première fois.

De pareils résultats, dira-t-on, sont aujourd'hui devenus communs avec la méthode antiseptique bien appliquée, le drainage y compris. Nous croyons que, par la suppression du tube et au moyen de cette réunion totale et serrée, outre la rapidité de la guérison, on obtient des moignons dont la beauté et la régularité ne peuvent être obtenues avec l'usage du drain et qui peuvent être regardés comme l'idéal de la chirurgie dans ces cas particuliers.—*Gazette médicale de Paris.*

Traitement de l'hypertrophie amygdalienne.—M. le docteur BARETTE, chef de clinique chirurgicale de la Faculté, publie, dans la *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, une note fort pratique sur les méthodes sanglantes et la méthode ignée, dans le traitement de l'hypertrophie amygdalienne, note que nous résumons pour nos lecteurs.

L'hypertrophie tonsillaire est une affection très fréquente, résultat ultime de toutes les maladies inflammatoires frappant l'amygdale. Considérée jadis comme un corollaire exclusif du lymphatisme et de la scrofuleuse, elle est cependant assez fréquente chez des sujets jeunes, des adolescents indémnes de toute tare pathologique: une angine, une rougeole, une scarlatine, peuvent aussi bien que les adénomes du pharynx, s'accompagner de cette hypertrophie; les abcès fréquents amygdaliens, les inflammations phlegmoneuses laissent souvent, après eux, cette néoformation tonsillaire.

L'affection est d'ordinaire bilatérale: Les amygdales se présentent grosses, avec, dans les vacuoles approfondies, des dépôts pultacés, une surface lisse, rosée; l'hypertrophie est souvent inégale d'un côté à l'autre; mais cependant bilatérale aussi chez un adulte; si l'on trouve une augmentation de volume unilatérale, il ne faut pas se borner au diagnostic hypertrophie, mais craindre le développement d'une tumeur; en effet, l'épithélioma primitif de l'amygdale est unilatéral, le lymphadénome peut être bilatéral, mais l'adénite cervicale concomitante empêche l'erreur de diagnostic.

Les prozès de la maladie poussent les amygdales en dehors de leur loge normale, située entre les piliers du voile du palais, et font parfois qu'elles obstruent le fond du pharynx; c'est alors que l'attention est attirée par les troubles mécaniques que cette obstruction, plus ou moins forte, apporte aux diverses fonctions: phonatoires, respiratoires et alimentaires. La voix devient voilée, faible, le timbre en est tout particulièrement modifié, la gêne

de la respiration oblige souvent les enfants à tenir la bouche bée, et contribue à leur donner un aspect d'inintelligence que complète souvent une surdité provoquée par la compression de la trompe d'Eustache. De véritables accès de dyspnée viennent parfois même rendre le pronostic de cette affection assez grave. Cette constante gêne respiratoire déforme le thorax. Le goût, l'odorat subissent des altérations profondes.

Toutes ces tristes conséquences d'une maladie très simple, exigent une thérapeutique sérieuse, efficace. Le traitement général ne doit jamais être négligé chez les enfants scrofuleux et sera combiné avec un traitement local consistant en applications topiques astringentes, au jus de citron, à l'alun, au liquide de Burow..... en douches et pulvérisations sulfureuses, en légères cautérisations à la teinture iodée. Le traitement général comporte l'huile de foie de morue, les iodures, les bains de mer, toute la thérapeutique hygiénique. en un mot, des enfants débiles.

L'établissement de phénomènes physiologiques, tels que celui de la menstruation, peuvent exercer une salutaire influence ; mais souvent ces traitements échouent, et la chirurgie est appelée à agir.

Deux méthodes, l'une sanglante, l'autre caustique, sont usitées.

La première a abandonné les broiements, l'arrachement, pour ne conserver que le bistouri ou l'amygdalotome. La seconde a rejeté tous les caustiques chimiques, pour ne plus employer que le fer rouge, et c'est cette seconde méthode qui, à l'heure actuelle, emporte les suffrages de la majorité des chirurgiens.

En effet, les procédés sanglants comportent de multiples désavantages : nous n'insisterons pas, avec l'auteur, sur la difficulté du choix instrumental pour l'ablation au bistouri ; constatons seulement que le bistouri expose le chirurgien à blesser la langue, les piliers et la voûte du palais. Quant à l'amygdalotome, son inconvénient le plus sérieux est qu'il ne peut s'adapter à toutes les tailles d'amygdales, et cependant, pour qu'il agisse efficacement et sûrement, la lunette de l'instrument doit être proportionnée au volume de la tonsille. Cela nécessite donc plusieurs amygdalotomes ; l'instrument ne peut être employé en cas d'amygdales enchâtonnées ; et ce qui arrive trop souvent, la lame, au lieu de couper la glande, ne fait que la ruser, l'érafler, ou l'entamer en surface, d'où récidive du mal. Mais à ces désavantages, que peuvent éviter l'habitude et la dextérité, s'ajoute le danger redoutable des hémorragies, danger qui augmente avec l'âge du patient. L'hémorragie peut être artérielle ; elle résiste parfois à toutes les applications styptiques, astringentes, glacées et à nécessité dans certains cas la ligature des carotides et la transfusion du sang. Ces accidents graves sont survenus aux plus habiles chirurgiens.

La section au bistouri ou à l'amygdalotome laisse après elle une douloureuse plaie, dont la lente cicatrisation expose les malades, hospitalisés surtout, aux nombreux dangers d'infection qui les entourent.

La cautérisation ignée pare à ces inconvénients divers: l'appareil instrumental est simple; tous les genres d'amygdales enchâtonnées ou en grappes peuvent être traitées par ce procédé; elle s'arrête au degré de rétraction amygdalienne voulu, elle ne provoque pas l'hémorragie.

Le cautère actuel a l'inconvénient de déterminer une chaleur rayonnante très forte; mais quel est le médecin qui ne possède actuellement, dans son arsenal, le précieux thermo-cautère? Kris-haber a le premier, dit-on, utilisé cet instrument, dans le but de détruire les amygdales hypertrophiées. Quant à nous, nous en avons usé dans ce but, il y a plus de dix ans, trouvant le fait si naturel qu'il nous semblait tout indiqué par la nature de l'instrument et par la nature de l'affection à traiter. On se sert de la pointe fine, droite ou courbée, montée sur la rallonge métallique, portée au rouge sombre pour éviter tout écoulement de sang.

L'opération n'est pas douloureuse ou ne l'est que très peu; seuls, les individus que terrorise la vue du fer rouge ont besoin du chloroforme, et au reste, la cocaïne suffit à produire une anesthésie locale.

Le patient, la bouche largement ouverte, se place bien en face d'une fenêtre ou d'un foyer lumineux; on peut se servir du speculum abaisse-langue qui maintient bien la bouche ouverte et affaisse la langue; le plus souvent, un simple abaisse-langue suffit.

La pointe du thermo cautère, portée au rouge sombre, est enfoncée à trois ou quatre reprises dans chaque amygdale, à une profondeur de 6 ou 7 millimètres, et à une distance de 6 à 8 millimètres d'un point cautérisé à l'autre. Il se creuse ainsi des cavités anfractueuses, et l'amygdale, après la chute des eschares, se ratatine par la formation d'un tissu cicatriciel. Les séances de cautérisations se répètent environ 5 à 6 fois pour les glandes les plus volumineuses et sont espacées de 5 à 6 jours. Quant aux amygdales hypertrophiées molles et peu saillantes, une seule séance peut suffire.

Le traitement consécutif se borne à de légers gargarismes astringents, boriqués, à des insufflations de poudre d'alun. M. Verneuil fait appliquer tous les matins, pendant 10 minutes, une serviette mouillée autour du cou.

Cette thérapeutique par les cautérisations est applicable à tous les cas d'hypertrophie. Elle n'expose à aucun danger, prévient toute hémorragie opératoire, n'interrompt en rien les occupations du patient s'il est d'un certain âge, et elle ferme la porte à toute infection, même en cas d'hospitalisation.

Occlusion intestinale d'origine néoplasique.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT, à l'hôpital de la Charité.—Le 19 décembre de l'année 1837, M. le professeur Trélat est appelé en province auprès d'un homme âgé de cinquante ans. Depuis onze jours, ce malade ne rendait absolument rien par l'anus, ni gaz, ni matières d'aucune sorte.

Cet homme, doué d'ailleurs d'une excellente constitution, n'accusait aucun antécédent héréditaire fâcheux. Il n'était pas alcoolique, mais par sa profession (il était marchand de bestiaux) il était exposé à une alimentation très irrégulière; et l'on sait que cette circonstance est éminemment favorable à l'écllosion d'un néoplasme.

Depuis un an environ, il était pris de temps en temps de légères crises de constipation; ces crises étaient accompagnées de coliques assez violentes. Malgré ces accidents, le malade se soignait très sommairement et il s'inquiétait peu, à vrai dire, de ces accidents.

Onze jours avant la visite de M. Trélat, cet homme, au retour d'une foire, avait eu une de ces attaques de coliques, assez violente du reste et accompagnée cette fois de frissons. Il s'alite alors, se réchauffe et prend quelques lavements et quelques vomitifs à la suite desquels apparaît une diarrhée abondante et douloureuse. Elle dura pendant trois ou quatre jours pleins. Et enfin pendant les deux derniers jours, le malade est pris de vomissements jaune foncé et ayant une odeur franchement fécaloïde.

M. Trélat voit alors le malade. Il le trouve anxieux, inquiet, mais cependant pas trop déprimé. Il souffre à peine et il répond nettement à toutes les questions qui lui sont posées.

Le ventre modérément ballonné est encore dépressible et explo- rable sans que le malade éprouve beaucoup de douleur. Il ne présente de plus aucune forme spéciale. Au reste M. le professeur Trélat prétend n'avoir jamais rencontré les formes (en coussin, en bateau) décrites par les auteurs. Il est sonore à la percussion dans toute son étendue: et la sonorité est surtout appréciable au niveau du cœcum, du colon ascendant, du colon transverse; elle diminue sur le colon descendant pour aboutir dans la fosse iliaque gauche à une submatité manifestement accompagnée de rénitence; on éprouve à ce niveau une sensation d'empâtement.

Le pouls bat 120 à 130 pulsations, tandis que la peau peu chaude présente la température normale. Le contraste entre ces deux états doit faire diagnostiquer certainement un début de péritonite.

Si l'on procède alors au toucher rectal, on trouve le rectum absolument vide. Mais en poussant profondément et fortement le doigt il semble qu'une tumeur anormale se révèle au toucher. Un des médecins consultants est invité par M. Trélat à toucher après lui, et son doigt éprouve aussi la même sensation d'une tumeur.

On porte alors le *diagnostic* de néoplasme de l'S iliaque ayant

déterminé une occlusion intestinale compliquée déjà d'un début de péritonite.

