

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.

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

- 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.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE MÉDICALE. — Hôpital Notre-Dame, Montréal. — Du rhumatisme nouveau, M. Laramée.....	241	— Chancre du col utérin, 268. — Traitement du vaginisme par la cocaïne. — Dyspepsie utérine, 269. — Déchirures du col utérin, effets de leur restauration. — Cancer de l'utérus....	270
COMMUNICATIONS. — Traitement de la diphtérie.....	244	PÉDIATRIE. — Traitement des différentes diarrhées, 273. — Diagnostic des maladies infantiles, 275. — Traitement de la coqueluche, 276. — Valeur diagnostique de la tache blanche dans la scarlatine, 277. — De l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum.....	278
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — Diagnostic de l'état de mal hystérique et de l'état de mal épileptique, 246. — Formes bénignes et latentes de la fièvre typhoïde, 247. — De la gastroxie, 248. — Cas singulier de monoplégie brachiale, 249. — Du traitement rationnel de l'affection furonculaire.....	251	DERMATOLOGIE. — De la couperose, 279. — Traitement de la gale. — Le jecquirity dans les affections de la peau, 281. — Traitement du prurit. — Traitement du prurit anal.....	282
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — Traitement chirurgical du varicocèle, 254. — L'érysipèle et la méthode antiseptique, 256. — Procédés d'ablation de l'astragale. — Trépanation du crâne, 258. — Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale, 259. — Traitement du lymphome, 261. — Cholécystotomie, 262. — De la résection de la hanche dans la coxalgie 283		FORMULAIRE. — Hémoptisie. — Coliques néphritiques. — Spermatorrhée. — Hypertrophie de la luette. — Rhumatisme articulaire. — Diphtérie.....	283
OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. — Traitement des vomissements de la grossesse, 265. — Examen extemporané du lait de la femme,		BULLETIN. — Bureau provincial de Médecine, 284. — Le Journal d'Hygiène Populaire, 286. — A nos correspondants. — Aliment de Mellin 287	287
		BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	287
		NOUVELLES MÉDICALES. — Nécrologie. — Décès.....	288

MELLIN'S FOOD

NOURRITURE DE MELLIN

POUR LES PETITS ENFANTS ET LES MALADES.

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

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

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

DOLIBER, GOODALE & CO.

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

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

Echantillon et pamphlet expédiés gratuitement sur demande.

En vente chez

LYMAN, SONS & CO., MONTRÉAL, CANADA.
 LYMAN, BROTHERS & CO., TORONTO, CANADA.
 BROWN & WEBB, HADIFAX, N. S.
 R. W. MCCARTY, ST. JEAN, N. B.

Tablettes Comprimées au Chlorate de Potasse et au Borax DE WYETH.

De deux grains et demi, sans mélange ni excipient.

"Ce sont d'excellents et recommandables échantillons des progrès marqués de l'art pharmaceutique."—*Boston and Medical Journal*.

Nous sollicitons l'attention des médecins sur l'excellente combinaison ci-dessus nommée; on ne saurait manquer d'en obtenir de bons effets dans les affections diphthériques de la bouche et de la gorge et autres affections morbides de ces parties, avec vice de sécrétion. L'effet dépuratif de ces deux médicaments est assez connu.

Comme le goût n'en est pas désagréable nous les avons préparés sous forme de tablettes comprimées afin de donner au patient tout le profit de leur action sans le mêler au sucre, à la gomme ou autres véhicules qui en compromettent l'effet et fatiguent l'estomac.

Si on laisse dissoudre la tablette dans la bouche l'effet topique sera beaucoup plus marqué que ne le serait celui d'une solution saturée qui n'agit que temporairement tandis que la tablette constitue un gargarisme continu.

Ces tablettes ont sur tous les gargarismes ordinaires le grand avantage de se dissoudre graduellement dans la salive et ainsi de mettre constamment le remède en contact avec les parties affectées. Il nous paraît évident qu'on obtiendra de meilleurs effets par ce moyen que de l'usage momentané et occasionnel d'un gargarisme désagréable à beaucoup de malades et impossible chez quelques-uns.

Les enfants s'accoutument bien des Tablettes, qui n'ont pas mauvais goût; les voyageurs sauront apprécier l'avantage de pouvoir les porter dans la poche.

Si on avait objection au borax on voudra bien se rappeler que nous préparons aussi des tablettes au chlorate de potasse, de 5 grains. On les trouvera chez tous les pharmaciens.

