

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

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. (1)

La saccharine.—*L'hydrastis canadensis.*—*La créosote dans la phthisie pulmonaire*—*Antisepsie et diphthérie.*—*Les effets nuisibles des vésicatoires.*—*Antipyrine.*—*Acétophénidine.*—*Anthrarobine*—*Erythropléine.*—*Thérapeutique de l'eau chaude.*—*Traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées*—*Applications thérapeutiques de l'acide borique.*—*Une nouvelle pâte caustique.*

La saccharine.—On a donné le nom de saccharine à une substance tirée du goudron, et qui, découverte en 1879 par FAHLBERG, n'a été cependant bien connue que depuis deux ans. On l'appelle souvent *sucré de goudron*. La préparation, fort compliquée d'après la méthode de Fahlberg (2), repose sur une série de réactions entre le toluène, l'acide sulfurique, le carbonate d'ammoniaque et le permanganate de potasse. Elle se présente sous forme de poudre blanchâtre, peu soluble dans l'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante et l'alcool. Sa saveur sucrée est tellement prononcée, que 15 grains de saccharine suffiraient, dit-on, pour donner un goût sucré à 20 chopines d'eau; de $\frac{1}{2}$ à $1\frac{1}{2}$ gr. suffisent à édulcorer une tasse de thé ou de café, ce qui équivaut à dire que la saveur sucrée de la saccharine est 280 fois plus considérable que celle du sucre ordinaire. Elle ne fermente pas, est douée de propriétés antiseptiques et d'une innocuité absolue. Il est reconnu qu'elle masque de la façon la plus efficace la saveur amère de tous les médicaments.

Les applications thérapeutiques de cette substance se déduisent

(1) Voir la livraison de février.

(2) Ch. ELOY, in *Union médicale* de Paris.

des faits précédents. On la conseille pour remplacer le sucre ordinaire dans le régime des diabétiques (Leyden). Elle y jouerait le rôle d'un condiment et serait exempte des inconvénients qu'on attribue aux autres substances sucrées (1). Pour remplacer le sucre dans les usages domestiques, Fahlberg a proposé de mélanger du glucose, du sucre d'amidon et la saccharine; il obtint ainsi un composé qu'il appelle dextro saccharine et qui, pour le goût, se distingue à peine du meilleur sucre. Comme excipient la saccharine sera très utile pour masquer la saveur toujours très désagréable du sulfate de quinine, du chloral, de la rhubarbe, du salicylate de soude, etc. Enfin on a proposé d'utiliser les propriétés antiputrides de la saccharine pour la conservation des substances fermentescibles, et il est probable, conclut M. Ch. Eloy, que la médication antiseptique pourra retirer quelque profit de son emploi.

Il est important de ne pas perdre de vue le fait que la saccharine est éliminée *en nature* par le rein, et que par conséquent sa valeur nutritive est tout à fait nulle.

L. hydrastis canadensis.—GIVOPISZEW (2) se basant sur un grand nombre d'observations cliniques et d'expériences sur des animaux, arrive aux résultats pratiques suivants (3) :

1. *L. hydrastis canadensis* est un excellent moyen contre les hémorrhagies utérines dues à l'inflammation ou aux fausses positions de cet organe ainsi que contre les hémorrhagies survenant à l'époque de la ménopause, et dans les cas de pertes mensuelles trop abondantes;

2. Les contractions utérines produites par l'*hydrastis* sont moins intenses que celles produites par l'ergot de seigle;

3. Son emploi n'a aucun inconvénient pour l'organisme; pris même pendant un temps prolongé, il ne provoque nullement de troubles gastro-intestinaux, au contraire, il améliore souvent les dyspepsies qui existaient avant.

La créosote dans la phthisie.—M. BOUCHOFFE a étudié à nouveau, dans la clinique de Koschlakoff, les effets de la créosote dans le traitement de la phthisie, et a obtenu les résultats suivants :

1. Sous l'influence de la créosote, l'assimilation de l'azote est diminuée;

2. Les pertes de poids journalières chez les malades pendant l'administration de la créosote sont moindres qu'avant ce traitement;

(1) Ch. ELOY, *loc. cit.*

(2) Thèse de St-Petersbourg, 1887.

(3) *Bulletin de thérapeutique.*

3. Pour obtenir de bons résultats, il faut donner beaucoup de créosote et pendant longtemps. (1)

Si cette troisième conclusion n'est pas exagérée, il faut croire que les doses minimales de créosote généralement prescrites dans ces cas sont tout à fait insuffisantes. La principale difficulté sera sans doute d'obtenir la tolérance de l'estomac pour le médicament donné à doses un peu élevées et prolongées.

Antiseptie et diphthérie.—M. le docteur LE GENDRE étudie, dans les nouvelles *Archives de laryngologie* de M. le docteur Ruault, les nombreux médicaments antiseptiques préconisés et employés dans le traitement de la diphthérie. Viennent, en premier lieu, les mercuriaux, et en particulier le sublimé. Celui-ci se donne, à l'intérieur, à dose quotidienne variant de $\frac{1}{2}$ gr. à 5 grains; en badigeonnages, à 1 pour 1000; en inhalations, à 14 pour 1000.—L'iodoforme produit des effets à peu près nuls et même probablement fâcheux.—Le brome se prescrit en badigeonnages, le soufre en insufflations et gargarisme, les sulfures de potassium et de calcium à l'intérieur, ainsi que le benzoate de soude.—L'acide borique et le borax se donnent en gargarisme et en irrigation (acide borique, glycérine, eau distillée, parties égales). Ce sont les antiseptiques les plus commodes en raison de leur toxicité presque nulle.—L'acide lactique est utile en pulvérisations, gargarisme et collutoire.—L'acide salicylique et le salicylate de soude seraient d'une efficacité contestable d'après Schuler.—La téorcine, la quinoline, l'acide phénique, en badigeonnage, en vaporisation.—L'essence de térébenthine, à l'intérieur, en inhalations, en attouchements.

Le traitement personnel de l'auteur s'inspire tout entier de la méthode antiseptique, comme on peut en juger: Trois ou quatre fois par jour, attouchement sur toute l'étendue des fausses membranes et un peu au delà avec une solution de sublimé à 1 pour 100 dans l'alcool. Toutes les deux heures, irrigations abondantes, suivies de pulvérisations, avec une solution saturée (4 o/o) d'acide borique, chaude. Comme médication interne, le benzoate de soude, l'alcool.

M. LE GENDRE termine ainsi sa très intéressante étude:

Ce qu'il ne faut pas faire.—C'est de badigeonner la gorge avec des caustiques, quels qu'ils soient, parce qu'ils ont ce double résultat néfaste, d'abord de favoriser l'extension des fausses membranes, en irritant et en déridant de son épithélium les parties voisines de la muqueuse encore saines; ensuite d'accroître la dysphagie par la turgescence réactionnelle des tissus cautérisés. Ce qu'il ne faut pas faire, c'est donner des médicaments capables d'entraver les fonctions digestives, d'augmenter le dégoût et l'anorexie.

(1) *Bulletin de thérapeutique.*

Ce qu'il faut faire.—Ce sont des badigeonnages, des irrigations aussi fréquentes que possible avec des solutions antiseptiques, quelles qu'elles soient;—c'est administrer des toniques de tout genre, une alimentation constante obtenue par la variété des aliments offerts et l'insistance avec laquelle on les offre, au besoin grâce à la sonde molle facile à introduire par une narine (quand il n'y a pas de coryza couenneux), et par des lavements de peptone;—c'est aérer et ventiler l'appartement en maintenant l'atmosphère un peu humide et aseptique;—c'est enfin, dans l'intervalle des soins nécessaires, laisser l'enfant reposer et dormir, s'il le peut, pour ne pas épuiser sa force nerveuse.

Dans une autre livraison des *Archives de laryngologie*, M. I. docteur LÉGROUX, médecin de l'hôpital Trousseau, étudie le mode d'action et les applications de la créosote dans la diphthérie, et conclut que ce médicament n'est pas un anti-diphthéritique suffisant, mais qu'en revanche c'est un anti-thermique fidèle et puissant. Il l'emploie en injections sous-cutanées, à dose habituelle de 10 à 12 minimes.

Les effets nuisibles des vésicatoires.—L'emploi des vésicatoires en thérapeutique ne constitue certainement pas une méthode exempte d'objections, mais de là à dire qu'elle est absolument inutile il y a loin. Tel est, cependant, l'avis de M. le docteur Wyss, de Genève, qui, nous disent les *Nouveaux remèdes*, vient de publier un véritable réquisitoire contre les vésicatoires. Ils sont, dit-il, bien que dépourvus de toute propriété thérapeutique, prescrits seulement dans le but de soutenir la confiance du malade, de gagner du temps pour attendre la convalescence, plutôt que pour en retirer un bénéfice quelconque. La longue expérience d'une pratique des plus soutenues lui fait regarder les vésicatoires comme une cruauté inutile. Il les a employés dans le traitement de la pneumonie, de la pleurésie, de la sciatique, &c., mais il n'a jamais vu une amélioration quelconque en résulter. Au contraire, ils sont plus ou moins nuisibles. Ils troublent le sommeil du malade, agissent d'une façon fâcheuse sur les organes urinaires et donnent lieu souvent à des éruptions obstinées. Bien plus, ils augmentent la fièvre et peuvent affecter de la façon la plus fâcheuse les conditions générales du malade.

Le réquisitoire de M. Wyss ira peut-être jeter le trouble dans quelques consciences médicales encore peu affermisses, mais l'expérience générale, plus compétente que celle du médecin de Genève, nous en a dit assez long sur l'efficacité de la révulsion par les vésicatoires pour que cette méthode continue à être employée dans les nombreux cas où elle est indiquée.

Antipyrine.—Les revues et journaux de médecine continuent à être remplis de faits, d'observations, suggestions, etc., au sujet de

l'antipyrine. Ce médicament est mis un peu à toutes les saucées et s'emploie un peu dans tous les cas. Ce qui paraît ressortir davantage des faits publiés, c'est que l'antipyrine est un assez bon antithermique, mais surtout un nervin précieux. Cependant, même sur ces deux points, l'accord n'est pas général. Ainsi, M. Albert ROBIN (1) est d'avis que l'antipyrine ne devrait pas être utilisée comme antipyrétique, dans le traitement des fièvres (fièvre typhoïde en particulier), parce qu'au lieu de favoriser, elle diminue l'oxydation des produits désintégrés, et qu'elle élève la quantité de déchets peu solubles. D'un autre côté, M. Robin reconnaît à l'antipyrine, outre ses vertus analgésiques, un pouvoir antiseptique assez marqué, même à doses faibles. Il est même probable, d'après lui, que les effets avantageux qui ont été obtenus aux périodes avancées de la phthisie pulmonaire reconnaissent comme origine la double action du médicament sur les échanges et les fermentations.

Un agrégé, M. George LEMIEUX (2), pense que l'antipyrine peut être utile chez certains épileptiques, par exemple, ceux dont les accès sont influencés par la menstruation, chez ceux qui n'ont que des accès larvés, et enfin chez les épileptiques migraineux. Dans ces divers cas, une dose journalière de 30 grains suffirait dans la majorité des cas et l'emploi du remède pourrait être prolongé pendant fort longtemps sans aucun danger pour le malade.

SONNEBERG recommande l'antipyrine comme le meilleur remède à employer dans la coqueluche. Il la donne à dose de $\frac{1}{4}$ gr. aux enfants très jeunes, dose qu'il augmente suivant l'âge. Aux adultes il en donne 30 grains; il l'administre trois fois par jour, et parfois même une fois dans la nuit.

L'antipyrine s'est montrée efficace, comme hémostatique, contre les hémoptisies, comme analgésique dans la dysménorrhée, les tranchées consécutives à l'accouchement, les douleurs cardiaques, comme sédatif utérin dans les menaces d'avortement et les douleurs parfois intolérables de la première période du travail, comme nervin dans les diabètes sucré et insipide d'origine nerveuse.

Les expériences des professeurs CHOUFFE et LAGET (*Société de biologie*) sont très encourageantes en ce qui regarde l'utilité de l'antipyrine pour combattre les douleurs de l'accouchement. Le médicament calme la douleur sans diminuer l'intensité de la contraction utérine; on l'a administrée en lavement, à dose de 30 grains, répétée au bout d'une heure, durant la première et la seconde période.

Acétophénidine.—Le commencement de défaveur qui semble vouloir atteindre en ce moment l'antipyrine comme antipyrétique

(1) *Gazette médicale de Paris*, 10 décembre 1887.

(2) *Gazette médicale de Paris*, 24 décembre 1887.

ne doit cependant pas alarmer les partisans de la méthode antithermique, car de récentes recherches (1) ont conduit à la découverte d'un nouvel agent : l'acétophénidine. C'est un dérivé du phénol, se présentant sous forme de poudre cristalline, grisâtre, inodore et insipide. Son action antithermique serait considérable ; une injection de 3 à 6 grains amènerait, au bout de quarante minutes, un abaissement de température, lequel abaissement augmenterait encore pendant les trois heures suivantes. On l'a déjà prescrit contre la fièvre des tuberculeux, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, l'érysipèle et la pneumonie.

Ce n'est pas tout. L'acétophénidine serait aussi, comme l'antipyrine, douée de propriétés dolorifuges quand on la donne à doses massives (8 à 10 grains), d'où son emploi rationnel dans la migraine, la céphalalgie.

L'acétophénidine s'élimine rapidement par le rein dont elle n'altère ni les fonctions ni le tissu.

Anthrarobine.—Puisque nous en sommes à parler de médicaments nouveaux, mentionnons l'anthrarobine, substance chimiquement analogue à la chrysarobine et isolée par LIEBERMANN, de Berlin. C'est une poudre à grains un peu gros, d'un blanc jaunâtre. Irritant pour les muqueuses et la peau, à la manière des acides chrysophanique et pyrogallique, elle a été, comme eux, prescrite dans le psoriasis, l'herpès tonsurant, l'érythrasma etc. Elle aurait, sur la chrysarobine, l'avantage de ne pas provoquer de dermatite au point d'application, et de ne pas exposer, comme l'acide pyrogallique, à des accidents généraux.

Erythropléine.—Tel est le nom d'un nouvel anesthésique local dont on parle beaucoup depuis quelque temps. Principe actif de l'*erythroplaxum guincense*, cet alcaloïde est doué de propriétés analgésiques analogues, mais non supérieures à celles de la cocaïne.

KARENSKI et KAPOSI n'ont pas obtenu des succès bien encourageants. L'abolition de la sensibilité tactile, obtenue quinze minutes seulement après l'injection sous-cutanée du médicament, n'a presque jamais été complète ; en outre, il y avait des signes de réaction locale bien marqués : sensation de brûlure, cuisson, rougeur, etc.

MM. PANAS et TROUSSEAU ont mis l'érythropléine à l'essai dans la chirurgie oculaire, et M. Trousseau établit comme suit le parallèle entre les effets anesthésiants du nouvel alcaloïde et ceux de la cocaïne.

“ L'anesthésie produite par une solution non irritante d'érythropléine est plus durable, plus longue à se produire, mais moins

(1) *Revue gen. de clinique et de Thérapeutique.*

complète que celle obtenue avec la cocaïne. Jamais l'érythropléine n'amène ce relâchement des paupières, si favorable aux opérations oculaires, qui existe après les instillations de cocaïne et qui permet d'opérer même les cataractes sans écarteur.

"L'érythropléine a moins d'action sur la conjonctive que la cocaïne.

"Elle calme moins bien que cette dernière les douleurs oculaires.

"En résumé, rien ne nous fait prévoir que le nouvel anesthésique soit appelé à détrôner son aîné."

KOENIGSTEIN annonce des résultats déplorables à la suite de l'emploi de l'érythropléine sur l'œil. Il en est de même de M. TWEEDY.

GUTTMANN a étudié la valeur de l'action analgésiante de l'érythropléine pour combattre des douleurs d'origine variée. Il se déclare très satisfait des résultats obtenus; même quand les douleurs à combattre sont des plus violentes, elle sont dissipées par une injection de 1/50 gr. d'érythropléine.

En résumé, le nouveau médicament devra être mis de nouveau à l'étude avant que l'on soit parfaitement fixé sur sa valeur thérapeutique.

Thérapeutique de l'eau chaude. — L'eau chaude est toujours très en faveur dans la thérapeutique obstétricale. Il n'est peut-être pas de meilleure application à faire, dans un cas de métrorrhagie abondante, qu'une injection vaginale d'eau très chaude. Dans la pratique médicale, les emplois de l'eau chaude tendent à se multiplier. TRIPIER, de Lyon (1), recommande les lavements d'eau à 45° C. et même à 48° C. pour calmer des douleurs de la colique saturnine, la ténésie rectal ou vésical des tabétiques, et aussi de la dysenterie. Dans l'hémoptisie, les infusions très chaudes réussiraient beaucoup mieux que les boissons froides ou glacées. Il en serait de même pour les vomissements qui sont souvent arrêtés par le même moyen, alors qu'ils ont pu résister à l'emploi de la glace *intus et extra*.

Traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées. — Nous ne saurions passer sous silence, dans cette revue, la remarquable communication de M. le professeur VERNEUIL à l'Académie de médecine au sujet du traitement du furoncle et de l'anthrax. Etant admis, d'une part, que ces deux affections ne sont que des degrés d'une même maladie infectieuse, elles doivent être justiciables des mêmes moyens thérapeutiques. Or parmi ces derniers les antiseptiques doivent venir en premier lieu, et M. Verneuil préconise de préférence les pulvérisations phéniquées

1) *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 23 février 1888.

prolongées et répétées. Les pulvérisations, dit-il, font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement le furoncle et les petits anthrax, elles arrêtent la marche du mal dans les cas graves, elles font cesser, d'ordinaire très vite, les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangréneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle marche de bourgeons charnus etc. (1)

Les vues de M. VERNEUIL ont été très favorablement accueillies, non seulement par l'Académie, mais aussi par tout le corps médical de France et de l'étranger.