Les différents *traitements* médicaux, à l'exception cependant de l'électricité, ayant déjà tous été mis en usage, l'intervention chirurgicale immédiate est décidée. Et dans le cas particulier M. Trélat donne la préférence à *l'anus iliaque*

L'anus lombaire est ici écarté. En effet, en supposant que la plaie lombaire eût conduit le chirurgien en plein tissu néoplasique, ou même si elle l'eût conduit au dessous de la tumeur, cette intervention chirurgicale ne pouvait en aucune façon profiter au malade. La plaie iliaque et l'incision du péritoine ouvraient une voie bien plus sûre.

On tomba sur le colon descendant. Bien qu'il fût injecté, arborisé, il fut facilement reconnu grâce à sa bandelette musculaire longitudinale.

Contrairement à ce qui se passe d'ordinaire dans ces cas-là, le gros intestin n'avait aucune tendance à sortir de la plaie; il ne paraissait pas trop mobile. Cette fixité put être facilement interprétée. D'abord on ne se trouvait pas loin de la région où le gros intestin se trouve normalement fixé, tout en haut, contre la paroi abdominale. Ensuite, par le toucher, on constatait l'existence d'une noix. Cette grosseur bosselée avait son siège bien manifeste sur l'S iliaque. C'était bien là la tumeur que l'on constatait avant l'opération par le toucher rectal.

L'intestin fut fixé à la paroi abdominale. L'incision qui y fut pratiquée donna lieu à l'issue de plusieurs litres d'une matière liquide, de couleur jaune ocre, et tout à fait analogue à celle dont se composaient les vomissements rendus par le malade. — *Praticien.*

Lympho-sarcome du cou.—Clinique de M. CAMPENON à l'Hotel-Dieu.—Le malade couché au numéro 8 de la salle des hommes se présente avec une tumeur de la région sous-maxillaire gauche, à l'angle de la mâchoire. Il ne souffre pas, mais il s'inquiète, car à droite il sent deux petites tumeurs naissantes.

Le malade ayant la tête renversée en arrière, on voit saillir une tumeur; la peau n'est pas rouge, n'est pas vascularisée. Elle siège au-dessous de la parotide; elle n'est ni dans la peau ni dans le tissu cellulaire sous-cutané; c'est une tumeur de la région cervicale proprement dite.

Au point de vue opératoire, demandons-nous quels sont ses rapports avec le sterno-clé-do-mastoïdien. Si la tumeur est au dessous de lui, l'opération sera hérissée de dangers, tandis qu'elle sera facile si elle est au-dessus. En faisant contracter le muscle, si elle est plus profonde que lui elle s'effacera, elle fera saillie au contraire si elle est en dehors. Dans le cas qui nous occupe, la tumeur est malheureusement au-dessous du sterno-mastoïdien.

Elle est incomplètement mobile; elle est légèrement ovalaire

et déborde les deux côtés du muscle. Elle présente trois ou quatre bosselures séparées par des sillons très nets. De consistance absolument dure, on ne trouve chez elle ni rénitence, ni fluctuation.

Quelle en est la nature ? C'est évidemment une tumeur ganglionnaire. Ce n'est pas une adénite cancéreuse ; l'adénite cancéreuse, en effet, est toujours secondaire et le malade n'a pas de cancer buccal ou pharyngien. Ce ne peut être alors qu'une adénite tuberculeuse ou un lympho-sarcome.

Le malade a quarante-huit ans ; l'évolution a été assez rapide, elle a débuté il y a onze mois. La santé générale est bonne, le malade est vigoureux. Il ne présente aucune cicatrice sur le corps. Il n'a rien aux testicules ni aux épидидymes ; il tou-se quelquefois, mais il ne présente aucuns signes thoraciques. De plus la considération des signes physiques fait plutôt incliner vers le sarcome.

Y a-t-il à opérer ? La question est très discutée. Cependant, dans le cas présent, la tumeur est petite, il y a peu d'extension, et si l'on considère le sort qui attend le malade, compression du larynx, etc., on l'opérera. Mais c'est une opération laborieuse, étant donnés les rapports de la tumeur avec les vaisseaux profonds.—
Praticien.

Adiposité des seins.—*Kisch.*

Tout d'abord, il faut enduire les seins avec une pommade à l'iodoforme, dont voici la formule :

P.—Iodoforme pur désodorisé.....	1 partie
Vaseline pure.....	15 parties
Essence de menthe poivrée.....	11 gouttes

M.—Les seins sont ensuite enveloppés dans des linges chauds imbibés de la solution suivante :

P.—Alun.....	1 partie
Acétate de plomb.....	5 parties
Eau distillée.....	100 "

M.—Par dessus les linges on applique un papier imperméable et on laisse le tout en place pendant douze heures. Les onctions et les enveloppements sont réjétés matin et soir. Le traitement doit être continué pendant plusieurs semaines. En même temps, il est recommandé aux femmes de se frictionner la poitrine avec un alcoolat aromati-é, pour raffermir la peau et empêcher qu'elle ne prenne un aspect flétri. Enfin, elles devront porter un bandage qui relève fortement les seins.—*Revue de thérapeutique méd.-chirurg.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Des corps étrangers du vagin, par le Dr. J. ROUVIER.—Le Dr. J. Rouvier, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth (Syrie), vient de donner dans l'excellente *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople*, publiée en français, un travail d'ensemble sur les corps étrangers trouvés dans le vagin.

La reproduction de cet article nous paraît d'autant plus utile, que la plupart des traités de gynécologie, même les plus justement estimés, ont cru devoir passer sous silence ou à peu près ce point si intéressant de pathologie chirurgicale.

.

De tous les canaux en rapport avec l'extérieur existant dans notre économie, le vagin est, sans contredit, celui dans lequel on rencontre le plus fréquemment des corps étrangers. Il est aisé de découvrir les raisons de cette singularité. La situation particulière du vagin, ses dimensions considérables, ses rapports intimes avec les organes de la reproduction, semblaient le désigner plus spécialement comme pour les objets les plus variés.

Le diagnostic de ces corps étrangers n'est pas toujours facile à établir. Par leur seule présence, ils déterminent parfois de graves accidents. Dans l'un et l'autre cas, ils peuvent embarrasser les praticiens les plus habiles.

Il est curieux de dresser la liste de tous les corps étrangers du vagin. Poulet les range d'après leur fréquence dans l'ordre suivant : pessaires, bobines, étuis à aiguilles, bouteilles, cols de bouteille, verres à bière, verres à boire, éponges, aiguille à filer en ivoire, pots de pommade, compas, gobelets d'étain, sangsues, manches de pinceau, fragments de seringue en verre, aiguilles diverses, épingles à cheveux, œufs de poule, instruments de chirurgie divers, etc. Nous ajouterons à cette liste déjà si longue et si variée, un fruit que l'on n'avait point eu jusqu'ici l'occasion de récolter en pareil endroit : un citron !

Au premier abord, il paraît étrange de proposer une classification de tous ces objets. Cependant on y arrive logiquement, en recherchant les motifs de leur introduction. On peut même déduire des conclusions pratiques de cette vue d'ensemble, et par la seule nature du corps étranger, soupçonner ou reconnaître avec précision, dans quel but il a été introduit dans les voies génitales.

1^o Corps introduit par une main étrangère dans un but criminel. Dupuytren observa une jeune fille dans le vagin de laquelle, après l'avoir violée, des soldats avaient enfoui un pot de deux pouces de diamètre.

2° Corps introduit par la femme elle-même dans un but coupable, soit pour provoquer l'avortement, soit pour assouvir des passions effrénées.

Pour favoriser l'expulsion d'un fœtus avant terme, les femmes se servent généralement d'épingles à cheveux. A l'aide d'un miroir, elles cherchent à les enfoncer dans l'utérus. Parfois l'épingle leur échappe, et vient se loger dans les anfractuosités du conduit vaginal. Les docteurs Bœr, Wharton Sinkler, Montgometry, etc., ont cité des observations de ce genre.

Innombrables sont les catégories d'objets introduits dans un but lascif. C'est ici que se trouve la plus grande variété, depuis la tabatière (Serre), jusqu'au pot de pommade (Schröder), en passant par les bocks à bière et les fioles à médicaments. Les plus communs, rencontrés surtout chez les jeunes filles vivant dans un célibat obligatoire, sont des objets usuels, ceux dont elles se servent le plus communément dans leurs occupations journalières : bobines de fil, étuis à aiguilles, aiguilles à tricoter la laine, etc.

3° Corps introduits par la femme elle-même ou par le médecin, avec le consentement des malades, dans un but thérapeutique. Parmi ces corps, les uns ont été introduits pour séjourner pendant un temps indéterminé, les autres y ont été oubliés à la suite d'opérations chirurgicales.

Carter et Daly rapportent un cas dans lequel une jeune fille de 17 ans avait pendant quatre ans, conservé dans le vagin un dévidoir. Elle l'y avait placé pour arrêter l'écoulement du sang, lors de l'instauration des règles.

La plupart des corps introduits dans un but thérapeutique appartiennent à la classe des pessaires. Quelques-uns ont été inventés par l'esprit fécond des femmes qui se les ont appliqués elles-mêmes. Telles sont certaines branches de menu bois liées en forme de fagot, des pelotes de linge, des œufs, des éponges, des fruits (notre citron), etc., la majorité sortent des ateliers des fabricants spéciaux. Les uns et les autres doivent remédier à des déplacements et prolapsus du vagin et des organes immédiatement en rapport avec lui.

Les corps oubliés à la suite d'opérations chirurgicales sont des fragments de spéculum en verre ou en porcelaine à la suite de pansements utérins, des débris de seringue en verre à la suite d'irrigations locales, des fils d'argent laissés après l'ablation de points de suture dans l'opération de la fistule vésico-vaginale, des serres fines, des pinces à pression continue après l'hystérectomie vaginale, des éponges, des sangsues, etc.

Une fois introduits dans le vagin, les corps étrangers subissent des transformations et déterminent des phénomènes locaux en rapport avec leur nature, leur forme, leur volume, etc.

Les uns sont bien tolérés et passent le plus souvent inaperçus ; ils permettent les rapports sexuels et l'accomplissement des

fonctions normales. Ceux-là ont en général un volume assez limité, des formes arrondies et dénués de toute aspérité, ils ne sauraient éveiller aucune réaction inflammatoire du côté de la muqueuse vaginale; de ce nombre sont les pessaires. Il faut remarquer ici que, chez les femmes, il en est des vagins comme des caractères: les uns sont tolérants et assez apathiques, supportent sans protester toutes les tâches qu'on leur impose, les autres sont très irritables et incapables de rien endurer. Quand le corps étranger est bien supporté, il peut s'éjourner indéfiniment dans le vagin, sans jamais provoquer d'accident chez la patiente.

Notre collègue à la Société nationale de médecine de Paris, le docteur de Beauvais, a rappelé, dans la séance du 22 mars 1884, quelques faits remarquables à ce sujet.