Les Chanteurs et les Orateurs affectés d'Enrouement et de Raucité de la Voix en éprouveront tous les bienfaits s'ils en prennent une quelques minutes avant de chanter ou parler.

MODE D'EMPLOI.

Laissez fondre toutes les heures une ou deux Tablettes dans la bouche. Contre les stomatites et les affections diphthériques, contre la fétidité de l'haleine on les trouvera tout aussi efficaces que nos Pastilles de Chlorate de Potasse dont l'activité est augmentée par l'adjonction d'un alcali peu puissant comme le borax.

DAVIS & LAWRENCE COMPANY, (LIMITED),
MONTREAL.
AGENTS POUR LE CANADA.

TABLETTES HYPODERMIQUES

COMPRIMEES ET SOLUBLES DE
WYETH & BRO.

En attirant l'attention toute spéciale de la Profession sur ce genre de médicaments, nous désirons déclarer que nous avons donné toute l'attention possible à la préparation de ces Tablettes comprimées solubles pour usage hypodermique; nous les présentons avec confiance, comme supérieures sous plus d'un rapport à toutes les autres préparations hypodermiques. Elles sont commodes, tant à porter qu'à employer; elles sont exactes et permettent au médecin d'administrer la dose précise voulue; elles sont inaltérables. Les solutions s'altèrent ou se décomposent avec le temps. Les poudres deviennent inertes sous l'influence de l'atmosphère; les disques gélatineux sont peu solubles. Ils peuvent donner lieu à des abcès. Une expérience de plusieurs années dans la fabrication des poudres comprimées (ou pilules) et la perfection de notre outillage nous permettent de donner à ces articles un degré de perfection mettrait d'atteindre.

L'exacte quantité voulue de chaque médicament est parfaitement incorporée et distribuée dans chaque tablette.

Une solution parfaite peut être obtenue dans l'eau à la température ordinaire en trente ou soixante secondes. Si on fait usage d'eau chaude ou si on chauffe la cuillère à la flamme d'une lampe ou du gaz, la solution s'effectue en un moment. De cette manière une tablette peut être dissoute dans cinq à dix gouttes d'eau.

Aucun autre excipient n'est employé que le sulfate de soude ou le chlorure de sodium, et cela seulement dans les proportions requises pour augmenter la solubilité de la tablette.

Elles sont livrées au commerce dans des cylindres de verre commodes à mettre dans une trousse ou un étui de seringue hypodermique. Chaque cylindre contient vingt tablettes; dix cylindres, soit deux cent tablettes sont renfermés dans une boîte.

Nous avons aussi de jolies trouses en cuir contenant 4, 6 ou 12 tubes, et l'espace pour loger la Seringue Hypodermique et les aiguilles. Ces trouses peuvent être remplies avec les tablettes au choix de l'acheteur, (catalogue fourni sur demande) en raison de \$2.50, \$3.00 et \$5.00 (sans seringue) et avec nom et adresse imprimés en lettres d'or.

Expédiées franc de port, sur reçu du prix, par la

DAVIS & LAWRENCE COMPANY, (LIMITED),
MONTREAL,
AGENTS GENERAUX POUR LA PUISSANCE.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MÉDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE.

Du rhumatisme nouveau.

(Leçon recueillie par MM. A. Bernard et A. Delisle).

Messieurs,

La malade qui occupe le No 28 de la Salle Ste-Marie me fournit l'occasion de vous dire quelques mots sur une affection que vous aurez occasion de rencontrer souvent, dans le cours de votre carrière; je veux parler du rhumatisme nouveau.

Cette femme, couturière de son état, est âgée de 46 ans et mère de cinq enfants. Elle se plaint depuis environ 8 ans de douleurs lancinantes commencées au poignet droit d'abord puis au gauche. Au bout de quelque temps, ses douleurs cessèrent, mais la malade s'étant mouillée les pieds, l'affection reparut sous forme de douleurs térébrantes aux articulations scapulo-humérales, aux genoux, aux articulations métacarpophalangiennes et tibio-tarsiennes. La malade nous déclare avoir eu de la fièvre à cette époque, mais plus tard celle-ci disparut tandis que les douleurs continuèrent dans les petites articulations, puis enfin les difformités articulaires s'établirent, spécialement aux métarapiens, aux genoux, aux coudes et en suivant la marche caractéristique de cette maladie, c'est-à-dire envahissant l'articulation correspondant à celle déjà affectée.