Applications thérapeutiques de l'acide borique.—Dans sa méthode dite des pulvérisations antiseptiques, M. Verneuil emploie l'acide borique aussi volontiers que l'acide phénique. Il est de fait que cet acide joint à des propriétés antiseptiques bien établies, des avantages réels sur les autres substances de cette classe.

M. GAUCHER a lu dernièrement à la *Société médicale des hôpitaux* une note sur quelques usages de l'acide borique. En applications topiques, cet acide réussit parfaitement contre l'impétigo, dont la nature infectieuse et contagieuse n'est plus contestable. Incolore et inodore, l'acide borique donne contre l'impétigo d'aussi bons résultats que l'huile de cade, si désagréable par son odeur et les taches qu'elle laisse. M. Gaucher signale aussi un cas de guérison d'une tuberculose cutanée probable par la pommade boriquée (acide borique, 3 parties ; glycérolé d'amidon, 30 parties) ; il cite deux cas de phthisie améliorés par l'emploi interne de l'acide borique. L'acide borique s'élimine facilement et rapidement par les urines, de là son emploi rationnel et efficace dans la cystite avec ou sans hypertrophie de la prostate (15 grains par jour).

Une nouvelle pâte caustique.—Ce n'est pas qu'il s'agisse ici d'un caustique tout-à-fait nouveau en tant que médicament. M. le docteur Jules FÉLIX, de Bruxelles, a seulement voulu, en associant entre eux des escharotiques tels que le sublimé, le chlorure de zinc, l'acide phénique, etc., composer une pâte qui, loin d'avoir la plupart des inconvénients des caustiques en général, se recommande au contraire par les avantages suivants que le chirurgien appréciera facilement :

1. Douleur très supportable et peu intense, sans réaction générale ;

2. Production d'une eschare dure et bien délimitée, se détachant rapidement, ou se laissant facilement enlever par l'instrument tranchant ou par le raclage ;

3. Action modificatrice et antiseptique marquée ;

4. Hémostatique puissant ;

(1) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison d'avril 1888 p. 189.

5. Maniement facile et précis, puisque cette pâte a la consistance du mastic et n'attaque pas les mains de l'opérateur ;

6. Ce caustique n'étant ni fusible ni déliquescent, peut s'appliquer aisément et sûrement, et rester en place pendant un temps plus ou moins long (de 6 à 24 heures), d'après l'intensité d'action que l'on veut obtenir ;

7. Les eschares se détachent très bien et en peu de jours, par des pansements à la glycérine, phéniquée ou non.

La pâte se formule et se prépare comme suit :

Farine d'amidon.....	37 parties
Farine de froment.....	112 "
Bichlorure de mercure.....	1 partie
Chlorure de zinc sec.....	110 parties
Iodol pur.....	10 "
Croton-chloral	10 "
Bromure de camphre	10 "
Acide phénique cristallisé.....	10 "

Mélez dans un mortier en verre ces substances préalablement pulvérisées à part, et ajoutez peu à peu la quantité d'eau distillée suffisante pour obtenir une pâte homogène, sans grumeaux et de la consistance du mastic des vitriers. En maniant cette pâte dans les mains humectées d'eau, on en fait ce que l'on veut ; elle se conserve parfaitement.

TABLEAU MÉTRIQUE.

Le système métrique étant assez souvent mis en usage dans les colonnes de ce journal, le tableau suivant pourra être de quelque utilité à ceux de nos lecteurs qui ne sont pas encore tout-à-fait au courant des détails de ce système.

MESURES DE LONGUEUR.		POIDS.	
1 Millimètre	0.001 = 0.39 pouces	1 Milligramme.	0.001 = $\frac{1}{37}$ grains
1 Centimètre	0.01 = .393 "	1 Centigramme.	0.01 = $\frac{1}{6}$ "
1 Décimètre	0.1 = 3.937 "	1 Decigramme..	0.1 = 1½ "
1 Mètre	1. = 39.370 "	1 Gramme	1. = 15.432 grains
1 Kilomètre	1000. = .62 milles	1 Kilogr....	1000. = 2.7 livres
EQUIVALENTS APPROXIMATIFS.		TEMPÉRATURE.	
1 m ou 1 grain	= .06 gram	37° Centigr. = 98°.6 Fahr.
1 fl drach. ou 1 drach.	= 4. "	88° " = 100°.4 "
1 fl oz.	= 30. "	39° " = 102°.2 "
1 oz.	= 31. "	40° " = 104°. "
1 fl oz. glycérine. . . .	= 37. "	41° " = 105°.8 "
1 fl oz. sirop	= 40. "	1° Cent. = 1° 8 Fahr.—Pour convertir les Cent. en Fahr., multipliez par 1.8 et ajoutez 32. Exemple : 40° Centigr. (40 x 1.8, plus 32) = 104° Fahr.	

COMMUNICATION.

De la diphthérie et de son traitement.

Monsieur le Rédacteur,

Si l'on en juge par la discussion qui se fait assez activement dans l'UNION MÉDICALE depuis quelque temps, on voit que l'accord est loin d'être parfait sur la manière de traiter la diphthérie.

Avec des idées tout-à-fait pacifiques, je viens à mon tour, aujourd'hui, offrir humblement à vos lecteurs quelques considérations sur cet important sujet; heureux si je puis apporter seulement un peu de lumière sur cette question.

Depuis que j'ai fait connaissance avec l'angine couenneuse, j'ai toujours cru que cette maladie est d'emblée constitutionnelle, comme la scarlatine, la variole, et que le mal de gorge qui l'accompagne n'est que la manifestation locale d'une affection générale du système. Et ce qui me confirme dans cette pensée, c'est que les symptômes annonçant le trouble constitutionnel précèdent l'arrivée de l'inflammation locale. De plus, certains auteurs nous disent avoir rencontré des cas de diphthérie sans mal de gorge. Donc, la diphthérie "engendre des fausses membranes comme la variole engendre des pustules." Mais je ne vois pas sur quoi on s'appuie pour dire que l'inflammation diphthéritique de la gorge engendre la maladie constitutionnelle. Par conséquent, il n'est pas plus possible de guérir la diphthérie en cautérisant ses exudations, qu'il n'est possible de guérir la variole ou la scarlatine en détruisant l'éruption de ces maladies par les escharotiques, et ceux qui cautérisent dans le but d'arrêter les progrès de l'exsudation n'ont pas plus raison que ceux qui le font pour juguler la maladie constitutionnelle. En effet, puisque l'inflammation diphthéritique se développe sur n'importe quelle partie de la peau dénudée de son épithélium, il est évident qu'elle le fera avec bien plus d'intensité dans la gorge, qui est son lieu de prédilection, chaque fois qu'on y appliquera le caustique ou qu'on y produira une irritation quelconque.

Cependant, tout en étant opposé au système de cautérisation, j'attache une importance capitale à un traitement local, surtout dans les cas où les manifestations locales se portent du côté des voies respiratoires; or, ces cas sont très nombreux, puisqu'il est admis aujourd'hui que, parmi les victimes de l'angine couenneuse, le plus grand nombre succombent par suite de l'invasion du larynx. Il s'agit donc ici de faire disparaître les fausses membranes et de prévenir leur formation. Mais par quels moyens? Voilà la question.

Dans mon humble expérience, le moyen par excellence, ce sont les inhalations de vapeurs d'eau de chaux. Pour cela, je me sers généralement du *pulvérisateur à vapeur* ; mais chez les jeunes enfants, je donne la préférence au *pulvérisateur à la main*, comme étant plus facile.

Voici d'ailleurs comment je procède : Toutes les heures, pendant un quart d'heure, je fais diriger un courant de vapeur d'eau de chaux tiède dans la bouche de mon patient, en lui recommandant de faire ses inspirations courtes et fréquentes. Dans les cas graves, je fais répéter ces sortes d'opérations jour et nuit. Puis, pas de gargarismes, pas de badigeonnages, pas d'émétiques. Lorsque le larynx n'est pas affecté, au lieu d'eau de chaux, je fais vaporiser une solution concentrée de chlorate de potasse. En outre, traitement hygiénique des maladies asthéniques et infectieuses. A l'intérieur, je donne le chlorate de potasse, que je n'aurais pas d'objection à remplacer par le benzoate de soude qui jouit aujourd'hui d'une certaine réputation. Pour toute application externe, je me contente de faire tenir de la ouate chaude autour du cou du malade. Voilà le traitement que j'ai suivi assidument autant que possible, depuis deux ans, et, sans avoir de statistiques à présenter, je suis profondément convaincu que je lui dois des succès.

DR. S. BOLDOC.

St-Michel de Bellechasse, 20 avril 1888.

Régime alimentaire des goutteux, par DUJARDIN-BEAUMETZ.

—Le goutteux peut faire usage de toutes les viandes, en donnant toutefois la préférence aux viandes blanches. User modérément des œufs, des poissons, des mollusques, des crustacés et des aliments gras. Les légumes doivent entrer pour une grande part dans son alimentation, à l'exception de l'oseille et des épinards, qui renferment de fortes proportions d'acide oxalique. User avec ménagement des légumes nourrissants très azotés, tels que le chou et le chou-fleur, et des graines féculentes, telles que pois, haricots, lentilles et fèves. Remplacer le pain par des pommes de terre. Les fruits sont tous favorables, et la cure de raisin peut améliorer l'état de certains podagres. Comme boisson, l'eau, et en particulier l'eau légèrement alcaline, pour couper les vins de Bordeaux légers, et les vins blancs peu alcooliques. Ni vin de champagne, ni eau très gazeuse, ni bières fortes et suralcoolisées. Prendre le café en infusion très légère ; point de thé, qui renferme une forte proportion d'acide oxalique. Entretenir la liberté du ventre avec des eaux minérales purgatives ; vider la vessie toutes les deux heures ; lotions sur tout le corps, massage, exercice sous toutes les formes.—*Revue internationale des sciences médicales.*

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE

Des vertiges.—Clinique de M. le prof. POTAIN à l'hôpital de la Charité.—Jeudi dernier, nous avons reçu dans nos salles deux malades atteints tous deux de la même affection ou plutôt d'un symptôme identique, de vertiges, sans autres phénomènes bien accentués, ce qui nous force à chercher l'origine même de ces vertiges. Nous savons que le vertige peut se rencontrer dans une foule d'affections diverses et que, parfois, il est même pour ainsi dire, le seul et unique symptôme de certaines maladies graves. Nous allons donc passer en revue tous les cas où il se rencontre.

Mais tout d'abord, qu'est-ce que le vertige ? Un trouble cérébral résultant de la difficulté, pour l'individu, de conserver la notion précise de ses rapports avec le monde extérieur. De là trois sortes de vertiges : le vertige sensoriel, le vertige mental et le vertige moral.

Citons quelques exemples : Un ivrogne voit tout tourner autour de lui, il lutte contre son vertige et fini par tomber : vertige alcoolique ou sensoriel. Un étudiant, pressé par un examinateur dans une question qu'il ne connaît pas ou qu'il connaît mal, se trouble, s'embarrasse et répond au hasard : vertige mental. Enfin, une femme pressée par un galant trop entreprenant, résiste tout d'abord, puis se trouble, s'embarrasse, s'affole, s'abandonne et succombe : vertige moral. Or, dans ces trois cas, le vertige est un éblouissement de l'esprit, du sens intérieur, qui empêche la volonté de fonctionner régulièrement.

Mais la question est si vaste que, pour aujourd'hui, je me bornerai à une étude rapide de ces vertiges, c'est-à-dire du vertige sensoriel. Ce vertige résulte d'un trouble de nos sens, de ceux qui nous mettent en rapport avec le monde extérieur, non pas de tous, car il nous faut éliminer les sens du goût et de l'olfaction, mais du sens cutané musculaire, du sens de l'ouïe et du sens de la vue. Quoi qu'il en soit de son origine, le vertige sensoriel consiste dans des phénomènes analogues : dans un mouvement gyrateur plus ou moins rapide des objets autour du malade ou bien, dans certains cas, c'est le malade lui-même qui croit tourner ; ou bien encore quelquefois le mouvement gyrateur est converti en mouvement ascendant ou descendant. De plus, les malades per-

dent l'équilibre à cause des sensations fournies par la vue et par le sol. Chez certains d'entre eux l'éblouissement s'accompagne de diplopie, de pâleur extrême, de sueurs froides ; il peut même aller jusqu'à la syncope.

Les causes du vertige sont de plusieurs ordres : elles sont physiologiques : absence de toute sensation, silence absolu ou bruits confus, intenses, obscurité complète, brouillard, suppression subite de la sensation du contact du sol (tangage des navires sur mer), monotonie absolue des sensations, telle, par exemple, que la vue continue d'un papier couvert de raies ou de signes équidistants, la monotonie aussi de rythmes persistants ; des chatouillements continus ; la rapidité extrême de certaines sensations, des bruits aigus, des mouvements inaccoutumés de rotation, comme la valse, ou de haut en bas, la difficulté d'accommodation de l'œil comme, quand on regarde d'un lieu élevé le sol ; mais, dans ce dernier cas, il y a autre chose aussi, et le phénomène est complexe. Voilà pour le vertige physiologique. Quant au vertige pathologique, il est tantôt symptomatique ou sympathique, tantôt idiopathique. Le premier est symptomatique d'une affection du cerveau, du cervelet, de la moelle, du cœur, des reins, soit d'une affection congestive, soit de l'anémie, de l'ischémie cérébrale ; dans le cas d'anémie, il se produit surtout lorsque l'individu passe de la position horizontale à la position verticale ; dans le cas de pléthore, il a lieu, au contraire, dans le passage de la position verticale à la position horizontale, dans l'ischémie cérébrale, le vertige survient à la suite d'un travail exagéré du cerveau ; le vertige est quelquefois le début de la sclérose en plaques.

Les affections du cervelet donnent lieu au plus haut degré aux vertiges, ceux-ci en sont le symptôme le plus constant et dès le début ils sont caractérisés par leur intensité exceptionnelle et par leur durée.

Parmi les affections de la moelle déterminant des vertiges, M. Girodeau, dans sa thèse, cite principalement l'ataxie locomotrice, la sclérose en plaques, l'atrophie progressive ; dans ces différentes maladies, le vertige se produit lorsque l'affection atteint la région cervicale de la moelle. Il en est alors, pour ainsi dire, le symptôme exclusif ; il se montre par paroxysmes, à des intervalles plus ou moins longs (des semaines, des mois, voire même une année). Il présente cette analogie avec le vertige de Ménière, qu'il est réduit aux sens de l'espace ; les malades qui en sont affectés ne se rendent pas compte des distances, ils entendent mal le tic-tac d'une montre.

Quant aux affections du cœur, le vertige peut en être la première manifestation, alors même que la maladie présente déjà une certaine gravité (grosse insuffisance aortique, rétrécissement et insuffisance mitrale, sclérose de l'aorte). Les maladies du rein avec urémie entraînent aussi l'apparition des vertiges ; tel a été

le cas du n^o 13 de la salle Saint Luc qui, bien portant, et ayant très chaud, descend dans une cave très froide, éprouve un refroidissement subit, des vertiges et perd connaissance. Puis dès ce moment, il a des accidents albuminuriques. Les phénomènes vertigineux étaient le résultat d'une action réflexe partant du rein congestionné.

Dans la goutte, le vertige est bien connu, beaucoup de goutteux n'ont même parfois, pour tout symptôme, que des vertiges et rien d'autre.

La syphilis peut donner lieu à des vertiges à toutes les périodes, soit dans la période secondaire au bout de quelques mois, mais surtout dans la syphilis tardive entre la troisième et la dixième année, il consiste en une obnubilation passagère avec éblouissement, tintements d'oreilles, etc.

Enfin, le vertige peut être le résultat de quelque intoxication par l'absinthe, l'alcool, le tabac, les vapeurs de charbon, le sulfate de quinine, la belladone, l'opium, etc. Un de nos malades, le jeune pale... enier couché au lit n^o 16, est un garçon qui, dès son arrivée à Paris, a pris l'habitude de boire de l'alcool le matin à jeun ; de là des crises gastriques avec vertiges, surtout le matin en se levant.

Je ne dois pas oublier, parmi les vertiges symptomatiques, ceux que l'on rencontre dans certaines maladies infectieuses, comme la fièvre typhoïde, par exemple.

Si maintenant nous passons au vertige symptomatique ou réflexe, nous citerons le vertige laryngé, à la suite d'accès de toux très quinteuse, mais, dans ce cas, il faut tenir compte de la rapidité des mouvements respiratoires amenant une anémie subite du cerveau. Parfois aussi, certains accès de petite toux sèche du larynx déterminent des vertiges très intenses. Le vertige gastrique, véritable réflexe, part de l'estomac ; il est quelquefois assez intense pour donner lieu à des erreurs de diagnostic ; il disparaît avec la cause qui l'a fait naître, il n'est pas déterminé par l'ingestion des aliments, mais survient pendant le cours de la digestion. Cependant chez certains sujets, au contraire, il tient à la vacuité de l'estomac. Il existe aussi, dans certains cas, des vertiges partant de l'utérus, chez des femmes atteintes d'affections du col, de métrite.

L'oreille peut être aussi le point de départ d'un réflexe vertigineux, notamment dans le cas de jet d'eau lancé violemment dans le conduit auditif. Les affections de l'oreille interne, dans la caisse du tympan, la maladie de Ménière, entraînent avec elles des vertiges. Enfin les vertiges idiopathiques se divisent en vertiges oculaires, auditifs et musculaires. Les premiers ont été signalés par M. Abadie principalement, en 1851 ; il sont le résultat de troubles dans les mouvements de l'œil, de troubles de réfraction ou déviation oculaire comme dans la paralysie motrice

de l'œil. Les vertiges auditifs ou de Ménière sont dus à une affection de l'oreille (lésion des canaux semi-circulaires), ils consistent en des bruits de tintement, des sifflements aigus avec tournoiement des objets, nausées, et toujours un peu de surdité. Les maladies de l'oreille externe peuvent aussi amener des vertiges, de même que l'accumulation du cérum, la présence dans le conduit auditif externe d'un corps étranger, pressant sur le tympan. Les vertiges auditifs peuvent donc être la conséquence tout aussi bien d'une affection de l'oreille externe, de la caisse du tympan, que d'une lésion profonde, d'une lésion des canaux semi-circulaires. Aussi le diagnostic différentiel de ces trois causes doit il toujours être fait avec le plus grand soin. Quant au troisième groupe des vertiges idiopathiques ou vertiges musculaires, ils sont le résultat de troubles de la sensibilité musculaire, comme, par exemple, chez les ataxiques.