Rougon a publié l'observation d'une dame, qui, pendant vingt ans, a gardé un pessaire en porcelaine que, sur la demande d'une sage-femme, un bandagiste y avait placé pour un prolapsus utérin, sans autre conséquence ultérieure que l'effacement presque complet du col de l'utérus et du cul de sac utero vaginal.

Boinet cite le cas d'une infirmière de l'hôpital Saint-Louis qui vit sortir spontanément un pessaire en argent, dont elle avait perdu le souvenir et qui avait été placé par Richerand vingt-cinq ans auparavant.

Laisus a rapporté deux observations de pessaires tout à fait primitifs, faits avec de gros bouchons de liège, dont l'un recouvert de cire jaune, avait été gardé impunément pendant trente-six ans. Les règles avaient continué à être normales, mais il n'y avait plus eu de grossesse. Observons en passant à ce propos que les pessaires de Sims, de Dumontpallier, de Hodge et de Smith, ne sont pas ordinairement un obstacle absolu à la conception.

La tolérance du corps étranger par le vagin est parfois relative. Il suscite alors à la longue des troubles variables, susceptibles de devenir par la suite plus ou moins graves.

Dans notre observation, l'utérus en a été le siège. Il y a un mois environ se présentait à notre clinique la nommée Marg. Hol., syrienne catholique, âgée de quarante-cinq ans. Régliée à 16 ans, mariée à vingt-cinq ans, elle avait eu cinq couches normales. Cette malade accusait des symptômes de métrite, accompagnés de troubles dans la miction. Le toucher vaginal nous fit constater dans le vagin la présence d'un corps étranger, que nous ne pûmes extraire qu'à grand'peine par une véritable application du forceps, à l'aide de tenettes pour calcul vésical. C'était un citron de grosseur moyenne. Il avait été placé par la malade, depuis plus de six mois, pour obvier à un prolapsus utérin. L'examen du spéculum nous permit de constater l'existence d'un peu de vaginite et d'une métrite granuleuse du col. Actuellement, grâce à un traitement rationnel, ces accidents ont à peu près entièrement disparu. — (A suivre.)

PÆDIATRIE.

Du rhumatisme cervical chez l'enfant.—Clinique de M. le professeur GRANCHER, à l'hôpital des Enfants-Malades.—A l'inverse de ce qui existe chez l'adulte, le rhumatisme cervical est fréquent chez l'enfant; nous en avons eu récemment dans nos salles un bel exemple qui me servira de prototype pour cette leçon: il s'agit de la petite Jeanne D..., de 12 ans, couchée au n° 22 de la salle Sainte-Geneviève.

Nous ne relevons rien d'important dans ses antécédents héréditaires, si ce n'est que son père est mort, il y a quatre ans, *des suites d'un rhumatisme articulaire aigu.*

L'affection qui amène la petite malade à l'hôpital a débuté, il y a trois semaines, par la toux, de la fièvre et une vive douleur au niveau de la nuque. Un médecin appelé pense avoir affaire à un mal sous-occipital, prescrit de l'huile de foie de morue et porte un pronostic très sérieux.

Fort inquiète, la mère vient nous consulter et la fillette est admise dans notre service le 4 avril 1887.

L'enfant est superbe, bien venue, vigoureusement musclée. Nous remarquons tout d'abord *l'attitude assez singulière de sa tête.* Celle-ci, en effet, est *inclinée en bloc sur l'épaule gauche*, sans qu'il y ait rotation du menton vers le côté opposé, comme cela se voit dans le torticolis du sterno-mastoïdien. L'épaule gauche est abaissée; l'épaule droite, au contraire, élevée. *Tout mouvement de la tête est impossible*, à cause des très vives douleurs qu'il provoque.

En explorant avec soin la région cervicale, nous constatons qu'il existe à la pression *une douleur extrêmement vive au niveau des apophyses épineuses des vertèbres cervicales, de la troisième à la septième.* La douleur existe aussi, très accusée, sur les parties latérales, lorsque la pression s'exerce *sur les apophyses transverses de la colonne cervicale.* Au contraire, la pression au niveau des muscles est indolore, qu'il s'agisse du sterno-mastoïdien, du trapèze ou des muscles latéraux. Toutefois, il existe un certain degré de contracture des muscles du côté gauche, mais cette contracture n'est qu'apparente. Il suffit, en effet, de placer la petite malade dans le décubitus dorso-horizontale (la tête et le cou étant bien appuyés et immobilisés) pour voir immédiatement les muscles se relâcher. Mais dès le moindre mouvement, dès la moindre douleur, dès surtout que la malade en se relevant passe de la position horizontale à la position assise, la contracture reparait.

L'examen détaillé des autres articulations nous permet de constater en même temps que la première articulation phalangienne du médius droit est tuméfiée et douloureuse à la pression: de

même aussi l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, de l'annulaire et la troisième articulation phalangienne de l'index du côté droit, sont douloureuses, un peu gonflées.

Les articulations métacarpo-phalangiennes du médius et de l'index de la main gauche sont également touchées. Rien aux autres jointures, si ce n'est un peu de douleur au niveau du ligament latéral externe de l'articulation tibio-tarsienne gauche.

L'examen du tube digestif, celui de l'appareil respiratoire ne donnent que des résultats satisfaisants. En revanche, en examinant le cœur, on trouve, par la palpation, un peu au dessus de la pointe, qui bat dans le quatrième espace, *un léger frémissement calaire*, et l'auscultation révèle l'existence, à la pointe, *d'un souffle systolique très intense* se propageant vers l'aisselle et dans le dos. Le pouls est régulier; la température, prise dans le rectum, atteint 38,8.

Après cet examen, nous n'avons pas cru devoir porter, comme notre confrère, le diagnostic de mal sous-occipital et nous avons conclu qu'il s'agissait là *d'un rhumatisme articulaire sub-aigu, à détermination principale du côté de la colonne cervicale*, lequel, malgré son peu d'intensité et le petit nombre d'articulations envahies, s'était compliqué *d'une endocardite mitrale*.

De ce diagnostic si différent découlaient naturellement un pronostic différent et une thérapeutique tout autre. Nous administrames aussitôt à notre petite malade 4 gr. de salicylate de soude. La dose peut vous paraître, de prime abord, un peu forte; mais il faut que vous sachiez que les enfants, ainsi que l'a démontré Archambault, ont le privilège de supporter merveilleusement ce médicament.

Les bons effets de notre thérapeutique ne se firent pas attendre et au bout de 36 h. l'amélioration était considérable: le 9 avril toute douleur articulaire avait disparu, comme aussi tout gonflement; la malade pouvait remuer librement la tête dans tous les sens, la pression n'était plus douloureuse au niveau des apophyses épineuses, non plus que sur les parties latérales du cou. Il en était de même pour les doigts.

Le 10, l'enfant ayant jeté en cachette sa potion au salicylate, les douleurs articulaires réapparaissent le lendemain, aux mêmes points qu'elles occupaient précédemment.

Vous trouvez là, messieurs, par suite de l'indocilité de notre petite malade, la preuve de ce fait que si dans le traitement des rhumatismes (alors même que tout phénomène morbide a disparu), on supprime brusquement le salicylate de soude, les arthropathies réapparaissent.

Nous surveillons l'administration du médicament et quatre jours après, c'est-à-dire le 15 avril, il n'existe plus la moindre douleur, plus le moindre gonflement, plus la moindre gêne dans les mouvements articulaires.

Nous diminuons progressivement de 50 centigrammes par jour la dose de salicylate : l'enfant cesse d'en prendre le 24 avril, et le 21 mai elle est envoyée en convalescence, complètement guérie quant aux manifestations articulaires. Malheureusement, elle garde son souffle mitral toujours aussi intense et cela malgré de nombreux vésicatoires appliqués sur la région précordiale.

Toutefois, nous devons être moins inquiet au sujet de cette complication cardiaque que s'il s'agissait d'un adulte, car, ainsi que je vous le dis souvent, les cardiopathies mitrales de l'enfant se modifient parfois de la manière la plus heureuse sous l'influence de la croissance et d'une thérapeutique bien entendue.

Le plus souvent, messieurs, le rhumatisme articulaire cervical provoque de la part des muscles un état de contracture qui constitue ce que Gubler appelait *torticolis de protection*, et, naturellement, l'inclinaison de la tête varie suivant les muscles contracturés. S'agit-il du sterno-mastoïdien ? vous aurez l'attitude classique en flexion et rotation sur le côté opposé. Chez notre petite malade nous avons une inclinaison en masse sur le côté gauche ; d'autres fois, au contraire, ce sont les muscles de la nuque qui sont contracturés, et la tête est en extension.

Tel était le cas dans une observation inédite que M. Chauffard a eu la gracieuseté de me communiquer et dont voici le résumé.

Il s'agissait d'un petit garçon de cinq ans, assez chétif, indemne jusqu'alors de toute atteinte rhumatismale, qui fut pris brusquement de fièvre vive avec douleurs sous-occipitales et cervicales. Ces douleurs étaient très intenses, spontanées ; le moindre mouvement ou la pression des apophyses épineuses les exagéraient. La tête était complètement immobilisée en extension, avec contracture des muscles de la nuque, absolument comme dans un mal de Pott sous-occipital. Ni vomissements, ni céphalées, rien qui permit de penser à une méningite rachidienne. Le diagnostic resta tout d'abord incertain et ne s'éclaira que 24 heures après, quand les grandes articulations des membres furent prises à leur tour. Le salicylate de soude eut alors raison du tout et la guérison se fit sans encombre.

À côté de ces cas où le malade conserve toujours la même attitude vicieuse, il en est d'autres où cette attitude est variable ; à un moment donné, la tête de l'enfant se trouve inclinée à gauche, le lendemain elle est inclinée à droite ou immobilisée en extension. C'est un torticolis variable qui se produit dans tel ou tel département musculaire, suivant que la première douleur articulaire surprend la tête dans telle ou telle position. M. Cadet de Gassicourt a décrit avec soin cette forme assez singulière de rhumatisme cervical que je tiens à vous signaler en passant.

Jusqu'ici, messieurs, que l'attitude vicieuse soit fixe ou qu'elle soit variable, le muscle n'intervient que secondairement ; il ne joue qu'un rôle de protection vis-à-vis des articulations malades ;

il n'est pas touché par le rhumatisme, et l'examen attentif de la région permet de s'en assurer.

Inversement il est des cas où c'est le muscle qui fait tous les frais de la maladie les articulations restant indemnes. En voici un exemple que j'emprunte à la thèse de Deseille. (De la médication salicylée dans le rhumatisme chez les enfants. Paris, 1879).

B... (Auguste), âgé de 12 ans, entre à l'hôpital des Enfants (salle St Louis, n° 23), le 4 février 1879.

Sa mère est rhumatisante.