Elle nous dit avoir habité, pendant longtemps, une maison froide et humide, et il paraît qu'une sœur est affectée de la maladie. Comme il y a quatre mois que ses menstrues ont cessé de paraître, nous avons raison de croire que cette femme est arrivée à l'époque de la ménopause.

Le rhumatisme nouveau, rare dans l'enfance et l'adolescence, est fréquent chez la femme, surtout à l'époque de la ménopause, après quarante ans. La transmissibilité héréditaire et le froid humide sont ses causes les plus puissantes, mais parmi les autres causes qui favorisent son développement on range la misère, les privations (*arthritis pauperum*) les grossesses répétées, la lactation prolongée, les diathèses tuberculeuse, herpétique, arthritique, les chagrins, etc. Il peut être quelquefois consécutif au rhumatisme vulgaire aigu et, dans ce cas, il atteint de préférence des sujets au-dessous de 30 ans. Chez notre malade, si son rapport est bien véridique, l'affection a débuté par un rhumatisme ordinaire, vu que les grandes articulations ont été envahies les premières et qu'elle nous a déclaré avoir eu de la fièvre au début, or, le rhumatisme nouveau est apyrétique d'emblée et généralement les petites articulations des mains et des pieds sont intéressées primitivement, l'index et le médus étant le siège de prédilection de la maladie; cependant le pouce est souvent respecté, tandis qu'au pied le gros orteil est rarement libre, mais n'oubliez pas que toutes les articulations sont susceptibles d'être envahies, pourtant, la hanche n'est pas ordinairement affectée et ce fait est d'autant plus remarquable que la hanche est le lieu d'élection du rhumatisme partiel que l'on observe si fréquemment chez le vieillard.

Il arrive souvent que les articulations primitivement affectées sont celles qui sont le plus exposées à l'irritation par le genre de travail des malades, ainsi, chez la couturière c'est le médius, chez la lingère c'est le poignet, etc., etc.

Le rhumatisme nouveau est non seulement chronique d'emblée, mais aussi paroxystique, symétrique et progressif (*rhumatisme chronique progressif*). Les premiers accès ne laissent pas après eux de déformations bien sensibles, mais c'est en se répétant qu'ils finissent par amener du gonflement, de la raideur et des difformités persistantes. Les attitudes vicieuses sont variées, mais les plus communes correspondent au type de flexion et d'extension, et ces difformités articulaires reconnaissent pour causes les contractions musculaires, la rétraction des tissus fibreux, des tendons, des aponévroses et en particulier l'hypertrophie des extrémités osseuses articulaires (nodosités). Lorsque la maladie en est rendue là, on peut dire qu'elle est dans sa période d'état, et c'est alors que l'on peut déterminer un véritable crépitus articulaire, comme vous l'avez constaté chez la femme qui fait le sujet de cette leçon et, à cette période ultime, les douleurs deviennent plus tolérables que dans les périodes de progression; de fait, ce qui constitue la gravité de la maladie c'est son incurable infirmité, car les malades résistent longtemps au rhumatisme nouveau qui a une durée indéterminée. Le rhumatisme nouveau primitif ou secondaire peut bien entraîner des complications cardiaques, mais le fait est assez rare, et encore, au lieu des lésions valvulaires, ce sera plutôt de la péricardite ou de l'athérome, etc.

Lorsque plusieurs articulations importantes sont envahies au point de condamner les malades à une immobilité plus ou moins absolue, quelques-uns maigrissent ou pâlisent, mais, chose remarquable, le plus ordinairement la nutrition est assez bonne, et malgré l'immobilité des malades, les eschares ne sont pas communes.

Pour résumer, disons que le rhumatisme nouveau est caractérisé par des lésions ostéo-articulaires surtout dans les petites jointures, par ses difformités articulaires rebelles à tout traitement, par la lenteur de sa marche, l'absence de phénomènes fébriles et de cette transpiration *sui generis* du rhumatisme vulgaire aigu, par sa marche paroxystique et symétrique. Enfin, n'oubliez pas qu'il est chronique d'emblée, progressif et rarement consécutif au rhumatisme articulaire aigu. J'ajouterai qu'il arrive par exception qu'il survient de véritables paralysies spinales dans le cas où, les articulations des vertèbres étant envahies, les saillies osseuses compriment la moëlle épinière.