On sait que, lorsque l'on ouvre la séreuse rachidienne chez un animal, celui-ci est pris de vertiges ; il en est de même lorsqu'on vient à sectionner les muscles rotateurs de la tête. Or, il y a des malades chez lesquels un rhumatisme des muscles de la nuque, un torticolis, déterminent des vertiges. D'autre part, nous savons aussi qu'un certain nombre de rhumatisants, en dehors du rhumatisme de la nuque, sont des vertigineux, mais, dans ce cas, leur vertige est dû à ce qu'ils sont aussi des dyspeptiques.

Après cet exposé rapide sur les différents vertiges qui rentrent dans le groupe des vertiges sensoriels et sur les nombreuses causes qui peuvent les déterminer, disons quelques mots de l'un de nos malades, de celui qui est couché au lit n° 15.

Cet homme, qui paraît jouir d'une bonne santé, qui est fort, est, en réalité, un rhumatisant. Il y a dix ans, pour la première fois, il a eu un rhumatisme lombaire ; puis, plus tard, à diverses reprises des douleurs rhumatismales dans d'autres régions du corps, douleurs qui n'ont jamais porté sur les articulations, mais bien sur les muscles ; il est donc un rhumatisant musculaire. Or, depuis une douzaine de jours, il a été pris, de nouveau, de rhumatisme dans les lombes et dans les muscles de la nuque : rhumatisme lombaire et occipital s'accompagnant de vertiges intenses avec engourdissement des facultés intellectuelles. Déjà, il y a deux ans, il avait éprouvé les mêmes phénomènes. Ainsi, quand il est dans son lit, la tête convenablement placée sur l'oreiller, les vertiges cessent pour reparaitre aussitôt qu'il cherche à tourner la tête, même sans faire aucun autre mouvement que ceux de la rotation de la tête. Ils cessent aussi très rapidement, en quelques jours, par l'application de révulsifs sur la nuque. Ces vertiges rentrent dans le groupe des vertiges idiopathiques que nous venons d'étudier tout à l'heure, c'est-à-dire des vertiges idiopathiques musculaires.—*Gazette des hôpitaux.*

Anémie d'origine fécale.—Dans une des dernières réunions de la Société de Médecine de Londres, le Dr André CLARK a fait une communication sur l'étiologie et le traitement de l'anémie et de la chlorose chez les jeunes filles et les jeunes femmes de 14 à 24 ans. Il a étudié pendant de longues années les résultats de la rétention des excréments et les effets de leur décomposition. Il décrit les symptômes particuliers et caractéristiques de ces formes de chlorose et d'anémie qui arrivent chez les jeunes femmes, qu'il attribue, dans un grand nombre de cas, à l'accumulation des matières fécales dans le gros intestin, leur décomposition et l'absorption consecutive des poisons ainsi formés. Il fait remarquer que les selles peuvent être quotidiennes, mais insuffisantes comme abondance ; cependant, dans ces cas, quand la constipation proprement dite n'existe pas, la rétention fécale n'arrive jamais avec les résultats fâcheux qu'il signale. Cette condition n'est particulière à aucune classe de la société ; elle se rencontre aussi bien chez les suralimentés que chez ceux qui le sont insuffisamment, chez les pauvres comme chez les riches. Il rapporte les différentes théories qui ont été mises en avant, pour expliquer la cause de l'anémie, par Virchow, Germain Sée et les autres. Les jeunes filles, à l'âge de puberté, commencent à penser davantage à la vie sociale, elles cessent de prendre autant d'exercice qu'auparavant, elles se compriment la taille, elles observent plus exactement les convenances et entre autres choses, se retiennent parfois d'aller au cabinet. Il poursuit ses recherches au sujet de la formation des alcaloïdes dans les intestins, et montre que souvent on a affaire à une absorption toxique. Une preuve secondaire de cette assertion, c'est le succès constant que l'on obtient par l'administration de matières ferrugineuses laxatives qui débarrassent l'intestin et rétablissent les choses dans leur état naturel. Il discute en détail la diététique et le traitement médical de ces cas, et montre que les laxatifs sont toujours plus utiles que les ferrugineux. Des malades traitées sans succès pendant des mois sont rapidement guéries dès que ce nouveau mode de traitement est mis en usage.

Pour maintenir la guérison, il est essentiel de prévenir le retour de l'état des choses qui a donné naissance à l'affection.—*British Medical Journal.*

Traitement de la fièvre de foin, par M. Andrew CLARK.—L'auteur admet qu'il existe trois facteurs dans l'attaque de fièvre de foin : l'irritabilité locale, l'action de la cause externe excitante, la constitution nerveuse. La cause externe est ordinairement le pollen des herbes exerçant une action plus physique que spécifique ; c'est lui qui irrite en réalité la muqueuse nasale. Dans le traitement, on doit se proposer : d'adoucir et de fortifier le système nerveux, de diminuer l'irritabilité locale et d'éloigner la cause excitante ; pour cela il faut donner des toniques pour dimi-

ner l'irritabilité nerveuse, mais le traitement local est peut-être le meilleur et le plus sûr moyen de guérir la maladie. Il y a trois modes de traitement local : 1^o Diminuer la sensibilité de la muqueuse nasale, 2^o l'épuiser, 3^o enlever, modifier ou détruire par les caustiques ou par le cautère, les portions de la muqueuse nasale sur lesquelles on croit que siège l'irritabilité pathogénique. M. Andrew Clark discute toutes les méthodes opératoires proposées jusqu'ici dans ce but. Il est inutile d'essayer de diminuer par des applications locales d'atropine ou d'aconitine l'irritabilité de la muqueuse nasale, on n'obtient que des mauvais résultats si l'on en obtient. La cocaïne promettait davantage ; mais on a vanté outre mesure ses succès dans la fièvre de foin. Le meilleur mode d'administration, c'est l'application d'une solution de 5 à 15 0/0 appliquée à l'intérieur du nez, ou en arrière du voile du palais au moyen d'un pinceau en poil de chameau. D'après son opinion, les bougies ou les douches nasales sont beaucoup moins utiles. Le traitement général consiste à diminuer l'irritabilité de la muqueuse nasale de telle sorte qu'elle ne réagisse plus sur l'état général d'une façon pathogénique. Il faut un régime simple, très modéré, peu de stimulants alcooliques, des exercices journaliers, le matin, et la continuation des occupations du malade. L'arsenic, le fer, les bromures, la noix vomique sont indiqués chez les individus faibles et nerveux, comme la quinine effervescente et le carbonate d'ammoniaque. Pour le traitement local, il faut une potion composée de 30 gr. de glycérine et d'acide phénique, de 1 gr. 50 de chlorhydrate de quinine. Les narines seront nettoyées avec une solution renfermant de la boro-glycérine (30 gr. par pinte) ; une brosse laryngée est plongée dans une mixture phéniquée, poussée doucement, mais avec énergie dans chaque narine, aussi haut que possible sans qu'on puisse produire de lésions, puis retirer ; on peut quelquefois brosser avec avantage le pharynx par la bouche. Dans tous ces cas, les effets immédiats sont désagréables, et durent d'une demi-heure à une demi-journée. La céphalalgie frontale, la toux, l'expiration d'un peu de mucus traché de sang sont les phénomènes ordinaires de paroxysme de fièvre de foin ; on les observe après le traitement, il faut en avertir les malades et les prévenir qu'ils seront courts et n'auront aucun danger. D'habitude, deux ou trois applications sont nécessaires pour assurer une chance complète de succès. La longueur des intervalles entre les applications doit être déterminée par le caractère des effets immédiats. S'ils sont doux, les applications peuvent être renouvelées tous les deux jours, mais, s'ils sont graves, il faudra au moins trois jours avant qu'elles réussissent. Quelquefois une seule application de la mixture à l'acide phénique est suffisante pour prévenir pour toute une saison le retour du paroxysme de la fièvre de foin. Parfois ce paroxysme ne reparaît jamais.—*British Medical Journal.*

Diabète sucré, ses rapports avec les affections du système nerveux.—Au dire d'Auerbach, ce sujet n'aurait été qu'effleuré par les médecins allemands. En France, les travaux de Féré, Lecorché, Legrand du Saule, demande à être développés. Après l'importante découverte de Claude Bernard sur les effets produits par la piqûre du quatrième ventricule, on pouvait supposer qu'on était enfin en possession du *secret* du diabète. On devait connaître, grâce à la physionomie expérimentale, le centre qui préside à la sécrétion du foie et dont les lésions causent la glycosurie. On était dans l'erreur et aujourd'hui on n'est pas plus avancé qu'autrefois. On ne considère plus le diabète comme l'exagération d'une fonction normale; on n'a pu non plus prouver définitivement que le diabète était dû à la lésion de telle ou telle partie du système nerveux. Ce qui paraît prouvé, c'est qu'on peut devenir diabétique après une violente émotion morale; c'est que, d'après les expériences de Schiff et de Külz, la section du nerf ischiatique conduit au même résultat. Léon Gros a vu se produire la glycosurie au moment où une névralgie occipitale atteignait son paroxysme. L'action du système nerveux paraît donc indéniable, chaque fois que le diabète se produit.

Laissons les causes déterminantes, dit Auerbach, et voyons les conséquences nerveuses du diabète :

La mélancolie, la mauvaise humeur, l'insomnie et la frigidité sont fréquentes chez les diabétiques. Ils deviennent hypochondriaques; ils analysent eux-mêmes leurs urines, se pèsent continuellement. L'hypochondriaque diabétique devient un paresseux; mieux que cela : un parétique qui se fatigue pour rien; l'insomnie a une action directe, ainsi que la glycosurie elle-même sur l'impuissance motrice qui arrive à grands pas.

Nous relevons, dans l'article d'Auerbach, un détail important à propos de psychoses diabétiques ou réputées telles : Pour peu que de pareils troubles intellectuels se produisent, il faut une *prédisposition morbide spéciale*. Ce ne sont pas tous les diabétiques qui versent dans l'hypochondrie. L'auteur cite un exemple bien probant :

Un homme meurt fou. Sa femme meurt diabétique. Onze enfants sont nés de cette union : quatre seulement échappent à la fatalité héréditaire; sur les sept autres deux moururent, l'un de psychose, l'autre de diabète; quatre souffrent actuellement de psychose et le dernier de diabète. Plusieurs enfants de ces onze descendants directs sont déjà atteints de psychose et de diabète. Ici, la relation entre ces psychoses et le diabète s'accuse d'une façon étroite.

L'auteur arrive aux apoplexies diabétiques et aux différentes paralysies qui leur font suite, et il affirme que dans la majorité des cas, si l'on trouve moyen de faire disparaître complètement le sucre des urines, on voit disparaître tous les phénomènes paraly-

tiques. Aux névralgies (occipitales surtout), qui affectent les malades, il faut joindre les hyperesthésies de toutes natures mais localisées surtout à la plante des pieds, où elles rendent impossibles la marche et la station verticale. Il faut joindre à cela des paresthésies, des sensations subjectives. Un vieillard ne pouvait dormir qu'à la condition de se mettre sur le crâne une grosse pierre. Il supprimait ainsi une sensation subjective très pénible d'écrasement du sommet de la tête. Tout cela disparut avec la glycosurie. Du côté des sens : *rétinite*, atrophie du nerf optique, maladies diverses du nerf acoustique. Rien du côté du goût ni du côté de l'odorat. Quelquefois il se produit de l'hyperhydrose, bien que le diabète ait en général peu d'action sur les nerfs sécréteurs. On verrait aussi les différentes dermatoses et le glossy skin. L'abolition du réflexe patellaire se rencontrerait dans 35 à 40 pour 100 des cas.

En terminant, Auerbach dit, à propos de l'impuissance diabétique, que la présence du sucre dans le sang a une influence directe sur la vitalité et sur la production du sperme. Pour ce qui est de la pathogénie générale du diabète, l'auteur dit qu'on ne doit plus se risquer à affirmer qu'il provient d'une affection quelconque des centres nerveux.—*Journal des sciences méd. de Lille.*

CHIRURGIE

Résultats thérapeutiques de l'intervention chirurgicale chez les malades du service pendant l'année scolaire 1886-1887.—Clinique de M. TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Je désire passer en revue l'ensemble des résultats thérapeutiques obtenus dans le service pendant l'année 1886-1887. C'est là pour moi un bon moyen de tirer des faits multiples des déductions générales utiles, des conséquences plus nettes au point de vue des indications thérapeutiques.

Le nombre des malades du service, chez lesquels une intervention chirurgicale a eu lieu, est de 308, chiffre peu différent de celui de l'année précédente qui était de 304. Sur ce nombre, nous avons eu 20 décès, soit 6,49 p. 100 ; l'an dernier, la mortalité avait été de 17 soit 6,7 p. 100. Ce sont là des chiffres heureux qui montrent que les progrès obtenus se maintiennent, puisqu'avec les années je suis tombé d'une mortalité de 15 p. 100 à celle de 6 et une fraction. C'est un progrès considérable, mais ce n'est pas encore le maximum de ce que nous pouvons espérer voir réaliser un jour.

Ces 308 malades opérés se divisent de la manière suivante :

Abcès, phlegmons, anthrax, lymphangites : 33 malades, 3 morts.—Tuberculose : 35 malades, 0 mort.—Tumeurs développées

en un point quelconque du corps : 35 malades, 1 mort.—Fractures du crâne : 2 malades, 2 morts.—Affections de la tête, des sens, de la bouche : 27 malades, 2 morts.—Cou, thorax, abdomen : 15 malades, 4 morts.—Anus, rectum, colotomie, extirpation : 45 malades, 2 morts.—Hernies : 11 malades, 0 mort.—Organes génito-urinaires (hommes et femmes) : 58 malades, 2 morts.—Membres, ostéotomie : 23 malades, 1 mort.—Amputations diverses : 18 malades, 3 morts.—Fractures compliquées : 6 malades, 0 mort.

Soit un chiffre total de 308 malades opérés, sur lesquels nous comptons 20 décès.

Sur ces 20 décès, il en est un très petit nombre, 4 peut-être, qui eussent pu être évités : ainsi une femme morte de pneumonie, contractée dans un courant d'air à la suite d'une extirpation du rectum ; une femme opérée du sein ; une hématoécèle et une amputation de cuisse suivies de septicémie.

Quelques détails maintenant sur ces différents groupes :

1^o 3 individus, groupe des anthrax, phlegmons, etc., sont morts ; ils étaient entrés à l'hôpital dans un état fort grave ; deux d'entre eux, diabétiques, étaient absolument cachectique, le troisième sujet, une femme âgée de soixante-treize ans, était plongé dans la misère la plus absolue.

2^o Sur les 35 malades opérés de tumeurs, nous en avons perdu un ; il s'agissait d'une tumeur ulcérée du côté droit du cou, entrée dans un état affreux, avec fistule large et profonde, donnant issue à un liquide ichoreux, infect ; la tumeur était un sarcome à marche rapide. J'enlevai la partie superficielle de la tumeur, non pas comme opération curative, mais pour soulager le malade, et je cautérisai ensuite avec le thermocautère. Cet homme mourut dix jours après l'opération. Il serait mort infailliblement si nous n'étions pas intervenu.

3^o Les 2 fractures du crâne, suivies de mort, ont été opérées en ce sens qu'on a enlevé les esquilles visibles et qu'on a relevé les portions voisines qui piquaient la substance cérébrale.

4^o Tête, sens et bouche. Ici 2 morts, toutes deux à la suite de l'ablation de tumeur étendue de l'isthme du gosier, morts qui ne sont pas survenues à la suite de septicémie, mais d'accidents d'origine nerveuse (syncopes, palpitations, étouffements, mort subite). L'un de ces malades est mort en voulant se soulever dans son lit pour se mettre sur son séant.

5^o Cou, thorax, abdomen. Sur 15 opérés, 4 morts, parmi lesquels je citerai : a) une gastrotomie, au mois de juillet dernier, faite dans de très bonnes conditions, sous tous les rapports, et avec succès, le malade n'était nullement épuisé, mais il avait toujours pensé que l'opération lui permettrait de manger par la bouche. Or, quand il vit qu'il devait s'alimenter par l'estomac, il fut pris d'un desespoir sombre, silencieux, refusa à se laisser nourrir et succomba le onzième jour dans un état d'épuisement absolu et

d'inanition ; b) un cas de laparotomie faite pour une blessure par arme à feu ; il a donné lieu à une discussion à la Société de chirurgie. En pareil cas, l'opération doit être des plus promptes et chez ce malade, venu à pied à l'hôpital, malgré sa blessure, et ne voulant pas dire ce qu'il avait, nous avons trop attendu pour intervenir.

6° Anus, rectum, extirpation de cancer ou colotomie lombaire ou iliaque : 45 malades, 2 décès. De ces deux morts, l'un est un jeune garçon de dix sept ans, très mal en arrivant, très amaigri, se plaignant de véritables tortures lorsqu'il allait à la selle ; il était atteint de tumeurs multiples situées dans le rectum, qui n'empêchaient pas le passage de matières fécales, mais qui rendaient les selles horriblement douloureuses. Je fis la colotomie lombaire, l'opération réussit très bien, le malade éprouva un très grand soulagement et survécut 45 jours, succombant non pas aux suites opératoires, mais au progrès du mal, à la généralisation sarcomateuse dans l'intestin.