L'enfant a été pris de torticolis, la veille, après avoir couché à l'humidité.

Il présente tous les signes du torticolis classique. Le sterno-mastoïdien droit est tendu, contracté, la tête est inclinée du côté malade; la face est tournée du côté opposé. Rien autre chose, si ce n'est de l'embarras gastrique.

Traitement : 6 grammes de salicylate de soude. Au bout de 36 h., amélioration très grande; trois jours après, guérison complète. Le 10 février, *exeat*.

Mais le rhumatisme cervical peut être encore plus atténué, ne pas produire d'attitude vicieuse et se révéler *uniquement par la douleur du muscle* et un peu de raideur du cou. Vous avez pu vérifier ce fait par vous-même en examinant ces jours-ci la petite Henriette P..., qui est couchée au n° 10 de notre salle Sainte-Genève et dont voici l'histoire :

Elle a cinq ans et elle est très grande et très robuste pour son âge : ses antécédents héréditaires comme ses antécédents personnels sont bons. Le 26 mai, en revenant de l'école, elle s'assoit sous la porte cochère de la maison qu'elle habite et s'y endort en plein courant d'air. Le soir même elle est prise de céphalalgie, de fièvre et de douleurs erratiques; trois jours après se montre sur ses jambes et ses bras une éruption de plaques rouges qui décide les parents à amener la fillette à l'hôpital.

Cette éruption n'est autre chose que de l'érythème noueux qui se présente sur les jambes de notre petite malade sous forme de plaques d'un rouge vineux, ayant les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, faisant saillie au-dessus de la peau environnante et donnant au doigt la sensation de nodosités dermiques. Il en existe une quinzaine sur la jambe droite et sept ou huit sur la gauche.

Ces plaques, douloureuses au toucher, ne sont pas également dures et saillantes; sur certains points elle n'existent qu'à l'état de simple érythème.

Les plaques qu'on observe sur les membres supérieurs sont moins saillantes, moins indurées et aussi moins douloureuses que celles des jambes.

Il n'existe aucune arthropathie du côté des membres, mais au niveau de la région cervicale nous constatons l'existence d'une très vive douleur au toucher.

Un examen, conduit avec patience et méthode, nous permet de reconnaître que cette douleur est uniquement musculaire et qu'elle est localisée aux trapèzes et aux muscles de la partie latérale du cou. En effet, la peau de la région ne présente pas d'hyperesthésie, la pression au niveau des apophyses épineuses de la colonne cervicale est indolore; en revanche, si l'on arrive à presser ou à prendre entre les doigts la partie charnue du trapèze, par exemple, l'enfant pousse des cris et se met à pleurer.

Notre petite malade peut, de plus, exécuter avec sa colonne cervicale tous les mouvements voulus, à la condition d'y procéder avec beaucoup de lenteur. Pour peu que le mouvement soit rapide la douleur apparaît, l'enfant pleure et cesse le mouvement.

Remarque. je vous prie, que l'enfant n'a aucune attitude vicieuse, aucun torticolis, mais seulement un peu de raideur du cou. Il s'agit donc bien ici d'un cas de *rhumatisme musculaire cervical sans torticolis*.

Notre fillette, heureusement, ne présente aucune complication cardiaque, rien du côté des poumons, ni de l'appareil urinaire. Elle a seulement un peu d'embarras gastrique et une fièvre assez intense (39,6 le jour de son entrée, 35 le lendemain matin).

Jusqu'ici, nous avons vu le rhumatisme toucher isolément soit les articulations, soit les muscles de la région cervicale; mais il peut se faire qu'il les frappe *simultanément*; c'est même, je dois le dire, ce qu'on observe dans la majorité des cas.—(A suivre.)

Du traitement de la constipation habituelle chez les enfants, par M. E. SMITH.—Les causes de cet accident sont, d'après l'auteur, l'absence de sucre dans le lait, l'usage des farineux, ou celui de substances alimentaires dont les résidus sont abondants et encombrant la cavité intestinale. Enfin, M. Smith attribue un grand rôle à la quantité insuffisante de boissons.

De là les prescriptions suivantes. En administrant quotidiennement à l'enfant trois à quatre cuillerées de sirop de sucre on peut vaincre la première de ces variétés de constipation. Quand les urines sont concentrées, il y a lieu de prescrire quelques cuillerées d'une eau minérale alcaline. Après l'âge de dix mois, on peut éviter l'encombrement fécal de l'intestin par l'administration quotidienne d'une petite quantité de bouillon ou bien d'asperges et de choux-fleurs bouillis. Enfin, comme moyens mécaniques, l'observateur anglais recommande les frictions sur l'abdomen pour réaliser une sorte de massage.

Comme évacuants, il prescrit les lavements à la glycérine ou les suppositoires gommeux, et, pour régulariser la défécation, l'usage d'une infusion de séné et de colombo, ou bien de quelques gouttes d'une mixture à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de belladone, ou bien de teinture de belladone et d'extrait de cascara, ou bien encore de quelques grains de soufre en poudre.—*British Medical Journal*.

MALADIES MENTALES.

Hallucinations. — Clinique de M. BALLET à l'hôpital Necker. — Le malade couché au numéro 10 de la salle des hommes est un individu qui a été déjà atteint d'hallucinations et qui maintenant présentent chez lui un caractère tout particulier.

Mais, avant de parler du malade, il est nécessaire, pour guider l'examen, d'entrer dans certaines considérations théoriques.

Lorsque nous percevons une impression, elle entre par les sens naturels, ouïe, vue, odorat, goût. Quand elle a pénétré jusqu'au cerveau, l'impression est reçue, et ensuite elle s'y fixe sous forme de souvenir. Ces impressions, nous pouvons les faire revivre en produisant une image. Par exemple, j'ai vu Notre-Dame, elle a produit une certaine impression sur ma rétine, laquelle impression s'est emmagasinée dans mon cerveau. Actuellement, quand je veux revoir Notre Dame, j'en évoque le souvenir, je forme une image. Des images, nous en avons du côté de tous les sens. Nous avons des images visuelles, des images auditives, des images olfactives et des images gustatives. On peut y joindre des images tactiles.

Les images sont plus ou moins vives, suivant qu'elles appartiennent à tel ou tel sens.

Les impressions gustatives et olfactives sont moins vives que les impressions visuelles et auditives. Il est très difficile de ressusciter une image de l'impression gustative.

Bien que par tous les sens nous percevions des impressions, que nous en ayons des souvenirs, toutes ces images ne sont pas également vives.

La vivacité des images varie suivant les individus. Aussi la psychologie intuitive ne vaut rien. Et les débats qui s'élèvent entre les psychologues s'expliquent facilement. Chacun a décrit son propre individu, c'est-à-dire un cas particulier, et de là a voulu généraliser.

Tous les individus ne sont pas les mêmes au point de vue des images. En effet, les peintres de valeur arrivent, par l'étude et certainement aussi par une prédisposition héréditaire, à évoquer facilement les impressions visuelles. Nous ne pouvons nous représenter les objets avec autant de netteté qu'eux. Ils projettent par la pensée sur le papier ou sur la toile l'image de l'objet. Quelques-uns disent que pour eux c'est un véritable calque, tellement l'impression visuelle est violente.

Pour les musiciens, ce sont les images auditives qui prennent une intensité toute particulière.

Il y a certainement aussi des gens qui perçoivent fortement les impressions gustatives et olfactives et qui en évoquent fortement le souvenir. Mais de même que ces individus sont rares, ces gens-là ont moins d'importance.

Donc, nous pouvons évoquer des images; elles sont plus ou moins vives, très intenses chez quelques-uns.

Dans l'impression produite, il y a un facteur important, c'est l'attention. Si on regarde un objet superficiellement, son image se fixe mal. Les gens les mieux organisés sont ceux qui ont cette faculté d'attention. Et il est un fait digne de remarque c'est que les gens qui arrivent à une autre situation sont, en général, des observateurs attentifs. Considérons encore un groupe de personnes ayant fait ensemble le même voyage, demandons-leur le récit de ce qu'elles ont vu, et nous apprécierons vite les qualités d'observation de chacune.

Les circonstances qui peuvent modifier l'intensité des images sont nombreuses. La pathologie, d'abord, se charge de modifier en plus ou en moins la faculté d'évoquer des images.

Le malade qui nous occupe évoque les images visuelles, auditives, etc., avec une intensité remarquable, sauf peut-être à un moindre degré les images olfactives.

Il évoque facilement les images visuelles de *forme*. On lui demande de se représenter par la pensée le Panthéon, par exemple. C'est alors avec une grande netteté qu'il décrit la façade, les colonnes, etc. Il semble absolument qu'il le voit. Les images visuelles de *couleur*, il se les représente aussi facilement. A ce propos, il faut bien faire une distinction entre les images visuelles de couleur. Considérons les tableaux d'Ingres et ceux de Delacroix et nous nous rendrons facilement compte qu'ils ne pouvaient avoir la même constitution psychologique. A voir l'étiangeté de la peinture de Manet, on sent qu'il était foncièrement incapable d'évoquer l'image des formes.

Notre homme se forme aussi facilement des images *olfactives et gustatives*.

S'il lit haut, il entend derrière son oreille, dit-il, une voix avant qu'il prononce les mots. S'il lit bas, la voix parle bas. Lui fait-on penser une phrase, " je suis souffrant," par exemple, il entend la phrase avec une intensité telle qu'il l'entend comme une voix en dehors au lieu de l'entendre on dedans, c'est une perception nette d'une voix intérieure.

Quand nous écrivons, notre pensée précède la main et nous nous disons mentalement le mot que nous allons écrire. Lui, il écrit comme si une voix en dehors lui dictait, ayant la netteté d'une voix parlant assez bas, placée, dit-il, derrière la tête, monotone, sans inflexions; c'est une voix quelconque ayant peut-être de l'analogie avec celle de son oncle (on verra plus loin pourquoi).

Ainsi donc, chez lui, les images senscrielles prennent une intensité extraordinaire.

Notre mémoire ne se compose pas seulement de souvenirs que nous cherchons à rappeler. Nous possédons une série de souvenirs à l'état latent que nous n'avons pas eu l'occasion d'évoquer. Il faut une circonstance particulière, pathologique, pour ressusciter ces souvenirs de fait-nombreux dont nous avons été témoins qui se sont fixés malgré tout dans notre cerveau.

Ainsi, notre malade se rappelle un tas de faits, de son enfance, de sa jeunesse, faits qu'il avait complètement oubliés depuis longtemps. Il se rappelle, par exemple, parfaitement des noms de ses camarades de régiment, des noms surtout prononcés une seule fois devant lui.

Quand donc nous disons que quelque chose nous entre par une oreille et sort par l'autre, c'est inexact. Par suite de circonstances pathologiques les souvenirs les plus fugaces réapparaissent.

L'état de notre malade trouve son analogue dans un état qu'on peut provoquer artificiellement, le somnambulisme.