Comment distinguer le rhumatisme nouveau du rhumatisme ordinaire, blennorrhagique, et de la goutte?

Le rhumatisme vulgaire affecte plus particulièrement les grandes articulations et est accompagné d'une fièvre assez intense, d'une transpiration acide et qui fatigue beaucoup les malades. Les douleurs sont vives mais non térébrantes, il y a peu d'épanchement articulaire, par conséquent peu de fluctuation, même dans la forme mono articulaire, une durée généralement limitée, pas de difformités.

Dans le rhumatisme blennorrhagique, l'affection est limitée d'emblée à une seule articulation, ordinairement le genou gauche, ce n'est que par exception qu'il affecte plusieurs articulations à la fois. La fièvre est presque nulle, sauf au début, où elle peut être assez intense. La transpiration, quand elle se montre, soulage ordinairement le

patient ; la douleur est bien moins marquée que celle du rhumatisme ordinaire mais nullement comparable à celle du rhumatisme noueux. L'histoire du cas, en nous renseignant sur l'existence préalable de la blennorrhagie, servira également à éclairer le diagnostic ; enfin sa durée ordinaire est de six semaines à deux mois.

De fait, le rhumatisme blennorrhagique, appelé aussi pseudo-rhumatisme, offre si peu de ressemblance avec le rhumatisme noueux que j'aurais dû le passer sous silence dans cette leçon, mais puisque nous nous occupons du rhumatisme, je finis en attirant votre attention sur le rhumatisme d'Heberden et le rhumatisme chronique fibreux qu'il ne faut pas confondre avec la maladie qui fait le sujet de cette leçon. Ainsi le rhumatisme d'Heberden est caractérisé par l'hypertrophie des nodules osseux qui existent normalement au niveau des phalanges. L'extrémité des doigts est déviée à droite ou à gauche mais on ne peut percevoir de craquements ou crépitus. On rencontre cette affection presque exclusivement chez le vieillard, et il est rare que les autres articulations de la main soient bien intéressées.

Dans le rhumatisme chronique fibreux qui est comparativement rare, il peut arriver que les ligaments, aponévroses, etc., soient assez compromis pour entraîner des déformations remarquables des doigts et de la main, mais il y a absence de saillies osseuses et de craquement intra-articulaire.

Messieurs, la goutte peut entraîner des déformations presque analogues *prima facie* à celles du rhumatisme noueux, mais ces déformations sont le plus souvent des contractures musculaires entraînées par des dépôts d'urate de soude qui se forment au voisinage des jointures, du gros orteil spécialement. Ces dépôts sont connus sous le nom de *tophus*. De plus, cette affection se développe habituellement par suite de conditions hygiéniques qui font que les individus ne dépensant pas en proportion de l'assimilation, sont incommodés par une dyspepsie particulière dont les symptômes ordinaires sont la flatulence, le pyrosis, l'acidité gastrique, les nausées, vomissements, la constipation, etc., et on retrouve quelquefois des manifestations de cette diathèse urique sous forme de concrétions sous-cutanées ou dépôts d'urate de soude sur les paupières, l'oreille externe, les ailes du nez, les joues, la paume des mains, les corps caverneux, etc. Je vous dirai en passant que les lésions cardiaques accompagnent rarement la goutte, sauf, dans des cas exceptionnels, la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire du cœur. Ainsi, messieurs, comme vous le voyez, toutes ces diverses affections sont loin de présenter les caractères particuliers du rhumatisme noueux, que nous avons passés en revue plus haut.

Parmi les maladies rebelles à tout traitement, s'il en est une qui mérite de figurer au premier rang c'est bien le rhumatisme noueux ; aussi l'ancien adage de "*guérir rarement, soulager quelquefois, consoler toujours*" y trouve-t-il son application. On conseille, entre autres choses, les opiacés, tout en prenant garde aux abus, le galvanisme, la faradisation musculaire, les bains chauds, les applications chaudes. L'iode (teinture) à la dose de 8 à 10 gouttes, 3 fois par jour avant les repas. Les onguents iodés sont bien recommandés. Pour soutenir les forces, le fer, l'arsenic, l'huile de foie de morue, les hypophosphites, l'air pur, une bonne nourriture, etc., etc., mais ces méthodes de traitement ne peuvent rien pour remédier aux difformités articulaires ou arrêter le mal dans sa marche. Leur action est palliative.