Le second décès est celui d'une femme, à laquelle j'avais fait l'extirpation du rectum, et qui est morte de pneumonie intercurrente, à la suite de ces visites du dimanche dans les hôpitaux, si déplorables pour la santé des malades.

7° Organes génito-urinaires : 2 morts, l'un à la suite de la taille sus-pubienne, l'autre à la suite d'une extirpation du rein.

Le premier sujet était dans un état extrêmement grave, au moment de l'opération, il succomba à des complications rénales ; l'autre était dans un état néphrétique très avancé, quand M. P. Segond, qui m'a suppléé pendant les vacances, l'a opéré ; il avait des abcès des reins, des kystes hydatiques au foie, une fistule urinaire, etc.

8° Amputations et désarticulations : 3 morts. Les conditions dans lesquelles se trouvaient les trois individus qui ont succombé, ne permettaient guère qu'ils fussent sauvés. L'un d'eux a subi la désarticulation de l'épaule pour une suppuration profonde du bras avec mise à nu de l'os et accidents septicémiques, il s'agissait en somme d'une ostéomyélite infectieuse à marche rapide. L'opération ne put enrayer les accidents. Parmi les amputations de la cuisse, je dois citer : 1° une femme de quarante-deux ans, tombée d'un quatrième étage et qui eut une fracture comminutive des deux jambes, avec contusion violente du thorax et de l'abdomen (hématémèses et selles sanglantes consécutives), contusion grave de l'épaule, plaie infectieuse d'une jambe, amputation le dixième jour, septicémie à marche lente, mort dix jours plus tard ; 2° un homme qui s'est véritablement tué : il avait une arthrite infectieuse suppurée de genou, la synoviale était gravement atteinte, les cartilages de la rotule altérés ; trois jours après une dernière incision, j'engage le malade à se laisser amputer la cuisse, il refuse absolument jusqu'au jour où il était réellement trop tard de le faire. L'opération fut faite *in extremis*.

Donc sur 308 opérés, 20 morts (ou 6,5 p. 100) sur lesquels 4 auraient pu survivre peut-être, s'ils n'avaient pas contracté d'accidents à l'hôpital.

Par contre, j'ai eu, sur ces 308 opérés, à enlever des tumeurs volumineuses, à faire des ovariectomies et des hystérectomies et toutes m'ont donné de très bons résultats.

Il en est de même de 6 cas de fractures compliquées qui ont toutes guéri et de 3 hernies étranglées où la cure radicale a été suivie de guérison dans les trois cas ; de même ainsi de 8 autres cas de hernie où la cure radicale à des degrés divers a donné 8 guérisons.

Sur 7 colotomies, 2 morts seulement, donc bon résultat. Sur les 18 amputations, nous en comptons 5 petites, des amputations de doigt, et 13 grandes, c'est-à-dire de cuisse, jambe, bras et avant-bras, dont 9 de cuisse sur lesquelles 2 morts (la femme tombée du quatrième étage, et l'homme à l'arthrite suppurée infectieuse du genou, dont j'ai parlé tout à l'heure).

Si je réunis à ces 13 cas ceux que j'ai eu l'occasion de pratiquer pendant les sept années précédentes, j'arrive au chiffre de 65 grandes amputations sur lesquelles j'ai eu 11 morts ou 16 p. 100. Autrefois la mortalité montait à 49 p. 100. c'est donc un progrès considérable. Ces 65 amputations se décomposent de la manière suivante :

Cuisse.....	31	amputations.	6	morts	ou	19	p. 100.
Jambe.....	22	—	3	—	13	—	
Bras.....	7	—	1	—	14	—	
Avant-bras...	5	—	1	—	20	—	

Cette mort à la suite de l'amputation du bras est celle d'un vieillard de soixante-dix-sept ans, qui avait eu le bras écrasé.

Le résultat de cette étude nous montre combien la mortalité a été abaissée soit en bloc, soit en détail, pour ces diverses opérations ; ce résultat est dû à l'antiseptie. Cet abaissement n'a pas été réalisé du jour au lendemain, il a été progressif, et il n'a pas dit son dernier mot, et j'espère que nous verrons encore la mortalité tomber de 16 p. 100 à 12 et même à 10 peut-être.

Autrefois l'on disait que si l'amputation sus-malléolaire, par exemple, ne donnait pas toujours un résultat très commode au point de vue fonctionnel, cependant elle donnait lieu à une mortalité bien moindre que l'amputation pratiquée plus haut. Tandis qu'aujourd'hui les chiffres ci-dessus nous montrent, sur 31 amputations de cuisse, 6 morts seulement ou 19 p. 100. Ce ne sont donc plus ni l'étendue de la plaie, ni le volume de l'os sectionné qui jouent un rôle important dans cette mortalité, mais bien la gravité de l'état antérieur des malades et la proportion relative de septicémie qui filtre à travers le pansement, malgré les soins les plus délicats, montrant ainsi que l'antiseptie, si bien faite qu'elle soit, n'est pas absolue, mais relative encore. — *Gaz. des hôpitaux.*

Dilatation du prépuce et circoncision.—On sait que M. de Saint-Germain, pour éviter les accidents qui compliquent quelquefois la circoncision (hémorrhagie grave, gangrène partielle, diphtérie) a imaginé de dilater le prépuce avec une pince à deux branches—de telle sorte que le gland puisse être facilement découvert.—M. MALÉCOT pense que cette opération est insuffisante car, quel que soit le degré de dilatation et de laxité de prépuce, les malades n'en restent pas moins exposés aux inconvénients d'un prépuce trop long (balano-posthite, hyponchondrie, prédisposition à la contagion, arrêt de développement du gland) ; selon cet auteur, la circoncision reste l'opération de choix et est d'une innocuité parfaite, lorsqu'on opère selon les règles de la méthode antiseptique.—*Revue gén. de clinique et de thérap.*

Chirurgie des voies biliaires.—M. le docteur TERRILLON a eu l'occasion d'observer un très intéressant cas de dilatation de la vésicule biliaire. C'était une femme de 24 ans, elle n'avait jamais eu d'ictère, et, depuis quelque temps, elle était devenu dyspeptique et elle maigrissait. Un jour elle s'aperçut, par hasard, qu'elle avait dans le flanc droit une tumeur du volume d'une tête de fœtus, résistante et un peu douloureuse. La matité de cette tumeur se continuait avec celle du foie. M. Terrillon pratiqua la laparotomie médiane dans une longueur de 8 centimètres; une poche liquide, dépendant du bord inférieur du foie se montre; aussitôt il en sort, par la ponction, un liquide clair comme de l'eau, puis lactescent. La poche contient un calcul du volume d'une cerise, puis deux autres, dont l'un était enchaîné aux environs du canal cystique. L'opération fut terminée par la suture de la poche à l'incision cutanée. La malade guérit fort bien et, deux mois après, une fistulette qui avait succédé à l'opération était fermée au moyen d'une cautérisation au thermocautère. M. Polaillon, rapporteur de l'observation de M. Terrillon, a rappelé quelques points intéressants de la cholécystotomie.

L'incision abdominale de choix est latérale, droite au niveau du bord interne du muscle droit à partir du rebord des fausses côtes; on peut la compléter, si cela est utile, par une transversale perpendiculaire à l'extrémité inférieure de la première. M. Terrillon la fit médiane dans son cas parce qu'il voulait pratiquer la laparotomie exploratrice avant de se décider à l'intervention radicale.

Une fois la vésicule reconnue, il faut l'attirer au dehors et prendre immédiatement un parti si l'on veut faire la suture de la peau, après incision de la vésicule, ou bien extirper celle-ci; en somme, choisir entre la cholécystotomie ou la cholécystectomie.

On doit fixer avec le plus grand soin, dans la cholécystotomie la vésicule incisée à la peau, afin d'éviter tout écoulement de bile dans le péritoine.

Une fois la vésicule ouverte et suturée, on doit explorer la cavité et, si elle contient des calculs, les extraire. Quand ils siègent à l'orifice des canaux cystique et cholédoque, et qu'ils sont plus ou moins solidement fixés, il faut tâcher de les enlever. Cependant, dans quelques cas où cette ablation n'a pu être faite, on les a vus s'éliminer spontanément pendant les jours qui ont suivi. Quand il faut toutefois faire des manœuvres de force pour extraire les calculs, il vaut mieux les abandonner aux efforts de la nature. Dans un cas, nous avons vu des manœuvres d'extraction trop prolongées entraîner une perforation du canal cystique; cette lésion méconnue pendant l'opération causa la mort, les jours suivants, par épanchement de bile dans le péritoine.

Le diagnostic de distension de la vésicule biliaire n'est pas toujours facile; en effet, il existe des cas dans lesquels il n'y a jamais eu d'accidents hépatiques appréciables, pas d'ictère, pas de coliques hépatiques; l'année dernière nous avons vu un cas de distension de la vésicule chez une femme qui n'avait jamais eu ni coliques hépatiques, ni ictère. D'autres fois un ictère très passager a été le signe du début des accidents, mais combien d'individus peuvent être atteints d'ictère catarrhal passager et n'avoir jamais des calculs biliaires. Il y a quelque temps nous avons observé dans le service de M. le professeur Trélat une jeune femme chez laquelle nous reconnûmes une dilatation de la vésicule, et qui n'avait eu un peu d'ictère, très passager d'ailleurs, que 6 ans auparavant.

Les troubles dyspeptiques persistants, quand ils coïncident avec une tumeur de la région vésiculaire, semblent avoir une valeur diagnostique plus importante.

Les caractères de la tumeur vésiculaire ne sont pas toujours faciles à reconnaître, et les erreurs de diagnostic sont fréquentes.

C'est toujours une tumeur du côté droit, naturellement, plus ou moins rapprochée de la ligne médiane; sa matité se continue avec celle du foie, c'est là un signe de valeur; mais très souvent elle présente une mobilité très grande latéralement et ce fait a causé beaucoup d'erreurs. Dans un cas que nous avons très présent à l'esprit, on sentait dans l'abdomen une tumeur dure, très mobile latéralement, pouvant se déplacer de l'hypochondre droit vers le gauche avec la plus grande facilité. Un grand nombre de chirurgiens, avaient porté le diagnostic de rein flottant; on fit la lapatomie et on trouve une vésicule biliaire très allongée, distendue, résistante et surtout très mobile; elle était rattachée au foie par un pédicule aplati, un mésocyste très développé.

Dans tous les cas que nous avons observés, il y avait un signe important qui ne se rencontre pas dans le rein morbide. Les vésicules dilatées sont bien mobiles transversalement, mais elles ne s'abaissent point de haut en bas et elles sont toujours fixées par leur partie supérieure au foie avec lequel elles se déplacent dans les mouvements respiratoires.

La cholécystotomie donne, d'après le rapport de M. Polaillon, une mortalité de 16%; c'est donc une opération assez sérieuse qui peut être suivie d'accidents graves.

M. Thiriar, chirurgien des hôpitaux de Bruxelles, a récemment donné à la Société de chirurgie des renseignements sur les malades, au nombre de quatre, chez lesquels il a pratiqué l'extirpation de la vésicule biliaire. Tous ont guéri de l'opération et ont été débarrassés complètement des souffrances et des malaises que leur causait la lithiase biliaire.

Le dernier malade opéré par M. Thiriar est des plus intéressants: c'était un curé de 52 ans, tourmenté depuis une vingtaine d'années par des accès presque continuels de coliques hépatiques très douloureuses. Depuis près d'une année l'ictère était devenu permanent, la maigreur très grande. Il existait un point douloureux très marqué au niveau de la vésicule biliaire. La laparotomie fut pratiquée le 25 octobre 1887; la vésicule biliaire était rétractée, introuvable et, chose singulière, les calculs étaient disséminés dans d'autres régions. L'un se présenta directement au moment de l'ouverture du péritoine, un autre était logé sous la muqueuse du mésocôlon transverse; enfin, il en existait un amas au-dessus du duodénum, au voisinage du canal choledoque.

Tous ces calculs furent extraits, le ventre refermé. Il n'y eut aucune complication dans la suite, si bien que 10 jours après l'opération, le curé pouvait rentrer dans sa paroisse. L'ictère a disparu, le malade a engraisé, la constipation dont il était atteint a cessé; en somme, cet homme a été délivré, par l'intervention hardie de M. Thiriar, d'une longue et douloureuse affection.—*Concours médical.*

Symptômes précoces de la coxalgie. — 1^o *Claudication.* — Quelquefois légère et inconstante, plus marquée le matin au lever, disparaît graduellement dans le cours de la journée.

2^o *Douleur.*—Légère ou très intense. Elle est ordinairement rapportée à la face interne du genou; peut présenter des exacerbations. Plus tard, des paroxysmes s'observent la nuit; ils sont symptomatiques d'une lésion osseuse.

3^o *Déviation du membre.*—Le membre est de bonne heure dans la flexion; un peu plus tard, il est dans l'abduction et la rotation en dehors.

4^o Perte des mouvements de l'articulation.

5^o Atrophie du membre et affaiblissement des muscles.

6^o Le gonflement, quand il existe, s'observe en avant de la jointure.

7^o Sensibilité de l'articulation.

Tous ces symptômes ne s'observent pas toujours ensemble, un ou plusieurs peuvent prédominer, les autres étant peu marqués.—

Medical Analectie.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

A propos de la fièvre puerpérale.—A voir toutes les minuties antiseptiques auxquelles se livrent, aujourd'hui les accoucheurs de profession—et heureusement nombre de médecins et de sages-femmes—on pourrait se demander, on se demande s'il n'y a pas là quelqu'exagération.—Certains esprits—pour le moins rétrogrades—répondent même par l'affirmative.

N'est-il pas certain cependant qu'en raison de la gravité du danger qui menace, on ne saurait prendre trop de précautions? Cette conviction s'accroît encore lorsqu'on observe un fait aussi malheureux que celui que nous avons vu récemment : une jeune primipare, enlevée en quelques jours par la fièvre puerpérale, alors que l'accouchement et la délivrance avaient eu lieu spontanément, que les conditions sociales permettaient alors de tout mettre en œuvre pour sauvegarder la femme. Et cependant aucune précaution antiseptique n'avait été prise !

Si le dernier mot n'est pas dit sur la nature de la *fièvre puerpérale*, (expression qu'on tend à remplacer par celle plus exacte de *septicémie puerpérale*), on admet généralement, que chez la femme qui accouche, le danger d'infection vient du dehors ; que la septicémie, lorsqu'elle se développe, est due à l'*hétéro-infection* ; les partisans de l'*auto-infection* sont peut nombreux, malgré tout le talent déployé par le Pr. Le Fort, pour soutenir cette thèse : que, malgré toutes les précautions prises, on n'empêchera pas certains cas de septicémie puerpérale de se développer spontanément—en dehors de toute contagion.

Sans di-cuter ici ces hautes questions de doctrine, réservons même à l'*auto-infection* une petite place à côté de l'*hétéro-infection* ; il n'en persiste pas moins que dans la presque totalité des cas où la malade est infectée, elle l'est par les mains, les vêtements de l'accoucheur, par les instruments, etc. Il faut qu'il y ait un germe déposé au niveau de la plaie *utéro-vaginale* pour que l'infection se produise.

Aussi l'accouchement doit-il être avant tout *aseptique*, c'est-à-dire que tous les corps qui sont mis en contact avec les parties génitales de la mère doivent être rigoureusement nettoyés et désinfectés. Le danger vient du dehors : c'est à l'accoucheur de l'éloigner, de surveiller avec soin si, malgré les précautions prises, le danger n'a pas été évité : il faut alors le combattre.

Pour que le traitement d'une septicémie puerpérale puisse avoir quelque chance de succès, il faut qu'il soit appliqué de bonne heure ; par conséquent, le diagnostic doit être précoce. Les signes principaux qui doivent guider l'accoucheur sont tirés de l'examen attentif de la température, du pouls, des lochies, de

l'apparition des frissons, des vomissements, des symptômes abdominaux, de l'état général.

Il est indispensable, chez toute accouchée, que la température axillaire soit prise au moins deux fois par vingt-quatre heures, plus souvent lorsque surviennent des complications; toute élévation notable de température, accompagnée d'un frisson, qui survient dans les 48 heures après l'accouchement, est un indice grave, surtout lorsqu'aucune autre cause, en dehors de l'infection, ne peut expliquer cette anomalie. Lorsque la température atteint 39° à 40°, qu'il y ait ou un frisson, l'accoucheur doit intervenir sans plus tarder.

Comme l'ont fort bien dit MM. Pinard et Vernier, " la différence de gravité des accidents puerpéraux (en supposant bien entendu le foie et le rein sains), tient simplement à la plus ou moins grande quantité de produits septiques absorbés par la plaie utéro vaginale, à la plus ou moins grande rapidité avec laquelle se succèdent les doses absorbées; alors même que la fièvre traumatique, premier degré de l'infection, s'est déclarée, si on agit énergiquement sur sa cause, on prévient la septicémie; si on agit assez à temps et assez énergiquement sur l'endométrite septique, on prévient ou on arrête la lymphangite, la péritonite et la phlébite. Question de dose, de profondeur plus ou moins grande de pénétration de l'agent septique. Le tout est d'aller plus vite en besogne que ce dernier, et alors qu'il a déjà pénétré dans l'économie, de mettre celle-ci sûrement à l'abri de l'absorption de doses nouvelles."

Quel est donc le traitement à opposer aux accidents puerpéraux? Il est complexe, ainsi qu'on peut s'en rendre compte en lisant le livre remarquable de M. Siredey sur les maladies puerpérales. Nous voulons rappeler seulement les points principaux de traitement.

Le traitement général consiste dans les moyens habituellement employés: préparations de quinquina, café noir, alcool à hautes doses (vins généreux, grogs), etc. Le champagne frappé est parfois seul indiqué, lorsqu'il y a des vomissements. Le lait est doublement utile comme aliment et comme diurétique.

Contre la douleur, les injections hypodermiques de morphine rendent des services; les sangsues, les ventouses scarifiées soulagent beaucoup les douleurs abdominales.