Sur une hystérique on peut déterminer trois états : 1o la catalepsie ; 2o la léthargie ; 3o le somnambulisme. Ce dernier état ravive avec intensité tous les souvenirs, il y a hypermnésie. Les somnambules sont identiques à ce malade, à cela près qu'elles dorment et croient ce qu'elles font et disent, tandis que notre homme est éveillé.

Il y a une dizaine d'années, on commençait à la Salpêtrière à étudier l'hypnotisme. M. Charcot étudiait surtout les gros faits et systématiquement ne s'attachait qu'à eux. Un jour, pendant qu'on montrait une somnambule à une réunion de médecins, l'un d'eux dit qu'il serait curieux de savoir si, en cet état, il serait possible de faire deviner à la femme endormie le nom des personnes présentes. Il insiste, et enfin on demande à la femme endormie le nom d'un des assistants. Elle nomma M. Parrot. L'étonnement est alors général. On réveille la malade et elle ne reconnaît plus celui qu'elle vient de nommer. Dans le cas particulier, c'était un fait d'hypermnésie produit sous l'influence du sommeil somnambulique. Cette femme étant tout enfant était allée aux Enfants-Assistés où elle avait vu M. Parrot. Dans la vie ordinaire, elle n'avait pas gardé son souvenir et il avait fallu l'état spécial pathologique du somnambulisme pour raviver ce souvenir.

Notre homme est un somnambule éveillé.

En résumé, nous percevons par les différents sens des impressions ; chacune de ces impressions laisse dans le cerveau une trace qui peut être évoquée à une époque donnée sous forme d'image.

Ce qui caractérise notre malade, c'est cette puissance spéciale de raviver les images. Chez nous, le souvenir de la sensation perçue est inférieure à la sensation réelle ; chez lui, c'est presque la même impression.

Arrêtons-nous un peu sur l'intensité particulière des images

qui proviennent de l'ouïe. Les remarques que nous ferons jetteront un peu de lumière sur le langage intérieur.

Quand on considère un objet, on arrive à avoir l'idée de cet objet, grâce aux impressions produites sur nos différents sens. Nous regardons par exemple une montre, nous éprouvons d'abord une impression *visuelle* qui reste dans le cerveau sous forme d'image. Nous entendons son tic-tac ; la montre se traduira donc par la vue et par l'ouïe. Cette montre nous la touchons, elle a une certaine forme. Nous emmagasinons ces notions dans notre cerveau, nous avons l'idée de cet objet par une collection de trois sensations.

Nous avons l'idée de l'objet mais nous n'avons pas son nom. Nous allons apprendre à donner un nom, une formule à cette idée de montre. L'enfant entend ce mot montre qui le frappe d'abord indistinctement ; peu à peu le son du mot montre s'imprime, et il en a une image auditive. Plus tard, il se fera dans son cerveau une association d'idées et quand il entendra le mot montre, il pensera à l'objet vu. Bientôt, il apprend à parler lui-même et petit à petit, il peut prononcer correctement le mot montre. À ce moment, nouvelle image *motrice* ; il a le souvenir des mouvements nécessaires pour prononcer le mot montre. On a donc images auditives d'une part, images motrices de l'autre.

Chez les individus qui apprennent à lire et à écrire, de nouvelles images vont se former. Ils regardent le mot montre, il y a une image visuelle des lettres qui le composent et ultérieurement, par association d'idées, cette image sera adéquate à l'image auditive ; petit à petit elles deviennent des équivalents. Chaque fois que l'enfant lira montre, ce mot éveillera l'idée de l'objet.

Nous nous trouvons donc en présence de trois sortes d'images, des images *auditives*, des images *visuelles*, des images *motrices verbales*.

Dans le cerveau, ces trois catégories occupent chacune un territoire spécial. L'observation a appris que le point des idées auditives est situé dans la première circonvolution temporale, au-dessus de la scissure de Rolando, celui des idées visuelles dans le lobule du pli courbe, celui des idées verbales dans la troisième circonvolution frontale.

Ainsi le mot est le résultat de trois images, mais quand nous pensons, nous ne faisons pas tous un égal usage de ces trois ordres d'images.

Lorsque nous pensons par exemple, "cette salle est longue," nous avons recours à un des trois ordres d'images. Ou nous entendons la phrase, ou nous la voyons écrite, ou nous la prononçons ou nous évoquons l'image motrice du mot.

Chacun de nous, dans le silence et l'isolement il faut dire, a une certaine façon de penser. Les uns pensent avec le souvenir visuel des mots (ils sont rares), les autres ont l'image auditive

du mot entendu ; d'autres pensent avec l'image motrice ; mais jamais nous ne pensons exclusivement avec une seule de ces images.

C'est par ces catégories d'images que se traduit le langage intérieur. Elles sont tantôt vives, peu vives, fort vives. Chez le malade qui nous occupe, l'image se produit avec le type vif. Nous avons vu, en effet, que quand il pense un mot, il l'entend à son oreille comme s'il était prononcé en dehors d'elle ; chez lui, l'image auditive devient une véritable hallucination.

En réalité nous pourrions nous demander si nous nous trouvons en face d'un malade ou simplement d'un individu mieux doué que les autres. Nous pourrions ne pas y voir un cas pathologique si cet individu n'était sur le bord de l'aliénation mentale.

Dans l'histoire pathologique, on retrouve des cas analogues. Vigan rapporte qu'un peintre, exceptionnellement doué—il était arrivé à faire par jour plusieurs portraits d'une ressemblance frappante après avoir vu une seule fois seulement l'original ; je place, disait-il, par la pensée mon sujet sur une chaise et il me semble que je le vois réellement—devint rapidement fou.

Notre malade est sur le point d'entrer dans la folie et il vient d'en sortir. Il y a un certain temps, c'était un véritable halluciné ; il entendait des voix extérieures.

Il avait eu de grands chagrins : sa femme l'avait quitté, et tous les torts n'étaient peut être pas exclusivement du côté de cette dernière. Sur ces entre-faites il commence à avoir des hallucinations ; il entend la voix de son oncle et celle de sa femme qui lui répètent ce qu'il fait, ce qu'il pense, et qui, la nuit, lui font des reproches.

Un soir, il est pris de tremblements nerveux, de bourdonnements d'oreilles, il entend une voix qui lui dit d'aller chez son oncle et il part. Une fois dans la rue, la voix continue de lui parler et lui ordonne d'aller à la Préfecture de police pour se faire enfermer. Il a conscience de son état d'halluciné éveillé, et malgré tout il obéit. La voix lui conseille de se faire écraser, de se jeter à la Seine. Il lutte et résiste.

A ce degré cet homme est un malade incapable de travailler, de se livrer à aucune occupation ; il est atteint d'hallucination obsédante, d'hallucination avec conviction.

Dans quelle catégorie rentre ce malade ?

L'année dernière il avait eu d'abord des bourdonnements d'oreilles, puis un écoulement, et ensuite ses hallucinations.

Certains aliénistes prétendent que, dans ces cas-là, le point de départ est une lésion sensorielle. M. Bailet ne croit pas à cette doctrine, il ne croit pas qu'il suffise d'une lésion sensorielle pour faire un halluciné. Une lésion périphérique peut bien évidemment servir de cause occasionnelle, mais pas chez tout le monde. Et ceux qui prétendent que toutes les hystériques ont les ovaires malades se trompent.

Notre malade est un cérébral touché de partout. A première vue, en présence de cette hypermuésie, on peut penser à des troubles d'origine toxique. Il a fait à une époque de grands excès d'alcool. Mais il est vrai de dire qu'il a cessé de boire et que ses hallucinations ont continué. Il dit qu'il fume beaucoup. Malgré tout il est à croire que ce ne sont pas là les seuls agents. On ne peut pas penser actuellement à un persécuté au début. Mais si on l'interroge sur son hérédité, on apprend que dans les mois qui ont terminé la grossesse de sa mère, celle-ci a été atteinte d'une maladie nerveuse grave, ayant duré plusieurs années. Il est donc probable qu'il a été conçu dans de mauvaises conditions; c'est un prédisposé aux manifestations cérébrales et au délire.—*Praticien.*

Le délire d'énormité, faux délire de grandeur, par M. le Dr COTARD.—Les études de pathologie mentale trop négligées dans la pratique courante, ne sauraient, ne fût-ce que pour ce motif, et à part leur importance propre, être assez vulgarisées.

Nous nous y appliquons, on le sait, à l'occasion, de notre mieux.

Voici une de ces occasions, que nous nous empressons de saisir, pour nos lecteurs, celle d'un très intéressant mémoire, présenté à la *Société médico-psychologique*, par le savant aliéniste, M. Cotard.

« S'il est vrai, comme j'ai essayé de l'établir dans une précédente communication, que les idées ambitieuses germent souvent sur un état d'éréthisme psycho-moteur, on est en droit de se demander pourquoi, dans la mélancolie anxieuse où cet éréthisme moteur est évident, le délire prend une forme mélancolique et négative. Il y a là une difficulté que je ne me dis-implément, mais qui paraîtra peut-être moins insoluble si nous analysons avec attention l'état mental des anxieux.

Remarquons d'abord que leur éréthisme moteur présente un caractère tout particulier, il est automatique, violent, impulsif et s'accompagne de phénomènes inhibitoires. L'excitation franche des excités maniaques est absolument différente.

Il n'est pas étonnant de trouver un contraste analogue dans les conceptions délirantes.

Dans les deux états, chez les excités maniaques comme chez les anxieux, le malade éprouve le sentiment d'une puissance intérieure, mais chez ces derniers, c'est une puissance malfaisante, infernale et diabolique. Impuissant pour le bien, ils sont tout-puissants pour le mal.

Tantôt, le malade s'attribue à lui-même cette puissance; tantôt, refusant de s'assimiler les impulsions horribles qui se produisent en lui, et dont il a conscience, il les explique par la théorie de la possession diabolique.

Il n'y a qu'une nuance entre les délires de culpabilité et de possession; dans la confusion mentale qu'amène l'agitation anxieuse, les malades passent souvent de l'un à l'autre et se considèrent

tantôt comme criminels, tantôt comme damnés et comme possédés.

Lorsque ce sentiment de puissance intérieure acquiert une intensité suffisante, il donne une sorte de grandeur aux conceptions morbides.

Le malade croit qu'il est la cause de tout le mal qui existe dans le monde; il est Satan, il est l'Antéchrist. Quelques-uns s'imaginent que leurs moindres actes ont des effets incommensurables: s'ils mangent, le monde entier est perdu; s'ils urinent, la terre va être noyée par un nouveau déluge. Sont-ce là des idées de grandeur? Est-ce un délire ambitieux que de se croire l'homme le plus infâme qui ait jamais existé et qui existera jamais?