Les agents employés pour combattre l'hyperthermie sont les suivants: sulfate ou bromhydrate de quinine à hautes doses (2 et 3 gr. par 24 heures); l'antipyrine aurait donné de bons résultats à Mund et à John White. Les bains froids sont employés par différents accoucheurs, en particulier à Lyon.

Lorsque les symptômes abdominaux sont très marqués, on a recours avec avantage aux onctions mercurielles et à l'application de glace contenue dans un réservoir (sac de caoutchouc,

vessie de porc, etc.) ou mieux sous forme de cataplasme glacé (mélange de glace et de farine de graine de lin). Ne pas oublier d'interposer entre le mélange glacé et la paroi abdominale, un linge, une ou deux épaisseurs de flanelle, de manière à éviter la formation d'eschares sur la paroi abdominale.

Mais ce qu'il importe surtout, c'est de désinfecter le canal génital où le poison se forme, s'accumule; les injections vaginales sont rarement suffisantes; il faut avoir recours aux injections intra-utérines répétées plusieurs fois par vingt-quatre heures, ou mieux à l'irrigation continue de l'utérus.

Enfin il est certaines formes de péritonite puerpérale qui sont traitées avec succès par la laparotomie et le drainage antiseptique du péritoine; l'opération a été faite à diverses reprises à l'étranger.

Nous tenons de source certaine qu'elle a été pratiquée à Paris l'année dernière dans trois cas avec un succès complet. Bien que les indications de cette opération ne soient pas encore nettement formulées, il est certain que l'opération donnera des résultats d'autant plus satisfaisants qu'elle sera pratiquée de bonne heure.

Quel que soit le résultat du traitement de la fièvre puerpérale, des mesures de désinfection prophylactique s'imposent ou plutôt devraient être imposées par la police sanitaire. Il est triste de constater que, même dans les grands centres, ces mesures de désinfection, qui intéressent toute la population, sont laissées à l'initiative du médecin, souvent paralysé par le mauvais vouloir ou la négligence des familles.—Dr. G. LEPAGE, in *Concours médical*.

Antisepsie intra-vaginale.—C'est chose bien connue et généralement admise que l'antisepsie intra-vaginale. Seulement il y a des règles à cette pratique. Voici celles que pose dans l'*Edinburgh Medical Journal*, M. le Dr. Halliday Croom, accoucheur très renommé d'Edimbourg, pour les cas de lavage utérins :

- 1^o Les lochies fétides avec élévation de température ;
- 2^o L'expulsion incomplète du placenta ;
- 3^o La rétention des membranes ;
- 4^o L'accouchement d'un fœtus macéré ;
- 5^o La lenteur de l'involution utérine due à la rétention des caillots ;
- 6^o La septicémie survenant tardivement pendant le post-partum ;
- 7^o Les cas de flexion utérine marquée amenant la rétention des lochies ;
- 8^o Quand, après un avortement, on a dû procéder au curetage de l'utérus ;
- 9^o Toutes les fois que la main a dû être introduite dans la cavité utérine.

Personne ne songe plus à discuter aujourd'hui la valeur des in-

jections intra-utérines comme moyenne prophylactique de la septicémie, mais il n'est pas de même quand on les emploie comme moyen curatif.

A quoi bon, objecte-t-on, laver l'utérus quand les microbes ont pénétré dans l'économie? Il est trop tard.

Il n'est jamais trop tard pour tenter ces injections; car, s'il est exact que les microbes ont pénétré dans le torrent circulatoire, leur source n'en est pas moins à la surface utérine. Les microbes ne se développent pas dans le sang, dont le continuuel mouvement est contraire à leur pullulation, mais le sang vient constamment les puiser à la surface utérine.

Quant au choix de l'antiseptique, Croom n'emploie que l'acide phénique ou le sublimé. Ce dernier ne doit être employé toutefois que lorsque les reins ne sont pas malades, et qu'il n'y a pas de blessure sérieuse des organes génitaux. On doit en outre n'employer que la solution à 1/4000 ou 1/5000.—*Scalpel*.

Hémorrhagie utérine —Le fait suivant doit être mis sous les yeux des praticiens. Une jeune femme fut délivrée naturellement de son second enfant. L'action utérine avait été très énergique. Le placenta fut expulsé sans aucune difficulté, et l'utérus se contracta d'emblée et devint très ferme. Cependant, il survint une hémorrhagie violente, qui retint l'accoucheur auprès de la patiente pendant une couple d'heures, bien qu'en même temps l'utérus fût dur et l'action rythmique légère. Cette femme, à son premier accouchement, avait eu une hémorrhagie très grave, qui l'avait mise en danger pendant trois jours. La première nuit de son mariage, elle avait été prise d'une perte de sang si abondante, qu'il avait fallu aller chercher un médecin. Étant jeune fille, elle était sujette à des épistaxis sérieuses, mais n'avait jamais eu d'hémorrhagie par suite de plaie. Une sœur de cette malade avait eu également des épistaxis abondantes et était morte phthisique. On ne cite aucun cas d'hémophilie parmi les mâles de la famille.—*British Med. Journal*.

Traitement de l'agalactie, par le Dr. WAUGH.—L'auteur condamne d'une façon absolue l'emploi de l'alcool et de tous les stimulants (vins, bières, etc.), dont l'absorption amène, il est vrai, un afflux de lait dans les seins; mais ce lait est aqueux, pauvre en principes nutritifs et nullement comparable à celui qui est produit par la digestion d'une nourriture saine.

Aucune drogue n'est comparable au *jaborandi*, quant au pouvoir de provoquer la sécrétion lactée. Ceci est tellement certain, que l'on a pu découvrir des extraits de *jaborandi* falsifiés par l'absence de cette propriété.

Dernièrement, nous avons cru rencontrer l'indication bien précise de cette drogue. La mère, une femme forte pesant au delà

de 100 kilogrammes, était devenue de plus en plus corpulente après chacun de ses accouchements; mais, en même temps, le lait avait beaucoup diminué. Il nous sembla rationnel de croire que, si nous pouvions modifier la direction du courant nutritif et le concentrer sur les glandes mammaires, l'augmentation du lait sécrété s'accompagnerait d'une disparition plus ou moins notable de cette graisse inutile et gênante. Il y avait plus de deux semaines que le lait avait disparu. Nous administrâmes à cette femme dix gouttes d'extrait fluide de jaborandi, dose répétée toutes les quatre heures. Le lait reparut, et aussitôt, pendant un certain laps de temps, tout alla très bien. Peu de semaines après nous fûmes appelé en hâte auprès d'elle; nous la trouvâmes alitée. Elle souffrait d'insomnies continuelles et d'une excitation nerveuse indescriptible; elle nous confia qu'elle était possédée de l'idée fixe d'assassiner toute sa famille au moyen d'une hachette, et elle nous suppliait de la mettre dans l'impuissance d'accomplir ce projet insensé. Nous supprimons l'administration du jaborandi; aussitôt la sécrétion du lait s'arrête, et en même temps les phénomènes nerveux disparaissent.—*Gazette de gynécologie.*

Le gigantisme utérin; ses accidents, son traitement, par M. POUILLOU.—Il existe une maladie de l'utérus, que l'on confond généralement avec les myomes ou les fibro-myomes de cet organe, et qu'il me paraît utile de distinguer. Je veux parler de l'hypertrophie totale de l'utérus en état de vacuité.

De cause inconnue, cette maladie se rencontre chez les femmes qui approchent de la trentaine, et disparaît très probablement après la ménopause.

Elle est caractérisée anatomiquement par une hypertrophie régulière de tous les éléments, fibres, vaisseaux, muqueuse, qui forment l'utérus, avec cette particularité frappante que la cavité utérine subit un agrandissement proportionnel à l'épaississement de ses parois. L'utérus acquiert des dimensions géantes tout en conservant sa forme normale. On ne saurait mieux désigner cet état morbide qu'en lui donnant le nom de *gigantisme utérin*.

Les annexes, ovaires et trompes, restent ce qu'ils sont à l'état normal, et ne participent point à l'hypertrophie de l'utérus.

Les fonctions de ces utérus trop gros deviennent facilement des phénomènes morbides. Dans les cas légers, qui me paraissent presque fréquents, les règles sont caractérisées par un écoulement presque continu d'un liquide séro-muqueux plus ou moins abondant. Les rapprochement sexuels deviennent difficiles, non pas parce qu'ils sont douloureux, mais parce qu'ils provoquent souvent de petites hémorrhagies. Enfin, dans les formes les plus avancées, les règles sont des metrorrhagies graves, durent dix et quinze jours, et ne cessent que pour faire place à l'écoulement séro-muqueux que je

viens de signaler. Le coït, la marche, les secousses d'une voiture déterminent alors, presque à coup sûr, de nouvelles pertes. Les patientes souffrent dans le bas-ventre et rapportent leurs douleurs à une tumeur, qui atteint quelquefois le volume d'une grossesse à cinq ou six mois.

Un utérus géant, dont la muqueuse cavitaire a une étendue dix ou vingt fois plus grande que celle d'un utérus normal, verse à chaque menstruation une quantité de sang disproportionnée avec les forces de la femme affligée d'une pareille affection. Il en résulte, dans les cas légers, un affaiblissement plus ou moins considérable, et, dans les cas graves, une anémie qui peut aller jusqu'à la mort.

L'écoulement séro-muqueux de la période intermenstruelle tient à la sécrétion exagérée des glandes hypertrophiées de la muqueuse utérine. Il constitue un accident fort désagréable pour les malades, et contribue encore à les affaiblir.

Le gigantisme utérin, arrivé au point de former une tumeur volumineuse et de menacer les jours des malades, est une affection que je crois assez rare.

Les signes qui permettent de le reconnaître sont : 1^o la présence d'une tumeur régulière, uniforme, qui ressemble beaucoup à une grossesse de quatre, cinq ou six mois, tumeur qui augmente de volume pendant la période menstruelle et subit une sorte de retrait dans l'intervalle des menstrues ; 2^o l'hémorrhagie périodique coïncidant avec les règles ; 3^o l'écoulement séro-muqueux dans l'intervalle des règles ; 4^o l'agrandissement de la cavité utérine, non seulement en profondeur, mais aussi en largeur.

Indépendamment de ces signes spéciaux, le gigantisme utérin se distingue du myome et du fibro-myome par la régularité de sa forme, et par sa consistance un peu élastique, moins dure que celle du corps fibreux.

La ménopause met un terme aux hémorrhagies du gigantisme utérin. Mais ces hémorrhagies sont quelquefois si graves qu'il n'est pas prudent de temporiser jusqu'à l'époque de la cessation des règles, et qu'il est impérieusement indiqué d'intervenir.

Trois moyens s'offrent à nous pour produire la régression de l'utérus hypertrophié et par suite pour combattre les pertes de sang, ce sont : le seigle ergoté, l'électricité et la suppression des ovaires.

L'ergotine, administrée en potion, en injections hypodermiques et en injections dans le parenchyme utérin, réussit ordinairement assez bien pour modérer l'abondance des règles et pour permettre aux malades d'atteindre l'époque curative de la ménopause. Mais dans les cas graves, l'ergotine n'est qu'un palliatif insuffisant.

L'électricité, sous la forme de courants continus appliqués directement sur l'utérus, me paraît utile pour amener le retrait de

son tissu hypertrophié. On sait que l'électricité n'a qu'une influence incertaine sur la régression des fibromes véritables. Mais il en est autrement pour les tumeurs formées de fibres lisses, et en particulier pour l'hypertrophie des parois de l'utérus. Aussi les courants continus doivent-ils être essayés dans l'affection qui nous occupe.

Si les hémorrhagies résistent aux courants continus et à l'ergotine, si la vie des patientes est en danger, il faut alors recourir sans hésitation à l'opération de Battey.

Puisque la cessation des fonctions ovariennes entraîne, à l'âge critique, la suppression des règles normales et des règles pathologiques qui tiennent à une hypertrophie de l'utérus, il est logique d'en conclure que l'ablation des ovaires, en produisant une ménopause précoce, donnera le même résultat. Par conséquent, le remède par excellence du gigantisme utérin et des hémorrhagies concomitantes est l'ablation des deux ovaires. MM. Duplay et Lawson Tait ont préconisé cette opération dans toutes les tumeurs utérines avec hémorrhagies incoercibles; mais elle ne réussit pas toujours dans les cas de fibromes, tandis que son effet est certain dans le gigantisme utérin. Elle agit non seulement en arrêtant la fluxion mensuelle de l'ovulation, mais encore en supprimant avec les trompes et les ovaires un grand nombre de vaisseaux dont la ligature contribue pour beaucoup à l'atrophie de l'utérus.—*Abeille médicale.*

Hydrothérapie pendant les règles.—A la suite de la discussion qui s'est élevée à la Société d'Hydrologie, sur l'emploi de l'hydrothérapie pendant l'époque cataméniale, les conclusions suivantes ont été formulées dans la séance du 16 janvier dernier:

Reconnaissant que les applications d'eau froide pendant les règles sont parfois suivies d'accidents;

Que ces accidents sont à la fois plus fréquents et plus graves chez les femmes atteintes d'affections du bassin;

Que les maladies utéro-ovariennes sont souvent latentes et ignorées de la malade, et par conséquent, les affirmations de celles-ci ne garantissent pas la parfaite intégrité des organes pelviens:

1^o La Société ne pourrait approuver la continuation de la cure hydrothérapique pendant l'époque menstruelle, en tant que méthode générale de traitement;

2^o Elle réserve les applications d'eau froide pour des cas particuliers, où il y a lieu de satisfaire à des indications urgentes, difficiles à remplir autrement;

3^o Dans ces cas exceptionnels d'emploi de l'hydrothérapie, il convient de s'assurer de l'état des organes utérins et de ne procéder que sous la surveillance du médecin compétent.—*Gazette de gynécologie.*

PÆDIATRIE

Le pronostic dans les maladies des enfants, par M. le Dr. Jules SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.—Le pronostic, dans toute maladie, est fondé sur certaines bases invariables, tirées de la nature même de l'affection. D'autant plus solides que le médecin est lui-même plus instruit, elles sont, en quelque sorte, les bases scientifiques du pronostic. Mais cela ne suffit pas pour fixer approximativement la durée et le degré de gravité d'une maladie. Tout le monde connaît la marche d'une pneumonie et sa terminaison souvent favorable; ce qu'il importe, dans les cas particuliers, est de savoir quel sera son mode d'évolution chez tel sujet, quelles sont les chances de guérison; là, le pronostic n'est plus général, il devient individuel et s'appuie sur un certain nombre d'éléments que le clinicien doit consulter avec le plus grand bénéfice.

D'après M. Jules Simon, ces éléments, au nombre de dix sont tirés de la température, de l'état du pouls, de la résistance des forces, des sécrétions, de leur ordre de groupement, des conditions d'âge, d'hérédité, des circonstances de climat, de saison, de milieu. La comparaison de ces divers éléments chez l'adulte et chez l'enfant, montrera les différences qui en résultent au point de vue du pronostic.

1^o *La température* ne donne qu'un renseignement purement scientifique, il faut savoir l'apprécier. Ainsi une température de 40° chez l'adulte indique une fièvre intense; chez l'enfant, il n'est pas de même; l'élévation thermique, surtout au début des maladies, offre une importance bien moindre. Toutes choses égales d'ailleurs il faudra s'alarmer beaucoup moins d'une température de 41° chez l'enfant que chez l'adulte. De plus, chez les premiers, et dans certaines maladies, la température reste normalement élevée, ne présentant que de très faibles rémissions jusqu'à la terminaison: telles sont la pneumonie, la scarlatine dans sa période fébrile la fièvre typhoïde.

Chez les enfants, le simple fait d'un refroidissement, sans angine, ni laryngite, peut amener le soir une température de 40°; comme autre symptôme, on note un abaissement de la quantité d'urine par congestion rénale, puis survient une transpiration abondante et le lendemain tout est terminé.

Il est de même dans l'angine simple sans herpès, ni dépôt pulvé, surtout lorsqu'il s'agit de sujets rhumatisants. Ainsi donc au début des maladies, l'élévation de la température n'implique pas chez les enfants un pronostic grave. Mais si, vers la fin d'une affection déjà longue, on voit la température s'élever d'une manière persistante, les conditions changent et le pronostic de-

vient particulièrement sérieux. Les mères de famille, habituées à ne considérer que le fait brut dont elles ne savent dégager les conclusions, s'alarment outre mesure en constatant une élévation de température chez un enfant tout à l'heure bien portant: le thermomètre compte aujourd'hui parmi les instruments familiers; M. Jules Simon n'est pas partisan de cette mode. Pour ne pas éveiller les craintes maternelles, il pense que le thermomètre doit être manié par le médecin seulement.

2^o *Le pouls* ne peut s'étudier aussi facilement chez les enfants que chez l'adulte, où il est beaucoup mieux perceptible. Normalement très fréquent, il s'élève pour le plus petit accès de fièvre et même sous l'influence de la peur.

D'une manière générale, un pouls de 130 à 140 indique un commencement de fièvre. Pour en tirer une conséquence, il faut étudier les rapports réciproques du pouls et de la température. L'irrégularité, l'intermittence, l'inégalité, le ralentissement du pouls avec une température moyenne de 39,5 indiquent une situation sérieuse. Toutefois il est bon de savoir que chez certains enfants, le pouls est normalement irrégulier, tandis que chez d'autres cette irrégularité se produit seulement au moment des grandes inspirations.

Dans les températures élevées, si le pouls s'élève également, le pronostic devient défavorable; il reste, au contraire, favorable si l'élévation du pouls, restant à 130 P., n'accompagne pas l'augmentation de la température.

3^o *Etats des forces*.—Elles peuvent être exaltées, perverses ou déprimées. De tous ces états, la dépression des forces et l'adynamie, sont surtout à craindre.

Les enfants, dans le cours d'une affection inflammatoire, présentent facilement du délire, des convulsions, une agitation extrême; il ne faut pas s'en alarmer si les forces persistent. La dépression des forces étant au contraire, plus redoutable, on ne devra employer les médicaments dépressifs, tels que les vomitifs, qu'avec les plus grands ménagements; on insistera de préférence sur l'alcool et les toniques qui rendent de grands services dans la thérapeutique infantile, lorsque l'on en saisit bien les indications.

Les convulsions à la fin de certaines maladies, telles que la coqueluche, l'albuminurie, comportent un pronostic grave.

4^o *Etats des sécrétions*.—La suppression des urines au début d'une scarlatine, d'une pneumonie, est un phénomène grave, il en est de même dans les néphrites, le diabète. Les renseignements les plus importants, au point de vue du pronostic, sont fournis par l'analyse des urines et le dosage des divers principes qu'elles contiennent: il est inutile d'insister sur leur utilité.

L'étude de la sécrétion cutanée n'est pas moins importante. Si dans une fièvre typhoïde au quinzième jour par exemple, la peau présente encore une certaine moiteur, on pourra en augurer un

pronostic favorable ; mais si la peau est sèche et comme brûlée ; s'il existe des sueurs fétides ; si l'on voit une langue sèche, des fuliginosités sur les lèvres ; si la sécrétion buccale se raréfie, on portera un pronostic grave.

La putridité des garde-robes, la fétidité de l'haleine sont aussi des éléments défavorables.

5° *Groupement de ces éléments.*—L'association des symptômes précédents est utile à considérer. En effet, si la température seule est élevée, sans augmentation concomitante du pouls, si les forces sont conservées, et s'il n'existe pas de troubles des sécrétions, il n'y a rien à craindre, la situation n'est pas grave. Il en est de même si le pouls seul est élevé, les autres éléments restant pour ainsi dire normaux. Inversement, et avec un pouls et une température élevées on constate de l'adynamie et l'arrêt des sécrétions, le pronostic est presque certainement fatal.

6° *Age de l'enfant.*—Les affections de l'enfance ont une gravité toute différente, selon qu'elles se déclarent chez des nouveau-nés, ou chez des enfants au-dessus de deux ans. Chez ceux du premier âge le pronostic des maladies aiguës comporte la même gravité que chez les vieillards ; dans les deux premiers cas, les forces se dépriment très-facilement et ne peuvent être rétablies que très-lentement, en raison même des difficultés de l'alimentation et de la faiblesse de l'absorption aux âges extrêmes de la vie. Chez les enfants de trois ans, la résistance au mal commence à devenir plus considérable ; elle augmente d'autant plus que les enfants sont plus avancés en âge et parfois on observe chez eux de véritables résurrections dans le cours de maladies aiguës qui chez l'adulte, présenteraient une issue funeste.

Au-dessous d'un an, le pronostic, pour les moindres indispositions, présente une gravité spéciale. Le coryza, par exemple, peut devenir une affection mortelle par généralisation de l'inflammation dans les voies respiratoires. Une diarrhée légère peut se transformer rapidement en choléra infantile ; il faut donc n'employer les purgatifs chez ces enfants qu'avec beaucoup de réserve. Cependant les affections primitivement aiguës, telles que la rougeole, la coqueluche, la bronchite simple, ont chance de guérir chez les nouveau-nés, mais il n'en est pas de même de leurs complications qui sont presque toujours mortelles. Tout le monde connaît, pour n'en citer qu'une seule, la gravité de la broncho-pneumonie si fréquente chez les enfants de cet âge.

7° *L'hérédité*, avec toutes les conséquences qu'elle comporte a la plus grande influence sur la santé des enfants et sur la façon dont ils réagiront plus tard pendant les maladies. L'alcoolisme des parents est une cause d'arrêt du développement intellectuel et de prédisposition aux affections nerveuses, surtout dans le peuple où les enfants sont quelquefois alcoolisés par les parents. Ils de-

viennent irritables, impossibles à maintenir tranquilles, ont des attaques épileptiformes et finalement présentent les signes de la sclérose cérébrale ou de la méningite tuberculeuse. Ces deux dernières affections sont fort souvent la résultante de tares individuelles des parents : alcoolisme, épilepsie, aliénation mentale, syphilis, tuberculose, etc.

3^o *Saisons, climats, milieu.*—La saison chaude peut changer une diarrhée, ordinaire en choléra infantile ; de même pendant l'hiver, les affections du système respiratoire, sont plus fréquentes, se généralisent plus facilement, ou offrent une certaine tendance à la chronicité.

Dans certaines zones terrestres, même à Paris, ainsi que M. Jules Simon en a rapporté des exemples, les maladies se compliquent d'accès de fièvre paludéenne, ou bien sous l'influence du poison malarique, les maladies prennent une allure spéciale ; il est nécessaire d'en tenir compte dans le pronostic.

De même, dans certains milieux, les réactions se font d'une manière toute différente, quoiqu'il s'agisse des mêmes affections. Les enfants soignés à la ville présentent des ressources plus considérables, et résistent mieux que ceux de la clientèle hospitalière. Le jeune médecin doit en tenir grand compte, et faire à la ville un pronostic moins sombre qu'à l'hôpital.—*Revue de clin. et de thérap.*

Du retard de la marche chez les enfants, clinique de M. le professeur GRANCHER à l'hôpital des Enfants Malades.—Les recherches anatomiques récentes ont démontré que les éléments du système nerveux qui président à la fonction de la marche n'existent pas au moment de la naissance : divers travaux et en particulier ceux de Parrot ont fait voir que le faisceau pyramidal, siège de cette fonction, n'était pas encore développé à ce moment, ou tout au moins ne l'était que très incomplètement. On conçoit donc que la fonction ne se mette en jeu qu'à mesure que l'organe acquiert son développement normal ; on conçoit aussi que des causes extrêmement variées, en raison de la complexité des organes qui participent à cet acte, puissent venir entraver le développement régulier de la marche et qu'il y ait par conséquent dans la réponse à cette question si souvent faite au médecin : pourquoi mon enfant ne marche-t-il pas ? une des plus grosses difficultés de la pratique.

Tout d'abord il faut tenir compte de ce fait que l'âge normal de la marche varie dans des limites assez étendues. D'une statistique faite par M. le Dr. Queyrat, chef de clinique de M. le professeur Grancher, et portant sur 100 petites filles, il résulte que la marche s'établit le plus habituellement chez elles de 10 à 16 mois ; chez les petits garçons c'est de 12 à 16 mois. Dans le nombre des

faits recueillis relativement à ces derniers, quelques-uns marchèrent à 9 mois et le plus précoce marchait à 7 mois. Dans cette statistique M. Queyrat a trouvé par contre trois petites filles n'ayant marché qu'à 24 mois et il est assez fréquent de trouver des enfants de 18 mois qui ne marchent pas encore.

Ces limites si étendues à l'état physiologique montrent donc qu'il n'y a pas lieu de s'inquiéter du retard de la marche jusqu'à deux ans, lorsqu'il ne coïncide avec aucune affection appréciable. Il n'en est plus de même au delà de cette limite et cette recherche peut présenter les plus grandes difficultés.

Parmi les affections qui peuvent retarder la marche, il faut placer en première ligne les maladies du système nerveux, soit qu'elles intéressent la moelle ou le cerveau. Sans énumérer toutes celles qui peuvent avoir cette influence, on peut rappeler seulement le rôle prépondérant, sous ce rapport, de l'hydrocéphalie et de la sclérose cérébrale.

Comme exemple de ces faits, M. Grancher montre une enfant de trois ans, chétive, mal développée, mais qui cependant ne présente ni paralysie, ni déformation, ni signe de rachitisme; elle n'a jamais marché, mais peut se tenir debout et faire quelques pas à condition qu'on la soutienne.

En l'examinant on reconnaît que chez elle la sensibilité est obtuse et l'intelligence tout à fait rudimentaire. Chez elle le retard de la marche est parallèle à celui des autres fonctions; cet arrêt de développement est peut-être dû à de la sclérose cérébrale sans qu'on puisse l'affirmer; il est peut-être aussi sous la dépendance de l'alcoolisme maternel qui est avéré.

Les cas de ce genre sont d'une interprétation très difficile; il n'en est pas de même d'un autre malade du service qui après avoir commencé à marcher a été pris à deux ans d'une méningite suivie d'hydrocéphalie à la suite de laquelle il y a eu arrêt complet dans cette fonction.

Le rachitisme joue dans cette étiologie un rôle plus important encore que les maladies du système nerveux et si on n'est pas encore fixé sur sa nature on connaît bien les signes cliniques et particulièrement les diverses déformations qu'il peut produire. Au point de vue de son influence sur la marche, Kassovitz a divisé le rachitisme en quatre degrés depuis la forme la plus bénigne qui peut ne retarder la marche que de quelques mois, jusqu'à ces formes graves qui peuvent retarder presque indéfiniment. Il est remarquable d'ailleurs que ces enfants se tiennent fort bien assis et ne présentent aucune espèce de paralysie quand ils sont à l'état de repos, et on peut en conclure que la cause de ce retard ne réside pas dans la faiblesse des membres, mais dans l'état douloureux des articulations. Cette douleur articulaire est signalée d'ailleurs depuis longtemps comme phénomène prémonitoire ou concomitant du rachitisme, et Trousseau et Lasègue ont

insisté sur ce fait que c'était la douleur qui empêchait les rachitiques de marcher.

C'est là un fait qu'il est facile de vérifier chez beaucoup d'enfants, qui tout en pouvant exécuter tous les mouvements qu'on leur commande quand ils sont couchés, refusent cependant de poser les pieds par terre pour essayer de marcher. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*

Thérapeutique des affections scrofuleuses.—Clinique de M. le professeur GRANCHER, à l'hôpital des Enfants Malades.—Nous savons que la scrofule est de nature tuberculeuse. On peut dire que c'est de la tuberculose atténuée, curable, mais c'est toujours de la tuberculose.

Nous allons étudier la thérapeutique de la scrofule dans ses manifestations les plus connues.

Pour bien soigner la scrofule il faudrait connaître exactement le tempérament scrofuleux, le scrofulisme de Villemain. Pour le traitement il faudrait la formule exacte du tempérament. Car il ne suffit pas de dire que le scrofulisme est caractérisé par la tendance qu'a le tissu végétatif à exagérer ses fonctions. Et si l'on recherche dans les auteurs les caractères du scrofulisme, l'enseignement qu'on en retire est instructif et décourageant. *Lugol* nous fait une description très littéraire du scrofuleux, mais ne nous apprend absolument rien. *Milcent*, sous une apparence plus scientifique, n'est cependant pas plus instructif, et il faut arriver jusqu'à *M. Potain* pour avoir une bonne étude du tempérament scrofuleux. Le tempérament lymphatique s'accompagne d'une végétation active du issu conjonctif, d'une tendance des ganglions à l'hypertrophie. Cette hypertrophie, quand elle existe depuis longtemps, est totale, c'est-à-dire que tout ce qui compose le ganglion augmente de volume, mailles du réseau, cellules; puis il y a formation de cellules géantes et enfin apparition du bacille tuberculeux. Disons, pour terminer, avec *M. Potain*, qu'il est difficile de dire où se termine le lymphatisme et où commence la scrofule.

Ceci étant, passons au traitement de la scrofule:

Topiques locaux.—1^o Il y a d'abord les topiques fondants, telle est la pommade à l'iodure de potassium, de sodium, etc. 2^o les topiques irritatifs qui semblent agir davantage, telles sont les onctions répétées de teinture d'iode. Celle-ci agit dans ce cas comme révulsif; il y a suractivité dans la circulation superficielle et dans la circulation profonde des ganglions.

Huile de foie de morue.—Son action est vraiment efficace et souvent merveilleuse, employée à haute dose, huit à dix cuillerées par jour; on peut aller jusqu'à 20, 30, et on en a même administré un litre par vingt-quatre heures (Hôpital Saint-Louis); mais on peut éprouver des obstacles à son administration, et chez les

enfants, le premier vient souvent de la mère, qui se récrie aussitôt que l'on parle de cette médication. Il devient alors très difficile de persuader l'enfant.

En général il faut commencer par des doses très faibles, une cuillerée à café, une demi-cuillerée même, et quelquefois seulement tous les deux ou trois jours. On arrive ainsi progressivement à des doses élevées. Il faut faire des étapes, s'arrêter, revenir sur ses pas. Du reste, il y a un critérium bien net : *l'huile de foie de morue n'est utile qu'autant qu'elle excite l'appétit*. C'est alors un médicament merveilleux. C'est pourquoi son administration doit être très savante, et l'on arrivera peu à peu à faire supporter à des enfants de 8 ou 10 ans des doses considérables.

Médication arsenicale.—Elle pourra être employée concurremment avec l'huile de foie de morue. Après trois semaines d'huile de foie de morue à la dose de huit à dix cuillerées par jour, on fera reposer un peu le malade, puis on lui fera prendre pendant quelque temps de la liqueur de Fowler. Cette médication alternante est excellente.

Teinture d'iode iodurée.—Se prend dans un peu d'eau vineuse qui en masque le goût; deux gouttes par jour en augmentant progressivement jusqu'à 10, 15 et 20 gouttes sans aucun inconvénient, sauf pour les jeunes enfants, pour lesquels on n'élèvera pas autant les doses. On sera du reste vite fixé par la tolérance du petit malade. La teinture d'iode iodurée est un excellent médicament qui fait assez vite disparaître des adénopathies considérables, et réussit quelquefois où la teinture d'iode avait échoué. (Guéneau de Mussy.)

En plus de ces médications, les malades doivent être dans des conditions particulières d'existence. Il leur faut de l'air, du soleil, et par-dessus tout, la mer. Pour eux, l'insolation saline est l'idéal.

Mais il y a des contre-indications à ce séjour au bord de la mer (Jules Simon). Il ne faut pas y envoyer des enfants à système nerveux sensible, de crainte de méningite, etc... (?) Cependant les hystériques se trouvent bien sur le bord de la mer. Cette proposition n'est donc pas très prouvée.

Le rhumatisme, dans toutes ses manifestations, est une contre-indication formelle. Le bord de la mer prédispose en effet au rhumatisme.

Nous en dirons autant des altérations chroniques du foie. Sauf ces cas, assez réduits en fait chez les enfants, il faut les envoyer à la mer.

Nous n'avons pas à parler ici des moyens *chirurgicaux* tels que l'ablation, etc.

Scrofuleuse pustuleuse. Impétigo rodens.—Cette affection, sujette à récidives, pourra facilement être enrayée par l'huile de foie de morue et autres médications anti-scrofuleuses.

Lupus.—Nous ne nous occuperons ici que des deux formes les plus fréquentes, le *lupus tuberculeux* et le *lupus hypertrophique*.

Le vrai traitement, réalisé avec succès à l'hôpital Saint-Louis, est le traitement par les scarifications. Dans le *lupus*, seul le traitement local réussit. On couvre la tumeur de hachures le plus rapprochées possible, faites au couteau dans toute sa profondeur. Cette opération doit être recommencée tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, même alors que l'on est en pleine cicatrice. (Vidal.)

Cette opération est douloureuse, le malade saigne, mais les résultats en sont remarquables, et l'on a une cicatrice presque imperceptible.

Vidal (1880) dit qu'il se produit un travail inflammatoire qui détruit les cellules géantes, et donne naissance à un tissu nouveau, de bonne vitalité, remplaçant le tissu pathologique.

Ce traitement a été mis en honneur par Volkman.

M. Besnier préfère le thermo-cautère. Par la scarification, il craint la possibilité de l'introduction dans l'organisme, par le courant sanguin, du bacille de Koch.

Cette méthode est en résumé efficace et innocente.

Quand le *lupus* s'empare des surfaces muqueuses, lèvres, narines, etc., on ne peut employer la scarification. Il faut alors avoir recours au *raclage* ou aux *topiques locaux*. Les applications d'une solution d'acide phénique à vingt pour cent ont assez rapidement raison du *lupus*. (Hiersaint.)

Gommes scrofuleuses *Abcès froids.*—Quand les tubercules se logent dans le tissu cellulaire sous-cutané, ils peuvent donner naissance à des abcès froids.

Avant que la gomme ne soit complètement ramollie, il n'y a que le *raclage* (Lannelongue) ou l'ablation, comme moyen thérapeutique.

Quand l'abcès froid, qui peut avoir une étendue considérable, est formé, il faut employer l'excellent traitement de M. Verneuil, les injections d'*éther iodoformé*.

Toutes les précautions antiseptiques étant prises, on vide la poche par aspiration, puis par la même aiguille on pousse la solution d'*éther iodoformé*, pas plus de 30 à 40 grammes. Immédiatement la peau se distend sous l'influence des vapeurs d'*éther*. Si la tension devient trop considérable, on enfonce, dans la peau, des petites aiguilles de Pravaz pour évacuer ces vapeurs. On laisse ensuite s'écouler une partie du liquide injecté, puis l'on fait un pansement compressif.

L'abcès se reforme, mais plus petit.

On recommence alors l'injection, et, en général, au bout de deux ou trois fois, l'abcès est guéri. L'occlusion est complète, avec cicatrice tenace, sans récidive.

Pour les petits abcès, il faut employer une solution d'*iodoforme*

à dix pour cent, et pour les grands à cinq pour cent seulement, de crainte de phénomènes d'intoxication, vu l'étendue de la surface d'absorption.

Ce traitement, essayé dans d'autres affections tuberculeuses, n'a donné aucun résultat. Il faut donc le réserver pour les abcès froids tuberculeux liquides.--*Praticien.*

SYPHILOGRAPHIE.