Bien que mélancoliques au fond, ces conceptions se rapprochent par certains côtés de la mégalomanie vraie. Les malades se considèrent comme des êtres exceptionnels, uniques dans le monde, et s'attribuent, pour le mal il est vrai, une sorte de toute-puissance.

Si nous suivons ces malades dans la longue évolution de leur délire, nous voyons apparaître, à une période plus avancée dans la chronicité, des conceptions qui se rapprochent encore davantage du délire ambitieux. Le type de ces conceptions nous est fourni par les idées d'immortalité.

J'ai déjà appelé l'attention de la Société, il y a quelques années, sur les idées d'immortalité des anxieux chroniques, et j'ai essayé de démontrer qu'elles se rattachaient au délire hypochondriaque et aux dispositions négatives qu'on observe ordinairement chez ces malades.

Mais il y a d'autres conceptions morbides qui accompagnent fréquemment les idées d'immortalité et qui me paraissent congénères.

Si on examine avec un peu d'attention les immortels, on s'aperçoit que quelques-uns d'entre eux ne sont pas seulement infinis dans le temps, mais qu'ils le sont aussi dans l'espace. Ils sont immenses, leur taille est gigantesque, leur tête va toucher aux étoiles. Une démonopathe immortelle s' imagine que sa tête a pris des proportions tellement monstrueuses qu'elle franchit les murs de la maison de santé et va jusque dans le village démolir, comme un bélier, les murs de l'église. Quelquefois, le corps n'a plus de limites, il s'étend à l'infini et se fusionne avec l'univers. Ces malades, qui n'étaient rien, en arrivent à être tout.

Je répète la question que je posais tout à l'heure: sont-ce là des idées de grandeur? Les analogies avec la mégalomanie vraie se prononcent davantage et il est malaisé de répondre.

Les malades sont dans l'infini, dans les millions et les milliards, dans l'énorme et le surhumain. Ils millionnent comme des paralytiques ou des mégalomanes, mais ils millionnent dans le sens du délire mélancolique.

C'est là, je crois, ce qui les distingue des véritables mégalomanes. Dans leur exagération et leur énormité, les conceptions

gardent leur caractère de monstruosité et d'horreur. Bien loin que cette énormité soit une compensation au délire mélancolique, elle en marque, au contraire, le degré le plus excessif. Aussi les délirants par énormité sont-ils plus que jamais lamentables, gémissants et désespérés; leur attitude et leur physionomie sont toutes différentes de celles des véritables mégalomanes.

Mais il faudrait être un psychologue bien naïf pour ne pas deviner que là même l'amour propre finit par trouver son compte. L'hyperbolisme du langage, les idées d'énormité, le sentiment d'une puissance malfaisante il est vrai, mais surhumaine, s'accordent mal avec une véritable humilité. On aurait presque pu affirmer à *priori*, avant que l'observation clinique nous y eût autorisé, que de véritables idées de grandeur devaient à la fin se développer sur ce terrain.

Une malade que j'ai citée dans mon travail sur les négations (obs. V) et qui, en 1882, étant un véritable type de ce délire, en est arrivée aujourd'hui à se croire immense; elle est tout, elle est à la fois Dieu et le diable, toute-puissante pour le mal comme pour le bien, elle est la sainte Vierge, elle est reine du ciel et de la terre, etc. Ce délire se manifeste, surtout par moments comme par accès et alterne avec l'ancien délire mélancolique et de négation. Il arrive même que les deux délires coexistent au même moment et s'associent de la manière la plus incohérente; tantôt madame X... est précipitée dans le néant, dans les abîmes à plus de mille pieds sous terre, tantôt elle est plus haute que le mont Blanc, elle est elle-même le mont Blanc, elle est le tonnerre, la foudre et les éclairs, tantôt elle n'existe plus, tantôt elle est à la fois dans l'Inde, en Amérique et dans toutes les parties du monde.

Je me résume dans les conclusions suivantes :

1o A une période plus ou moins avancée du délire anxieux se produit souvent une pseudo-mégélanomanie caractérisée principalement par des idées d'immortalité, d'immensité, etc., pseudo-mégélanomanie que je propose de désigner sous le nom de *délire d'énormité*, pour la distinguer du véritable délire de grandeur.

2o Ce délire d'énormité peut aboutir, dans des cas très chroniques, à de véritables idées de grandeur.

3o L'apparition d'idées de grandeur à une période avancée d'un délire chronique n'est pas spéciale au délire des persécutions."—
Tribune médicale.

Vous appelez en consultation le Dr X..., votre ami et que vous estimez pour un médecin de haut savoir; c'est un voisin qui réclame des honoraires modestes, il ne produit aucun effet. Le malade réclame l'assistance d'un confrère qui vous est inconnu. Celui ci vient de loin, il parle haut, se fait payer très cher; il fait merveille.

FORMULAIRE.

Phlébite crurale.—*Da Costa.*

P.—Hydrate de chloral.....	1 once
Essence de térébenthine.....	1 “
Liniment de savon.....	7 onces

M.—En frictions, matin et soir ; en même temps, position élevée du membre et léger massage.—*College and Clinical Record.*

Albuminurie de grossesse.—*Dr. C. M. Wilson.*

P.—Acide benzoïque	5 grains
Bicarbonate de potasse ...	25 “
Esprit de chloroforme.....	5 minimes
Sirop simple.....	½ drachme
Eau distillée q. s. pour faire.....	½ once

M.—A prendre en une seule dose, toutes les deux heures.—*College and Clinical Record.*

Hémorrhagie utérine.

P.—Extrait de chanvre indien.....	7½ grains
Extrait fluide d'ergot.....	1 drachme
Extrait fluide d'hamamelis....	} ââ
Teinture de cannelle.....	} ½ once

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé trois fois par jour.—*Revue de thérapeutique.*

Bronchite.—*Chéron.*

P.—Terpine	75 grains
Glycérine.....	} ââ
Alcool (95/100)	} de 2 à 2½ onces
Sirop	} 4 grains
Vanilline.....	} 4 grains

M.—*Dose* : Deux cuillerées à soupe par jour.—*Monde pharmaceutique.*

Hypertrophie du cœur.—*Da Costa.*

P.—Teinture d'aconit	1 goutte
Teinture de veratre vert.....	3 gouttes
Sirop de gingembre.....	7 “

M.—A prendre en une seule dose, 3 fois par jour. Diète lactée, poissons, légumes. Ni café, ni tabac.—*College and Clinical Record.*

Chancroïdes.—Gross.

P.—Tannin.....	2 grains
Extrait aqueux d'opium	2 "
Sulfate de cuivre	$\frac{1}{8}$ grain
Eau distillée.....	1 once

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

Alopécie syphilitique.—Rohé.

P.—Teinture de cantharides.....	1 $\frac{1}{2}$ once
" " capsicum	4 drachmes
Huile de ricin.....	1 $\frac{1}{2}$ once
Alcool, q. s. pour faire	8 onces

Maryland Medical Journal.

Urticaire des enfants.—Deligny.

P.—Hydrate de chloral	} aa	4 parties
Poudre de camphre.....		
Gomme arabique		
Onguent simple.....		

London Medical Record.

Pilule pour remplacer la poudre de Dover.—Johnson.

P.—Morphine	2 $\frac{1}{2}$ grains	
Poudre d'opium	} aa	15 grains.
" de digitale.....		
" " scille		
Extrait de jusquiame.....	22 gouttes	

M.—Diviser en 20 pilules.—*Physician and Surgeon.*

Anesthésique.—Parson.

P.—Chloroforme	12 parties
Teinture d'aconit.....	12 "
" de capsicum	4 "
" " pyréthre.....	2 "
Huile de girofle.....	2 "
Camphre.....	2 "

Dissoudre le camphre dans le chloroforme, ajouter huile de girofle, puis les teintures.—*Southern Dental Journal.*

Anesthésie dentaire.—Dr. J. N. Levis.

P.—Muriate de cocaïne.....	8 grains
Hydrate de chloral.....	5 "
Acide phénique	3 gouttes
Eau distillée	3 drachmes

M.—Dose : De deux à trois gouttes en injection dans la gencive, avant l'avulsion d'une dent.—*American Practitioner.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, FÉVRIER 1889.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

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

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

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

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

Les remises sur ordonnances.

Un confrère qui, bien que parvenu à un âge plus que mûr, a cependant encore la bonhomie de croire à la probité parfaite de tous ceux qui l'entourent, nous demandait tout dernièrement s'il existait en réalité des pharmaciens offrant aux médecins une remise quelconque sur chaque ordonnance exécutée en leur officine, et des médecins acceptant de telles offres. Notre réponse a été affirmative.

Nous même avons longtemps douté que cela fut non seulement vrai, mais même simplement possible. L'illusion, il nous faut l'avouer, n'a guère duré, et nous avons bien ôté pu nous convaincre que si, d'un côté, il est des pharmaciens qui offrent aux médecins une commission sur les ordonnances, d'un autre côté il est des médecins assez peu soucieux de leur honneur et de leur dignité pour agréer ces offres, voir même pour demander

positivement la remise en question quand elle ne leur est pas offerte.

Que ce soient là des exceptions malheureuses, il n'en faut pas douter ; la grande majorité des médecins et des pharmaciens déplorent, comme nous, ce système, et comme nous, verraient d'un bon œil l'adoption, par l'Association Pharmaceutique et par le Bureau Provincial de médecine, de mesures tendant à faire cesser un abus aussi criant. Au fond, le fait de prélever sur le prix des ordonnances une commission de ce genre constitue une injustice véritable envers le client. C'est le client qui, en réalité, paie cette remise, car personne n'aura la naïveté de croire que le pharmacien songera un seul instant à se priver d'une part de son bénéfice au profit du médecin. Or la remise en question est parfois fort élevée. Il en est qui demandent 25 p. 100, et un confrère nous avouait hier encore qu'on lui avait offert jusqu'à 33½ par 100.

Un médecin ayant quelque clientèle peut, de cette façon, s'assurer un revenu assez rondelet, surtout s'il a la précaution, très naturelle d'ailleurs, d'adresser invariablement ses clients au même pharmacien. Cela se fait assez souvent, croyons-nous, mais il y a pis encore. On nous a cité le cas d'un médecin qui, ayant ainsi un pharmacien *attitré*, ne se contente pas d'adresser à celui-ci tous les clients de son voisinage, mais qui, appelé auprès d'un malade résidant à l'autre extrémité de la ville, se fait fort de porter lui-même l'ordonnance chez son pharmacien, lequel à son tour envoie le médicament à domicile. Grâce à ce truc, le médecin assure efficacement sa remise, le pharmacien perçoit le prix de sa marchandise, et le client exploité paie sans dire mot, si ce n'est pour chanter les louanges du praticien qui doit être bien savant pour lui ordonner des médicaments aussi dispendieux.