Des syphilides génitales.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.—D'abord des syphilides papulo-érosives. Qu'est-ce que cette expression peut bien signifier? Deux choses: d'une part, que c'est une syphilide constituée par une papule, et, d'autre part, que le sommet de cette papule est dépourvu d'épithélium. Le diamètre de ces papules varie entre celui d'une lentille, d'une pièce de vingt centimes, de cinquante centimes, voire même d'un franc. La surface dénudée offre une coloration rouge ou rosée, et sécrète un liquide qui contient le virus ou le microbe de la syphilis. Ces papules, habituellement indolentes, occasionnent néanmoins des douleurs quand elles ne sont pas traitées. Maintenant, au cas où plusieurs de ces saillies arrivent à se toucher, elles se fusionnent et forment au bout d'un certain temps une seule lésion; on a alors affaire à une nappe muqueuse. D'autres fois, les papules prennent une disposition particulière: c'est ainsi qu'elles arrivent, quand elles siègent à la vulve, par exemple, on se plaçant les unes à la suite des autres, à ressembler aux perles d'un collier ou bien encore aux grains d'un chapelet. Enfin, quand ces nappes muqueuses prennent une certaine étendue, et surtout quand les malades les laissent vieillir, très fréquemment il se forme une série de sillons ulcérés auxquels on a donné le nom de rhagades.

Voici la lésion arrivée à son complet développement; que devient-elle dans la suite? Si nous ne la soignons pas, cette dégénérescence, s'accroîtra, et aboutira à la forme papulo-hypertrophique. Au contraire, traitez-la ou soumettez-la aux soins hygiéniques les plus simples, et elle se modifiera. Pour peu, en effet, que vous la recouvriez d'une poudre inerte quelconque, dans les vingt-quatre heures elle s'asséchera; puis, en deuxième lieu, elle diminuera, s'atrophiera, et finalement, passez-moi l'expression, rentrera sous terre sans jamais laisser de cicatrices.

Passons maintenant au type papulo-hypertrophique. Cette forme n'est que l'exagération de la précédente. En effet, au lieu d'être comparables à des pastilles de chocolat, les papules hypertrophiques, généralement confluentes, atteignent quelquefois le volume d'un gros pois, d'une demi-cerise, voire même d'une tête

de champignon. Si vous en examinez la surface, vous la trouverez rougeâtre, grueuse, inégale, fondillée, et parcourue par des rhagades. Au début, ces lésions sont indolentes, mais, lorsqu'elles ont pris de l'accroissement, elles deviennent étonnamment douloureuses. Pourquoi? En raison des phénomènes d'irritation amenés par l'incurie des malades. Il survient alors un intertrigo avec écoulement corrosif, puis de vives douleurs. Quelqu'un, même un médecin, qui voit pour la première fois de pareilles lésions, croit qu'on ne pourra en venir à bout qu'avec un traitement important. Cette interprétation est démentie par l'expérience, car si vous soumettez ces lésions au plus simple de tous les traitements, c'est-à-dire à des soins hygiéniques, vous en venez facilement à bout. Que vous ordonnez, par exemple, à ces femmes le repos, des bains répétés, des pansements avec une poudre inerte quelconque, et vous verrez la suppuration diminuer, l'écoulement fétide disparaître, les phénomènes inflammatoires périphériques s'atténuer, et les douleurs s'en aller. Vingt-quatre heures suffisent pour amener un pareil changement. Puis, quelques jours ne se sont pas écoulés, que déjà toutes ces énormes tumeurs commencent à se flétrir et à se ratatiner. Bref, au bout de quatre semaines, vous voyez ces lésions guérir sans laisser de traces.

Je suis conduit, ainsi, à la quatrième forme, c'est-à-dire aux syphilides ulcéreuses moins marquées que les précédentes, mais qu'il n'est pas moins intéressant de connaître au point de vue pratique comme au point de vue scientifique. En quoi consiste donc cette affection? En des entamures du tégument qui n'offrent rien de bien spécial, car je ne vous avancerai pas beaucoup en vous disant qu'elles sont variables quant à leur étendue (une lentille, une pièce de vingt centimes), quant à leur profondeur (un quart de millimètre, un millimètre), quant à leur coloration (tantôt jaune, tantôt rouge), et quant à leurs bords. Au-si, à quelques détails près, ces ulcérations ressemblent-elles à toutes les ulcérations; rien d'étonnant alors à ce qu'elles aient été très souvent méconnues, et qu'elles soient prises, encore de nos jours, pour des chancres simples. Remarquez ce dernier point; il n'a pas jusqu'ici occupé suffisamment l'attention des auteurs, à en juger par le silence qu'ils gardent sur le diagnostic différentiel entre les syphilides ulcéreuses des organes génitaux et le chancre simple. Cette lacune, je vais essayer de la combler. Et d'abord, constatons qu'il y a, pour ces deux genres de lésions, identité de siège et de caractères objectifs. Ce sont, de part et d'autre, des ulcérations circonscrites, de sorte qu'on peut s'y tromper. Disons même que c'est là un diagnostic, non pas seulement difficile, mais impossible, même à un œil exercé, dans un grand nombre de cas, par les seuls caractères objectifs. Quels en sont donc les éléments? Quelque-

fois la spontanéité de la lésion. Je m'explique. Supposez, par exemple qu'un malade vienne vous dire: "Voici une lésion que j'ai depuis quinze jours, et cependant il y a un an que je n'ai pas eu un rapport avec une femme." Dans ce cas le doute n'est pas possible; il s'agit d'une syphilide ulcéreuse et non d'un chancre simple. Mais votre diagnostic dépendant du plus ou du moins de renseignements que votre malade est disposé à vous donner, il faut recourir à d'autres signes. Quels sont ils? En premier lieu nous devons citer la configuration des lésions, ces syphilides présentant quelquefois une forme héli-cerclée. Puis, en deuxième lieu, remarquons la multiplicité et l'inégalité des différentes lésions. Avec le chancre simple, ce que vous voyez très fréquemment est ceci: au pourtour de grandes lésions existent de petites lésions qui sont au grand chancre ce que les enfants sont par rapport à leur père. Au contraire, les syphilides ulcéreuses ont toutes le même âge et la même étendue. Donc, si vous voyez au pourtour de la lésion principale quelques satellites, le diagnostic de chancre s'impose. Mais, comme ce signe est encore éventuel il faut chercher ailleurs pour établir le critérium différentiel entre le chancre simple et les syphilides ulcéreuses. Où le trouverons-nous? Dans les nuances objectives fournies par les bords, le fond et la couleur.

Au point de vue des bords: avec le chancre simple ils sont nettement entaillés, tandis qu'avec les syphilides ulcéreuses ils sont moins accusés et se raccordent avec le fond par une pente douce. Quant au fond, celui des syphilides ulcéreuses est lisse, assez uni, tandis que celui du chancre simple est tourmenté, inégal, alvéolaire comme disait Ricord. Enfin, comme troisième caractère, nous avons la coloration. Le chancre simple est remarquable par sa teinte jaune franc, tandis que celles des syphilides ulcéreuses est d'un jaune gris. Tel est l'ensemble de tous les signes objectifs. Or, vous conviendrez bien avec moi que tout cela est bien peu de chose, aussi, en un grand nombre de cas, est-il nécessaire de recourir à l'inoculation.

Maintenant, pour terminer, ajoutons quelques mots sur les variétés que comportent ces différents types. Disons d'abord que ces quatre types, loin d'être exclusifs, s'associent le plus habituellement. Il n'est guère qu'une seule forme qui fasse bande à part, c'est celle que je vous ai décrite en dernier lieu. Puis, ces divers types sont susceptibles d'être modifiés en tant que physionomie; c'est alors qu'on a affaire à une foule de variétés dont, bien entendu, je ne vous parlerai pas. Toutefois, à propos du type le plus commun, c'est-à-dire des syphilides papulo-érosives, vous me permettrez d'entrer dans quelques détails. Nous avons d'abord la papule caliciforme ou en lampion suivant l'expression de certains auteurs dans laquelle le centre est déprimé. Ensuite, au point de vue de la coloration, viennent les

papules opalines, diphthéritiques ou diphthéroïdes et porcelainiques. Enfin, comme dernière particularité, signalons les différentes formes de syphilides circonscrites des organes génitaux.—*Praticien.*

L'alopecie syphilitique.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.—Nous allons étudier aujourd'hui, messieurs, l'alopecie syphilitique. Cet accident se rencontre dans les deux sexes, à tous les âges; cependant, il est plus fréquent chez la femme.

L'alopecie syphilitique a été décrite dès le XVI^e siècle par Fracastor, et déjà on croyait que c'était le mercure qui faisait tomber les cheveux, ce préjugé existe encore aujourd'hui dans le public.

L'alopecie est-elle fatale? Ne se montre-t-elle que dans certaines formes de syphilis? Est-elle grave? Voilà des questions éminemment pratiques que nous devons examiner.

Le malade syphilitique, qui voit ses cheveux tomber s'empresse de demander au médecin s'il deviendra chauve. Il faut répondre que l'alopecie n'est pas un accident fatal, mais un accident commun. Diday, sur 60 syphilitiques non traités, l'a constatée 53 fois.

L'alopecie de la vérole n'est pas ce qu'on croit généralement; elle ne fait pas de chauves, et on ne saurait lui attribuer la calvitie qui arrive vers l'âge de 40 à 45 ans; l'alopecie syphilitique est moyenne et réparable.

Elle est un des symptômes de la syphilis que le traitement influence le mieux; il peut aussi la prévenir. Sur les malades de la ville qui sont soigneux de leur personne, elle n'est rien 19 fois sur 20; ces malades perdent quelques cheveux, assez pour s'en préoccuper, pas assez pour qu'autrui le remarque. C'est une alopecie moyenne, non compromettante.

Y a-t-il des formes de syphilis dans lesquels l'alopecie est plus fréquente et plus intense? Oui ce sont des mauvaises formes de syphilis secondaire, asthéniques, se compliquant d'anémie générale, de dénutrition, avec fièvre. Mais il faut ajouter qu'il n'y a de formes de syphilis où l'alopecie ne puisse se produire, même des formes légères dans lesquelles on voit quelquefois un véritable *defluvium capillorum*.

On a eu tort d'écrire que l'alopecie était un phénomène produit non par la syphilis, mais par la dénutrition résultant de la syphilis. Ne la voit-on pas chez des syphilitiques bien portants, dont la santé générale n'est nullement altérée?

Il est indéniable que l'alopecie obéit à une prédisposition individuelle; il faut en revenir aux idiosyncrasies personnelles pour expliquer la différence. Il y a des syphilis légères avec alopecie très intense, et *vice versa*.

Vous avez vu, au numéro 25 de notre salle des femmes, une

grosse fille atteinte de syphilis légère, roséole et plaques muqueuses, qui a une alopecie intense. Au numéro 36 est une petite femme qui a une syphilis de forme athénique, des phénomènes nerveux. La fièvre syphilitique a duré chez elle trente-sept jours. Or, ses cheveux sont superbes, et, comme elle le dit, ils n'ont pas bougé. C'est incompréhensible, et je me borne à constater ces faits.

A quelle époque arrive l'alopecie? Il y a encore, à ce sujet un vieux préjugé à combattre. Lorsqu'on voit une personne atteinte de calvitie à 45 ans, on dit: c'est un souvenir du bon temps d'autre fois. Cela est faux. L'alopecie n'est pas une manifestation tertiaire; c'est une manifestation jeune qui apparaît généralement du troisième au sixième mois, qui est quelquefois plus tardive: un an, un an et demi, deux ans et rarement plus.

Dans la vérole tertiaire, il y a alopecie par ulcérations gommeuses du cuir chevelu ou par cachexie.

Pourquoi les cheveux tombent-ils dans la syphilis? Il y a l'alopecie avec ou sans lésions du cuir chevelu: alopecie symptomatique et alopecie essentielle. La seconde est la plus commune. La première résulte de syphilides du cuir chevelu, et notamment de syphilides acnéiformes, roséole furfuracée.

L'alopecie essentielle, véritable alopecie syphilitique, est celle où les cheveux tombent sans intermédiaire appréciable.

En ce qui concerne les symptômes, il n'y en a qu'un; la chute du cheveu. Pas de lésions, pas de prurit, rien.

Le propre de l'alopecie syphilitique est en premier lieu, de ne pas être systématisée; elle n'a pas de siège précis, elle frappe partout et indistinctement sur le crâne. En second lieu, est asymétrique, tandis que l'alopecie senile est symétrique.

On en observe deux formes: alopecie diffuse et alopecie en clairière.

Dans l'alopecie diffuse, la chevelure est raréfiée; dans l'alopecie en clairière, on observe une série d'ilots généralement arrondis.

Ces deux formes sont souvent réunies chez le même sujet, mais la plus fréquente est l'alopecie en clairière. Elle est caractéristique; ses ilots ne ressemblent pas à ceux de la pelade, et il n'y a que la syphilis qui produise semblable épidémie.

L'alopecie est plus ou moins intense, elle peut présenter quatre degrés:

- 1° Alopecie légère, dont le malade seul se rend compte;
- 2° Alopecie moyenne, qui ne peut pas être dissimulée;
- 3° Alopecie excessive, plus rare;
- 4° Alopecie totale; j'en ai vu qu'un cas, tous les cheveux étaient tombés: il n'en restait que dix-sept.

Le syphilis altère aussi la chevelure, vous en voyez un exemple chez une jeune femme au numéro 25. Les cheveux perdent

leur lustre, ils sont secs, comme laineux, ils ont l'aspect du cheveu mort, du cheveu de perruque.

L'alopecie est toujours temporaire, elle dure 5 à 6 mois au plus; les cheveux repoussent sur le crâne le plus éprouvé, car la syphilis ne fait pas de chauves.

L'alopecie crânienne n'est pas la seule qui produise la syphilis, il y a encore l'alopecie d'autres départements pileux du corps. La barbe est souvent décimée, de la même manière et par le même procédé que le cuir chevelu.

L'alopecie sourcilière est commune, surtout chez la femme; elle présente la forme diffuse ou la forme en clairière. Elle est caractéristique et je dois insister sur elle, car elle est un signe accusateur, dénonciateur, dans une foule de circonstances.

Le sourcil syphilitique a un aspect spécial, c'est un sourcil pauvre et rare. Chez un sujet jeune, le sourcil doit être très fourni sinon c'est un sourcil suspect. Les poils deviennent divergents, ils sont déviés, et tandis que dans le sourcil normal ils sont inclinés dans le même sens, le sourcil syphilitique est hérissé, buissonneux.

Il n'y a que dans deux cas où l'on peut voir pareille lésion: il y a le sourcil normalement pauvre congénital, mais il s'accompagne d'une certaine rougeur tégumentaire, qui l'a fait nommer ichtyose par certains auteurs. Le sourcil peladique a aussi la même apparence, mais la distinction est généralement facile; la pelade n'attaque jamais le sourcil isolément, on la retrouve au cuir chevelu, à la barbe, en outre la pelade fait table rase, ce qui n'est pas pour la syphilis.

L'alopecie ciliaire est commune, mais partielle, incomplète.

L'alopecie génitale se voit surtout chez la femme; il y a aussi l'alopecie axillaire, et même on constate la chute des poils de la poitrine, des bras, jambes, etc.

Le traitement est peu de chose, exception faite pour le traitement général. Les malades essaient bien des moyens, conseillés par les coiffeurs; on a employé la célèbre pommade Dupuytren, le turbith, le quinquina, etc., etc.

On peut laisser faire des frictions alcooliques; on a proposé aussi la coupe des cheveux, et la rasure, mais on n'en obtient aucun profit apparent.

Je me contente des soins d'hygiène, emploi restreint du peigne fin et de la brosse dure, suppression des coiffures qui tiraillent les cheveux.

Il n'y a que le mercure qui soit bien efficace, quoique les gens du monde disent qu'il fait tomber les cheveux. Bien des faits prouvent la fausseté de ce préjugé; des milliers de faits d'alopecie ont été observés chez des sujets qui ne prenaient pas de mercure, et des milliers de faits prouvent aussi qu'il facilite la repousse des cheveux.—*Gazette médicale de Paris.*

FORMULAIRE.

Coryza aigu.—*Morell-Mackenzie.*

P.—Extrait de jusquiame.....	} àâ 3 grains
Poudre de ciguë	
Calomel.....	} àâ $\frac{3}{4}$ "
Poudre d'ipéca.....	

Pour deux pilules à prendre le soir. Le lendemain purgatif salin.
—*Revue de thérapeutique.*

Pharyngite chronique.—*Endler.*

P.—Sulfate de zinc.....	15 grains
Eau de menthe poivrée.....	6 onces

M.—En gargarisme quatre fois par jour.—*Columbus Medical Journal.*

Bronchite chronique.—*Suckling.*

P.—Carbonate d'ammoniaque.....	$\frac{1}{2}$ drachme
Teinture de scille.....	$2\frac{1}{2}$ "
Parégorique.....	$2\frac{1}{2}$ "
Infusion de sénega	5 onces

M.—*Dose*: Une cuillerée à soupe dans de l'eau toutes les quatre heures.—*British Medical Journal.*

Maladie de Bright.—*Semmola.*

P.—Iodure de sodium	15 grains
Phosphate de sodium	30 "
Chlorure de sodium.....	90 "

M.—Dissoudre dans de l'eau et prendre dans l'espace de vingt-quatre heures.—*Maryland Medical Journal.*

Pilules diurétiques.

P.—Poudre de digitale	}
" scille.....	
Calomel.....	àâ 1 grain

Faire une pilule, à prendre trois fois par jour pendant deux ou trois jours.—*Medical Record.*

Irritabilité vésicale.—*W. P. Chunn.*

P.—Acide benzoïque.....	2 drachmes
Borax	3 "
Eau	12 onces

M.—*Dose*. Une cuillerée à soupe trois fois par jour.—*Medical Analectic.*

Impuissance.

P.—Strychnine	1 grain
Tincture de capsicum.....	1 drachme
Extrait de damiana.....	2 onces
Elixir simple	2 "

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé dans de l'eau après chaque repas et au coucher.—*The Pacific Record.*

Phthisie.—*Kaatzner.*

1 ^o P.—Créosote très pure	2 parties
Alcool rectifié	30 "
Teinture de gentiane.....	1 "
Extrait de café.....	âs 10 "
Eau distillée.....	100 "

M.—*Dose*. Agiter et prendre deux cuillerées à thé dans un demi-verre de lait trois fois par jour.—*Maryland Medical Journal.*

2 ^o P.—Créosote	1 minime
Iodoforme	$\frac{1}{2}$ grain
Extrait d'opium	1 $\frac{1}{5}$ "

M.—Pour faire une pilule. *Dose*. Une pilule trois fois par jour.—*Medical and Surgical Reporter.*

3 ^o P.—Créosote	1 goutte
Iodoforme	1 $\frac{1}{5}$ grain
Arseniate de soude	1 $\frac{1}{24}$ "
Cynoglosse.....	$\frac{3}{4}$ "
Benjoin et magnésie	Q. S.

Pour une pilule. En prendre deux au milieu du déjeuner et du souper.—*Scholl in Revue de thérapeutique.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

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

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

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

MONTREAL, MAI 1888.

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.

La désinfection des crachats tuberculeux.

Nous avons déjà, dans une précédente livraison, traité cette importante question d'hygiène préventive. Nous y revenons aujourd'hui à l'occasion d'un article publié, sous ce même titre, dans *Lyon médical*, (No. du 22 avril 1888), sous la signature de M. C. VINAY. L'auteur met tout d'abord en relief le fait de la contagion de la tuberculose. Cette contagion n'est plus à démontrer; le bacille de Koch est l'agent nécessaire du processus morbide, et c'est par lui que débute toute lésion tuberculeuse. De tous les organes, c'est le poumon qui est le plus souvent et le premier atteint de tuberculose, et la chose s'explique par le fait que les voies respiratoires constituent une entrée constamment ouverte à l'agent infectieux. D'un autre côté, il ne faut pas oublier que la tuberculose est peu contagieuse, à preuve que sur une multitude

d'individus exposés à la contagion tuberculeuse, un petit nombre seulement la contracteront. Mais il y a là une question de prédisposition. Un sujet prédisposé de par sa constitution, son état de santé antérieur, etc., à prendre la tuberculose, la contractera presque infailliblement s'il se trouve exposé, tandis que un autre sujet non-prédisposé restera indemne. Ceci ne détruit cependant pas le principe qui veut que tous prennent les mesures nécessaires pour se garder de l'élément infectieux. Or, c'est le crachat qui constitue l'agent le plus efficace, surtout s'il a la chance de se dessécher, et ici surgit la question importante par excellence : comment détruira-t-on le bacille tuberculeux dans les crachats ?

Le bacille, comme le fait remarquer M. Vinay, est très résistant, surtout quand le crachat est frais, mais la dessiccation des crachats, outre qu'elle ne leur enlève pas leurs propriétés virulentes, comme il vient d'être dit, ne les rend que plus dangereux. Toma Pietro a pu démontrer qu'un crachat desséché peut rester infectant pendant neuf à dix mois si on le maintient bien desséché à une température de 25° C., sans humidité.

Encore une fois, comment peut-on stériliser les bacilles dans les crachats ? Tout naturellement on a d'abord songé à les traiter par les antiseptiques : acide phénique au 5/100, potasse au 5/100, sulfate de cuivre au 5/100, chlorure de zinc au 5/100, sublimé au 1/100. " De tous les liquides antiseptiques employés, dit M. Vinay, même à dose toxique, aucun n'a donné des résultats bien encourageants. Seul, le sublimé à 1/100 a paru tuer le bacille tuberculeux, mais à pareille concentration, son emploi ne paraît guère pratique, en raison des dangers qui pourraient en résulter."

La non efficacité des solutions antiseptiques s'explique en partie par le fait que les crachats se laissent difficilement, surtout quand ils sont frais, pénétrer par les liquides — du moins à la température ordinaire. Les bacilles situés à la surface du crachat peuvent bien être détruits, tandis que ceux placés dans l'épaisseur de la masse restent en dehors de l'atteinte des antiseptiques.

On a finalement cherché, et trouvé—dans l'eau bouillante un moyen aussi sûr que facile de trancher la question en litige. Dans l'eau à 80° C. les bacilles sont presque toujours tués ; ils le sont toujours dans l'eau à 100°. Il devient donc aisé de désinfecter les crachoirs renfermant les matières expectorées. Pour cela, il importe que les malades n'expectorent pas dans des linges, serviettes, mouchoirs, etc. La dessiccation des crachats s'y faisant très vite (comme le fait judicieusement remarquer M. Vinay, et comme nous l'avons déjà fait remarquer nous-même dans un précédent article), ils peuvent rapidement infecter l'atmosphère. Les matières seront expectorées dans un crachoir en bois, métal ou faïence, renfermant de l'eau, ou mieux encore de la sciure de bois, laquelle sera jetée au feu au moins deux fois par jour. Le

vaso sera ensuite nettoyé avec de l'eau bouillante, ou ce qui est encore préférable, on plongera le crachoir, pendant quelques minutes, dans de l'eau bouillante (Vallin) pure ou additionnée de carbonate de soude.

Il va de soi que ces mesures antiseptiques sont surtout de mise dans les salles d'hôpital où l'encombrement des malades multiplie nécessairement les chances de contagion, mais elle n'en sont pas moins utiles, voire nécessaires, en pratique civile, principalement dans les cas chroniques et de longue durée, et dans les familles un peu nombreuses dont les membres présentent une prédisposition héréditaire à la tuberculose.

RIEN DE REMARQUABLE à signaler dans l'état de Sa Majesté l'Empereur Frédéric III. On publie à ce sujet les rapports les plus contradictoires. Les spécialistes allemands en tiennent toujours pour une tumeur maligne, probablement de nature cancéreuse, tandis que Sir Morell Mackenzie et ceux qui l'assistent immédiatement restent prudemment sur la réserve. Tout dernièrement une bronchite des plus intenses a mis en péril les jours de l'illustre malade. Aujourd'hui, le danger immédiat est passé, mais le pronostic éloigné n'en reste pas moins défavorable. Le mouvement fébrile continue et il est rationnel de l'attribuer à un certain degré de septicémie dont il semble difficile, dans le moment, de déterminer la cause exacte.

* * *

LE BUREAU PROVINCIAL DE MÉDECINE s'assemble à Montréal au moment où nous mettons sous presse. Nous espérons pouvoir, dans notre livraison de juin, donner à nos lecteurs le rapport officiel de cette séance à laquelle assistaient la plupart des Gouverneurs du Collège. Nous donnons, aux nouvelles, les noms des élèves admis à étudier la médecine lors des derniers examens.

* * *

ON A FAIT GRAND BRUIT à Montréal, en ces derniers temps, à propos d'une soi-disant épidémie de variole qui sévirait actuellement à New-York. Les alarmistes ont jeté les hauts cris, et peu s'en est fallu qu'on ne mit en quarantaine tout ce qui nous venait de New York : hommes, bêtes et choses. Le tableau suivant indique le chiffre officiel des nouveaux cas de variole, de scarlatine et de diphthérie signalés au *Board of Health* pour chaque semaine des mois de janvier, février, mars et avril. On peut y voir que l'épidémie de variole se réduit à peu de chose et que nos confrères New-Yorkais ont bien d'autres préoccupations au sujet de leur cas de scarlatine et de diphthérie.

Variole. Diphthérie. Scarlatine.

Semaine finissant le	7	janvier,	3	—	181	—	148
—	—	14	—	6	—	177	—
—	—	21	—	3	—	161	—
—	—	28	—	4	—	151	—
—	—	4	février	5	—	166	—
—	—	11	—	7	—	183	—
—	—	18	—	7	—	161	—
—	—	25	—	3	—	98	—
—	—	3	mars	7	—	149	—
—	—	10	—	16	—	144	—
—	—	17	—	9	—	118	—
—	—	24	—	23	—	134	—
—	—	31	—	23	—	129	—
—	—	7	avril	25	—	125	—
—	—	14	—	21	—	158	—
—	—	21	—	10	—	120	—
—	—	28	—	14	—	172	—

**

LES DÉMÉNAGEMENTS du 1er mai sont cause que la présente livraison de l'UNION MÉDICALE arrive en retard à nos lecteurs. Le rédacteur en chef et le secrétaire de la rédaction ont été, cette année, au nombre des victimes. Ajoutons-y un de nos très actifs collaborateurs qui nous avait promis un travail pour ce numéro de mai, et qui, obligé de transporter ses lares et ses pénates en plus haut lieu, a dû, forcément, nous négliger pour veiller de plus près au déménagement de ses bistouris. Il nous assure que ce n'est que partie remise..... au prochain numéro.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

HÉRARD, CORNIL et HANOT. — *Traité de la phthisie pulmonaire.* — (Un beau volume, grand format in-8°, avec 65 fig. en noir et en couleurs intercalées dans le texte, et 2 planches en chromo-lithographié, hors texte, 20 fr. Félix ALCAN, éditeur.)

MM. HÉRARD, président de l'Académie de médecine et CORNIL, professeur à la faculté de médecine de Paris, viennent de publier, avec le concours de M. HANOT, agrégé de la faculté, une seconde édition de leur *traité de la Phthisie pulmonaire*, devenu classique, et dont la première édition était depuis longtemps épuisée. Pour cette seconde édition, les auteurs ont mis à profit les progrès accomplis depuis vingt ans dans l'étude anatomique et clinique de la phthisie.

Un chapitre nouveau est venu s'ajouter, celui de la bactériologie qui a modifié si profondément la compréhension de la tuberculose ; les auteurs indiquent les procédés employés pour la reproduction du tubercule au moyen des cultures, et l'étude de son développement.

L'étiologie de la tuberculose s'est trouvée complètement modifiée par la découverte de son bacille ; aussi le chapitre des *portes d'entrée de la tuberculose*, suivant l'expression consacrée, a-t-il reçu tous les développements qu'il mérito. Enfin une large place est accordée dans ce livre au traitement : il est admis aujourd'hui que la phthisie est curable, et les auteurs passent en revue d'une façon très complète les nombreux agents de la matière médicale et surtout de l'hygiène dont la thérapeutique dispose pour la lutte contre ce terrible fléau.

Les stations d'eaux minérales au centre de la France.—
LA CARAVANE HYDROLOGIQUE DE 1887 (1). par le Dr de Pietra Santa et A. Joltrain.

Sous ce titre, la Société française d'hygiène vient de publier un intéressant volume sur la Caravane hydrologique qu'elle avait organisée au mois de septembre dernier, pour permettre aux médecins de visiter les stations d'eaux minérales du centre de la France.

L'ouvrage se divise en trois chapitres. le premier comprend la partie scientifique et les considérations générales sur la valeur thérapeutique des eaux et la climatologie ; le second contient le récit de l'excursion ; dans le troisième figurent les conférences faites dans chaque station par les médecins-inspecteurs et consultants.

C'est un livre écrit avec impartialité. Il sera consulté avec profit par tous les médecins, et lu avec intérêt par les malades et les touristes.

Ce n'est d'ailleurs que le commencement d'une série. La Société française d'hygiène doit, en effet, organiser chaque année une caravane analogue, de façon à permettre aux médecins de visiter toutes les stations de la France. L'excursion, cette année, sera faite dans les Vosges.

C'est la création d'un véritable cours d'hydrologie sur place, qui fait encore défaut dans nos Facultés de médecine.

Publications du *Progrès Médical*, Paris, 14 rue des Carmes.
Bibliothèque diabolique, collection Bourneville. **Procès criminel de la dernière sorcière**, brûlée à Genève le 6 avril 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de

(1) Société française d'hygiène, 30, rue du Dragon, et Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Genève (No. 3,465), par le Dr Ladame, volume in-8° de XII, 52 pages, papier vélin, prix : 2 fr 50, papier Japon No 1 à 50, prix : 5 fr, papier parcheminé (No. 51 à 100), prix : 3 fr 50.

Encyclopédie internationale de chirurgie. — Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme, par les professeurs G. BOUILLY, S. DEPLAY, L. PICQUÉ, Ed. SCHWARTZ, P. SEGOND, L. POISSON, A. POUSSON, R. HARRISON. 1 vol. grand in-8° de 908 pages avec 322 figures. Prix : 17 fr. 50.

BALL. — **La folie érotique**, par le professeur B. BALL. — Vol. in-12, de 158 pages. Paris, chez J. B. Baillièrre et fils, prix : 2 francs.

VERRIER. — **L'hygiène et l'adolescence**, par le docteur E. VERRIER. — Paris, chez Savy, 77 Boulevard St Germain, 1888.

VIBERT. — **Étude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer**, par le docteur VIBERT, expert près le tribunal de la Seine, etc. In-8° de 118 pages. Prix : 3 fr. 50.

MOURE. — **Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales**, par le Dr. E. J. MOURE, directeur de la *Revue mensuelle de Laryngologie*. — Paris, O. Doin, éditeur, 8 Place de l'Odéon, 1888.

CHALEIX-VIVIL. — **Des névralgies vésicales**, par le docteur Maxime CHALEIX-VIVIL, ancien interne et lauréat des hôpitaux de Bordeaux. Grand in-8° de 129 pages. Prix : 2 fr. 50.

Laura. — **Pharmacothérapie dosimétrique comparée**, ou guide pour l'étude des principaux médicaments nouveaux par le docteur S. LAURA, traduit de l'italien par E. Gras. 1 vol. in-8°, Paris, Ch. Chanteaud & Cie, 1887

NEWMAN. — *Synopsis of the second hundred cases of Urethral Stricture treated by electrolysis, with cases*, by Robert Newman, M. D. of New York.

NEWMAN. — *The galvano-cautery sound and its application especially in hypertrophy of the prostate, with reports of cases*, by Robert Newman, M. D. of New-York.

Papoma. — L'aliment actuellement en vogue dans la diète infantile. Il est agréable au goût et de digestion facile.

Il est préparé avec le grain entier du blé, ne contient pas d'amidon et possède des qualités nutritives remarquables.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Durant l'année académique 1887-88, les cours de la Faculté de médecine de Vienne ont été suivis par 3,123 élèves.

On est à organiser, pour les premières semaines de juin, une grande Kermesse au profit de l'hôpital Notre-Dame. La Kermesse se tiendra sur la place d'Armes, et durera huit jours. Nous souhaitons à cette entreprise charitable tout le succès possible.

Nous avons fait erreur en annonçant dans notre dernier numéro la nomination de M. le Dr. H. Thériault au poste d'interne à l'hôpital Notre-Dame. Le fait est que les autorités de l'hôpital n'ont pas cru devoir ouvrir un concours, cette année. M. le Dr. Thériault est allé se fixer aux États-Unis et exerce à Laconia N. H.

Une correspondance adressée au *Chemist and Druggist* nous apprend que les salaires des professeurs de la faculté de médecine d'Edimbourg représentent une somme totale de \$103,000, à être distribués entre douze professeurs. Cinq professeurs, qui ne pratiquent pas la médecine, reçoivent chacun environ \$10,670, tandis que les sept autres, praticiens actifs, reçoivent à peu près \$7,080 chacun. On ne travaille pas seulement pour la gloire d'Edimbourg !

La trichinose en Allemagne.—Le conseil d'hygiène de Berlin, nous dit le *Progrès médical*, prétend que dans l'Oberkunwald, 150 individus ont été atteints de trichinose et cela dans l'espace de plusieurs mois. Le nombre des morts s'élève actuellement à 15.

Nécrologie.—A Paris, M. le docteur R. H. BROCHIN, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*, à l'âge de quatre-vingts ans ; il était l'un des doyens de la presse médicale française.—A New-York, M. le docteur E. G. LORING, ophtalmologiste distingué, et M. le docteur C. R. AGNEW professeur d'ophtalmologie et d'otologie au Collège des médecins et chirurgiens de New-York.

Une élégante préparation chimique.—On remarque actuellement dans la vitrine de Messrs W. Warner & Cie, à New-York, un bloc de caféine pesant 200 livres et d'un blanc de neige éblouissant. Cette magnifique masse cristallisée représente environ 10 tonneaux de café et doit servir à la fabrication du Bromo-Soda aujourd'hui universellement prescrit contre la migraine, les céphalées, le mal de mer, le nervosisme, etc.

Nouveaux étudiants.—Aux derniers examens pour l'admission à l'étude de la médecine, les candidats suivants ont été admis dès la première épreuve :

A. Marcotte, J. A. Bélisle, Fred. Lefils, P. J. Hayes, J. M. A. Gravel, H. Levasseur, F. Sylvestre, A. Bédard, E. Chicoine, E. J. Leclerc, E. Benoit, G. A. Bowen, E. Roy, L. J. Trudeau, J. M. P. Pichette, C. A. Lapiere, J. M. Dionne, W. L. Hilton, Bergevin, B. Beaudry, J. B. Deslauriers, A. Ethier, A. Hudon, J. C. Prieur, J. A. O. Daoust, G. A. Coderre, O. Thérien, H. Picard, G. G. Turcot, L. P. Désy, E. E. Bourbonnais.

Les candidats suivants ont été admis à la seconde épreuve :

L. Charbonneau, A. Charlebois, J. B. Chouinard, E. Dumais, C. L. de Blois, S. Derome, P. Dalbec, A. W. Gélinas, J. M. Grandin, E. Martineau, L. P. B. Michaud, J. Neill, C. M. Noble, E. A. Savard, E. Vézina.

Quarante-sept candidats ont été refusés. Sur ce nombre, dix-neuf ont été refusés absolument et trente-deux partiellement.

VARIÉTÉS.

VIE MÉDICALE.

A tes vingt ans ouvre la veine,
Chante !—le travail est ta peine.
A tes trente ans malgré la veine
L'humanité sera ta peine.
A quarante ans force la veine
Tu n'épargneras qu'avec peine.
A cinquante ans en pleine veine
De ta santé tu prendras peine.
A soixante ans adieu la veine,
De ta vieillesse sois en peine.
A soixante-dix ans quelle veine !
On dit de toi " Mort à la peine !!! "

Journal d'hygiène.

D'ENTREMONTY.

NAISSANCES.

BROUILLET.—A Kamouraska, le 25 mars dernier, l'épouse de V. J. E. Brouillet, M. D. V. une fille.

PHÉNIX—A St-Sébastien, le 6 avril dernier, la femme du Dr. T. Phénix, une fille.