Enfin, fait qui paraîtra presque incroyable, il est des médecins (fort rares, heureusement,) qui pour être plus sûrs que le client ira fatalement chez *leur* pharmacien, formulent parfois leurs ordonnances de façon à ce que ce pharmacien *seul* puisse les exécuter, et cela, en se servant de signes particuliers ou d'abréviations dont la signification a dû être définie en vertu d'une entente préalable. Vingt grains de poudre de jalap composée, par exemple, se formuleraient ainsi : P. J. C. gr. XX. Mais que le client s'avise de présenter l'ordonnance à un *autre* pharmacien, celui-ci y perd son latin, et n'a d'autre ressource que de répondre : " Mon ami, allez chez *un tel*, là seulement on comprendra ces hiéroglyphes ! "

Notre code de déontologie prévoit-il de semblables abus ? Nous l'ignorons. Ce que nous savons bien, c'est que le code de l'honneur et celui de l'équité le réprouvent absolument et que nous sommes d'accord avec tout ce que le corps médical et pharmaceutique renferment d'honnêtes gens pour demander qu'on mette fin à ce genre de trafic.

Trop fort!

Deux de nos abonnés nous communiquent les lettres suivantes cueillies dans les journaux politiques :

N..... Octobre 1888.

Il me fait plaisir d'annoncer au public la nouvelle de ma guérison, grâce aux bons soins du Dr XX, de. . . , d'autant plus que mes affaires commerciales en bénéficieront.

Je m'étais fait soigner à Montréal et à Québec, mais sans bons résultats. Il faut toujours donner le mérite à qui de droit.

Signé, A. B. C.

M. le Rédacteur. — Ayant souffert pendant sept longues années, de telle sorte que je me voyais retenue au lit tous les hivers, au milieu d'une famille qui écoutait mes gémissements avec peine, et que ce n'était qu'au milieu de l'été que je pouvais sortir au moyen de béquilles, je pense devoir faire connaître aux personnes qui souffrent du rhumatisme comme j'en ai été guérie. Après être allée aux sources de St-Léon et avoir essayé les traitements de plusieurs médecins, j'ai été conseillée de m'adresser à M. le Dr XXX. A première vue il m'a promis de me guérir, me disant cependant que ça prendrait un peu de temps et qu'il me fallait donner une attention soignée au traitement. Je suis maintenant heureuse de dire qu'après avoir reçu les soins du Dr XXX pendant un an, je suis complètement guérie et que je me porte aussi bien que jamais. Je ne sens plus de douleurs ni de mal d'aucune sorte.

Je serai heureuse de répondre aux questions que l'on pourrait désirer me faire à ce sujet.

Bien à vous

X. Y. Z.

Nous mettons à contribution tout ce que nous pouvons posséder de bonne volonté pour croire que les documents qui précèdent ont été publiés sans la participation et contre la volonté expresse des médecins incriminés, mais nous estimons que ces médecins, se voyant l'objet d'une démonstration de ce genre, auraient pu faire quelque chose pour en dégager leur responsabilité. Il est convenu, sans doute, qu'il est difficile d'empêcher la reconnaissance de certains malades de s'exprimer en termes aussi bruyants qu'indiscrets, mais il est, croyons-nous, du devoir du médecin de protester dans la mesure du possible contre un fait dont la profession médicale le tient toujours plus ou moins responsable. Une simple note dans ce sens, publiée dans un de nos journaux de médecine, sous la signature du médecin compromis, pourrait suffire à sauvegarder la pudeur alarmée de tous ceux qui ont encore à cœur la dignité professionnelle.

A vingt ans, on rêve de la médecine; à trente ans, on commence à en tirer profit, on en vit à quarante-cinq et bien souvent l'on en meurt à soixante.

Désinfection des selles des typhiques par l'eau bouillante.

Il résulte des recherches faite par WILCHUR, de St. Pétersbourg, que tous les bacilles, quelque nombreux qu'ils soient, sont invariablement détruits par l'addition d'un volume d'eau bouillante égal à quatre fois celui de la déjection, ce qui rend relativement facile la désinfection des selles des malades atteints de fièvre typhoïde.

La découverte de cet antiseptique aura-t-elle pour effet de généraliser davantage la pratique de la désinfection dans les cas de dothiéntérie? Nous y comptons bien, et certes ce souhait n'est pas superflu, car il est encore des praticiens qui, ne voulant pas croire à toutes ces *histoires de microbes*, se refusent à faire intervenir les antiseptiques dans le traitement des déjections, locaux infectés, linges, literie, etc. D'autres ne pratiquent pas la désinfection en raison de l'odeur désagréable que présentent quelques désinfectants, tels que le chlore et les hypochlorites, ou même, chose difficile à croire, en raison de ce que nous pourrions appeler la *mise en scène* des pratiques de désinfection. Désormais, avec l'eau bouillante comme antiseptique, il ne restera plus d'excuse possible pour justifier une coupable apathie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Le dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale des Drs BOUCHUR et DESPRÉS, publié chez l'éditeur Félix Alcan, est bien connu et apprécié du public médical. Quatre éditions successives ont montré que cet ouvrage répondait aux nécessités de la pratique médicale journalière. Aujourd'hui en paraît une *cinquième édition* revuë d'après les changements, les innovations et les découvertes thérapeutiques des trois dernières années. La matière médicale s'encombre et s'enrichit tous les jours de médicaments nouveaux, souvent livrés à la publicité d'une façon hâtive et prématurée, entre lesquels il y a un jugement à porter et un choix à faire. C'est ce que les auteurs ont fait avec soin et d'après leur expérience. Ils ont inséré, dans cette nouvelle édition, toute la matière médicale récente et les choses thérapeutiques nouvelles, indiquant partout ce qu'il y a en elles de problématique ou ce qu'on y trouve d'utile, afin de faire connaître aux praticiens les substances dont ils peuvent faire usage avec profit et sans danger. De cette façon, ce *Dictionnaire* est mis au courant de la science thérapeutique actuelle, et tous les praticiens peuvent comme par le passé y chercher ce qu'il leur est nécessaire de savoir pour l'exercice de leur art. *Toute la chirurgie et ses progrès*

récents, toute la pratique des accouchements, de l'oculistique, de l'odontotechnie, de l'électrisation, s'y trouvent indiquées; la médecine enfin, résumée en aphorismes, à l'occasion de chaque maladie, est suivie d'un exposé des indications thérapeutiques, des médicaments anciens et nouveaux avec leurs doses et leurs formules d'emploi, ce qui met dans cet ouvrage tout l'ensemble des connaissances médicales ou chirurgicales nécessaires au médecin. (1 beau volume in-4^o, de 1630 pages, avec 950 gravures dans le texte; broché, 25 fr. FÉLIX ALCAN, éditeur, Paris.)

UFFERMANN.—**Traité pratique de l'Hygiène de l'Enfance**, par le Dr Jules UFFERMANN, à l'usage des étudiants, des médecins, des conseils d'hygiène et des établissements d'instruction publique. Octavo-royal de 800 pages. Traduction par le Dr G. Boehler. 10 figures dans le texte.

G. Steinheil, libraire-éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

LEGENDE-BARETTE-LEPAGE.—**Traité pratique d'Antisepsie** appliquée à la Thérapeutique et à l'Hygiène (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), 2 vols. in 8 raisin. Prix, 10 francs chaque.

Le premier (460 pages), paru il y a quelques mois, comprend l'Antisepsie médicale, par le Dr LEGENDRE.

Le second (505 pages) que nous venons de recevoir, comprend l'Antisepsie chirurgicale, par le Dr BARETTE, et l'Antisepsie obstétricale, par le Dr LEPAGE.

G. Steinheil, libraire-éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, Paris, 1888.

BAUDRY.—**Fragments d'ophtalmologie pratique**, par le docteur S. BAUDRY, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, etc. Un fascicule de 115 pages, 2^e édition. Paris, BERTHIER, éditeur, 104, boulevard Saint-Germain; Lille, LE BIGOT FRÈRES, éditeurs, 11 et 13, rue de la Gare, 1889.

La deuxième édition des *Fragments d'ophtalmologie pratique* comprend huit chapitres, parmi lesquels plusieurs sont entièrement nouveaux. Voici, dans l'ordre, les titres de ces chapitres:—*Blépharite.*—*Granulome palpébral.*—*Conjonctivite purulente des nouveau-nés.*—*Kérato-conjonctivite granuleuse.*—*Conjonctivite catarrhale.*—*Conjonctivite phlycténulaire.*—*Mode d'exploration des paupières et de la conjonctive.*—*Corps étrangers de la conjonctive et de la cornée.*—*Notes supplémentaires.*

Comme on le voit par ce simple énoncé, l'auteur étudie, dans ce travail, les diverses affections oculaires que l'on rencontre communément et qu'il importe par cela même de savoir bien soigner. Il envisage surtout le côté thérapeutique, insistant, avec de nombreux détails, sur le mode de traitement consacré par la pratique moderne,

comme ayant donné les meilleurs résultats. Aussi, sans être versé dans les études spéciales de l'oculistique, le praticien lira ces fragments avec le plus grand fruit : c'est pour lui qu'ils ont été particulièrement écrits.

La mère et l'enfant, journal illustré d'hygiène de la première et de la seconde enfance. Rédacteur en Chef : Docteur Th. CARADÉC.

Sommaire du no. 2.—Février 1889 :

Causerie du Docteur : *Le but de ce journal*, par le docteur Caradec.—*Médecine maternelle : Les accidents de l'enfance*, par le docteur Gall.—*L'allaitement maternel dans les différents pays*, par L. Ducrocq.—*Hygiène de la seconde enfance et de l'adolescence : l'éducation physique des garçons*, par le docteur Caradec.—*Hygiène maternelle : l'alimentation des femmes enceintes*, par T. C.—*Hygiène infantile : l'hygiène de la peau chez les enfants*, par le docteur G. Lefebvre.—*Roman : La vengeance de Gottfried*, par Jeanne Leroy.—*Correspondance : Les enfants à Paris*, par Paul Bonnetain.—*Aphorismes sur le sommeil des enfants*.—*L'enfant* (poésie), par La-martine.—*Memento*.—*Chronique*.

Abonnements : Départements, 6 fr. ; Union postale, un an, 7 fr.

Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie.

Administrateur : Mme Joannard, 35, rue Vivienne, Paris.

Primes offertes aux nouvelles abonnées : 1o Le *Manuel des Mères*, du Dr Caradec ; 2o Portrait à l'huile de l'abonnée ou du bébé ; 3o Pochette artistique en soie de Lyon ; 4o la collection entière à 15 fr. au lieu de 25.

NEWMAN.—*A defence of Electrolysis in Urethral strictures, with documentary evidence*, by Robert Newman, M.D., New-York. Reprint from the Medical Register Jany. 5th 1889.

NEWMAN.—*Success and failure of Electrolysis in Urethral strictures especially Dr. Keyes' method Review*, by Robert Newman, M.D., New York, reprinted from "The Philadelphia Medical Times" Dec. 5th 1888.

MAYS.—*Pulmonary Consumption considered as a Neurosis, being two of a series of evening lectures given by the Faculty of the Philadelphia Polyclinic in the course of 1888 and 1889*, by Thos. J. MAYS, M. D.

Geo. S. Davis, publisher, Detroit, Mich., 1888.

Case of Emperor Frederick III, Full Official Reports, by the German physicians and by Sir Morell Mackenzie. The reports of the German physicians, translated by Henry Schaeig, M. D.

Edgar S. Werner, editor, 48 University Place, New-York, 1888. Cloth, \$1.25 ; paper, \$75 cents.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le docteur C. A. CASGRAIN a laissé Montréal pour aller exercer la médecine à Fall River, Mass., E. U.

M. le docteur Wm. OSLER a donné sa démission comme professeur de clinique médicale à l'Université de Pensylvanie pour aller occuper, à Baltimore, la chaire de pathologie interne à l'Université Johns Hopkins.

Nous recevons avis de la suspension provisoire de publication de la *Gazette de Gynécologie*, de Paris, par suite du mauvais état de santé actuel de son rédacteur en chef. Le Dr P. MÉNIÈRE a dû pour le même motif fermer son importante Clinique hospitalière de la rue du Pont-de-Lodi et se limiter jusqu'à nouvel ordre à la clientèle de ville.

Depuis le 1er janvier, le *Journal of the American Medical Association* a deux fois changé de Rédacteur. Le Dr. N. S. DAVIS s'étant, le 1er janvier, désisté de ses fonctions de Rédacteur en Chef, son successeur fut le Dr. John B. Hamilton, lequel s'est à son tour retiré, le 9 février, pour occuper une position plus lucrative et plus stable dans le *Marine Hospital Service*. Le *Journal* est actuellement rédigé par un comité de collaborateurs.

La livraison de janvier 1889 des *Archives de médecine navale* contient un remarquable travail de M. le docteur VINCENT, médecin de la division navale de l'Atlantique Nord (commandée par M. le contre-Amiral Vignes) et chirurgien de la frégate *la Minerve*. Ce travail consiste en un rapport détaillé de la campagne faite par la division de mai 1886 à mai 1888, et comprend l'histoire médicale de chacun des bâtiments composant la division aux différentes périodes de la campagne.

Le troisième banquet annuel de l'Association des élèves en Pharmacie a eu lieu le 31 janvier dernier, à 8.30 p. m. à l'hôtel Richelieu.

M. E. H. Quipp, président de l'Association, occupait le fauteuil, ayant à ses côtés MM. D. Watson, président du Collège de Pharmacie, I. Contant, président, et J. Hirtz vice-président de l'Association pharmaceutique de la Province de Québec, MM. les professeurs J. Bomrose, T. D. Reed, H. E. Desrosiers et C. A. Pfister. Tous les élèves en pharmacie y assistaient. M. le président a porté les *toasts* suivants : La Reine, l'Association pharmaceutique, le

Collège de Pharmacie, nos professeurs, nos invités, les dames, la presse.

L'association des étudiants a raison d'être fière du succès de cette petite fête et nous lui souhaitons de tout cœur longue vie et prospérité !

Nécrologie.—A Montréal, M. le docteur R. A. KENNEDY, professeur (émérite) d'accouchements à l'Université Bi-hop. —A New-York, M. le docteur J. C. DALTON, doyen de la Faculté de Médecine du *College of Physicians and Surgeons*, de New York, et bien connu par ses travaux en physiologie.

Facultés de médecine de France; traitement des professeurs.—Par un décret de date récente, le traitement des professeurs des Facultés de médecine est établi comme suit, à partir du 1er janvier 1889 :

Paris, 1re classe : 25 professeurs à 15,000 fr. ; 2e classe : 7 professeurs à 12,000 fr.

Départements, 1re classe : 5 professeurs à 11,000 fr. ; 2e classe : 10 professeurs à 10,000 fr. ; 3e classe : 23 professeurs à 8,000. ; 4e classe : 18 professeurs à 6,000 fr.

VARIÉTÉS

A la campagne, un bou trotteur fait autant pour la réputation d'un jeune médecin qu'à la ville les plus beaux titres scientifiques.

Un médecin ne doit jamais paraître douter ; mais s'il est avisé, il glissera un prudent "peut-être" dans tous ses pronostics.

Les maladies chroniques semblent être l'apanage de tous les débutants et restent le triomphe des praticiens expérimentés.

Les maladies viennent vite et s'en vont lentement ; au médecin d'inspirer au patient l'illusion contraire.

C'est surtout au médecin que s'applique le précepte : Ne faites jamais à autrui ce que vous ne voudriez pas qu'on vous fit à vous-même.

Il y a peut-être un écueil dans le succès trop rapide d'un jeune médecin : c'est de lui faire croire qu'il sait tout ce qu'il lui reste à apprendre.

X... entre affairé dans la chambre d'un malade, s'assied au pied du lit, prend le bras du patient et lui tâte le pouls ; il n'a encore

rien dit que déjà on l'écoute. Il parle enfin et l'on boit ses paroles. Il se lève, on le suit, chacun semble suspendu à ses moindres mouvements.

Il tire son carnet, griffonne une ordonnance banale en pensant à autre chose, prend son chapeau et s'esquive à la hâte, comme il était venu.

Le malade rayonne, l'entourage est rassuré et les uns et les autres vont palpiter jusqu'à demain matin, dans l'attente de la visite d'un praticien si occupé... C'est un dieu à leurs yeux, et ce n'est souvent qu'un habile faiseur.

La commère médicale.—Dernièrement, dans une réunion artistique, la conversation, comme toujours fort élastique, en arriva à traiter cette question : *Quel est l'art le plus répandu ?* Une célèbre actrice, remettant sa solution à un autre instant, profita de ce que l'attention était détournée pour se plaindre d'un mal de dents. Et chacun de donner son avis : faites plomber, faites arracher, faites ceci, cela.

—Mais je n'ai pas mal aux dents ! fit l'actrice. Je voulais seulement vous prouver que *la médecine est encore l'art le plus répandu !*

En effet, rien de plus commun que l'exercice illégal de cette science, rien de plus curieux que les types qui la pratiquent irrégulièrement, depuis le marchand d'orviétans de la foire, débitant d'une voix enrouée, debout sur sa voiture et coiffé du casque de Mangin, son boniment sur les remèdes contre le ver solitaire, jusqu'au rebouteur, ce *sorcier des campagnes*, si finement étudié et dépeint par notre spirituel collaborateur E. Gilbert (de Moulins), et dont la *Commère médicale* est la digne sœur.

“ La commère médicale, écrit le Dr. E. Dubois, on la rencontre partout. Elle donne les premiers soins aux enfants surtout, et le plus souvent leur fait administrer un vomitif pour les *glaires* (glaires). Pendant que vous auscultez le petit malade, qui a une fluxion de poitrine, elle fait des signes de compétence à l'entouragement, puis vous pousse le coude : N'est-ce pas, docteur, que c'est une méningite, que ça vient des dents ? Naturellement, vous ne répondez rien, et votre silence est une preuve d'incapacité. Son amour propre est blessé, gare à vous ?... Le lendemain, on vous reçoit froidement, et l'ordonnance n'a pas été exécutée !... Le surlendemain, on vous fait dire de ne pas revenir, et, bien qu'un confrère soit arrivé derrière vous, cela n'empêche pas l'enfant de mourir, et la commère de clamer partout que c'est la faute du premier médecin.”

Si l'on en croit l'antiquité, la médecine ne fut tout d'abord qu'une longue suite de cancanes, et les livres hippocratiques n'eurent d'autre base que la coutume des Chaldéens d'exposer les malades et de consigner sur eux les dires de tous ceux qui croyaient avoir éprouvé les mêmes sympathies. Mais la science a marché

grands pas depuis cette époque, quoique les remèdes de *bonnes femmes* soient presque restés à la hauteur des remèdes empiriques conseillés par Louise Bourgeois, dite Boursier, sage-femme de Marie de Médicis, laquelle, dans son *Recueil de secrets choisis et éprouvés*, recommande les crottes de brebis infusées dans du lait chaud, comme fumigations propres à rendre une femme habile à avoir des enfants, et préconise contre l'épilepsie l'os du front d'un homme pendu ou étranglé, rapé, puis ingurgité dans le fameux vin blanc, encore en honneur aujourd'hui chez les matrones pour donner des forces aux femmes dans une position intéressante !

Moutefois, et peut-être à cause des débuts de la médecine, il existe encore dans la classe ouvrière un préjugé qui veut que toute personne fréquentant seulement un médecin la devienne aussi. Il n'est pas rare qu'en l'absence du docteur, son domestique ne soit consulté, moins rare encore que ce dernier n'ordonne pas un cataplasme ou un clystère : nous avons même vu, pour notre part, une famille plongée dans le désespoir au sujet d'un enfant atteint d'une simple irritation de la gorge, parce que la maritorne de l'Esculape absent avait solennellement déclaré, sans même avoir vu le malade, que ça ne pouvait être que le croup !

C'est ce qui explique pourquoi les commères ont si beau jeu, et en arrivent forcément à se prendre au sérieux.

« Le plus souvent, dit encore M. Dubois dans sa charmante silhouette, la commère a été bonne chez un médecin, une sage femme, ou fille de salle dans un hôpital ; elle a connu un dentiste, ou a une cousine qui a failli être reçue herboriste : elle a gardé un malade, ou a été gouvernante chez un vieillard qui avait une gastrique ! Et elle la connaît, la gastrique, comme elle connaît du reste toute la médecine ! Les médecins sont des ânes, et c'est elle qui guérit les malades ! ... Ses diagnostics sont vite faits : c'est le sang ou les nerfs. On a trop de sang, ou les nerfs sont plus forts que lui ! Le sang s'est tourné ! Pourvu qu'il ne monte pas au cœur ! En tout cas, il n'y a de bon, voyez-vous, que la tisane de mauves ; d'abord ça fait aller. »

Et, grâce à l'ignorance routinière, la commère fait un mal horrible à tous les malades en général, et aux enfants en particulier ; elle est écoutée par tous, spécialement par les jeunes mères inexpérimentées, à un tel point que nous en avons vu une forcer sa fillette, souffrant d'une esquinancie, à avaler une cuillerée de moutarde. La commère consultante ne connaissait que les sinapismes et en mettait partout ! Pour cause de résistance, le petit malade reçut même une fessée, comme supplément de médicaments....

Ab oui ! Ils sont nombreux et dangereux, ceux qui exercent la médecine sans diplôme ! Méfiez-vous-en, et quand vous rencontrerez sur votre chemin la commère médicale, recommandez-lui, selon le sage conseil du Dr. Dubois, d'aller voir en passant par l'Ecole de Médecine, si vous êtes sur la tour Eiffel !