COMMUNICATIONS.

—
Traitement de la diphthérie.
—

Messieurs les Rédacteurs,

Le traitement de la diphthérie, tel que préconisé par *Un abonné* (UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de mai dernier, p. 200), est d'une simplicité à faire rêver. Si nous en croyons l'auteur, son efficacité ne le céderait à aucune autre méthode thérapeutique, puisque, depuis cinq ans, *Un abonné* prétend n'avoir pas, grâce à l'emploi du chlorate de potasse, perdu un seul cas de diphthérie. Le résultat a d'autant plus lieu d'étonner que, si l'on en excepte Seeligmuller, aucun thérapeute du jour ne vante plus le chlorate de potasse à l'égal d'un spécifique dans la diphthérie. Il en est qui, comme Ringer et Bartholow, ne disent pas un seul mot de l'emploi de ce médicament dans l'angine couenneuse. Stillé et Jacobi en déconseillent formellement l'usage. En France, on l'emploie plus volontiers peut-être, mais à mesure que l'on comprend mieux la nature véritable de la maladie, on s'éloigne graduellement des médications plus ou moins empiriques pour en venir à une thérapeutique plus rationnelle, et à l'heure qu'il est, l'antiseptie est la première condition de traitement de la diphthérie.

Ce n'est pas à dire pour tout cela, je le comprends, que le chlorate de potasse soit absolument inerte dans la diphthérie. Malgré l'autorité considérable des auteurs que je viens de citer, j'accorderai à *Un abonné* que le chlorate peut rendre quelques services dans un cas donné d'angine diphthéritique, mais de là à en faire un remède réussissant dans *tous* les cas, il y a bien loin. Un abonné est-il bien certain de son diagnostic dans *tous* les cas? Et peut-on lui demander par quel chiffre se comptent *tous* ces cas? J'admets même que tous les cas étaient de la vraie diphthérie et que leur nombre a été assez élevé, mais *Un abonné* n'a pas oublié, je l'espère, que la gravité relative des cas dépend de la gravité de l'épidémie régnante. L'épidémie est souvent assez bénigne, et alors nous sauvons la grande majorité de nos malades... ou pour parler plus correctement, la grande majorité de nos malades se guérissent fort bien seuls et sans l'aide de notre médication. D'un autre côté, dans les épidémies malignes, ne voyons-nous pas échouer fatalement toutes les médications possibles? Et même au cours d'épidémies relativement graves, nous voyons quelques diphthéritiques guérir seuls, sans le secours d'aucun médicament. A ce propos, un cas tout récent me revient en mémoire. Dans le cours de mai dernier, un de mes clients me disait être fort satisfait de l'hiver qui venait de finir. " Nous qui étions ordinairement, chaque hiver, visités par la maladie, disait-il, nous en avons été exempts cette fois. Cependant, a-t-il ajouté, nous avons tous eu un peu de mal de gorge, mais ça n'a pas duré longtemps, et, chose étrange, nous en avons tous été atteints à peu près vers le même temps, dans l'espace d'une quinzaine. Nous avons eu un peu de fièvre, bien que le mal de gorge fut peu douloureux." En questionnant un peu, je suis parvenu à apprendre que ce client était allé plusieurs fois dans une famille où il y avait de la diphthérie, et qu'il avait été atteint le premier, chez lui, au bout de quelques jours.

Pour moi, il y avait eu là de la diphthérie, et si ces malades avaient eu la curiosité d'examiner ou de faire examiner le fond de leur gorge on y aurait trouvé les fausses membranes que l'on connaît. Voilà donc toute une famille, huit personnes, ayant souffert de diphthérie et ayant guéri sans le secours d'aucun traitement. Dois-je, pour cela, préconiser l'abstention complète de toute mesure thérapeutique ou au moins l'expectation? Non, pas plus que je ne pourrais invoquer l'influence salutaire du chlorate de potasse si, appelé dans cette famille, j'avais prescrit le médicament en question. *Post hoc* n'est pas toujours *propter hoc* et *Un abonné* ne devra pas l'oublier.

Veuillez agréer etc.

MÉDECINE.

Montréal, 24 mai 1885.

Messieurs les Rédacteurs,

Les deux correspondances que vous avez publiées au sujet du traitement de la diphthérie m'ont fait souvenir d'un projet que, depuis longtemps, je me proposais de vous soumettre, et qui a déjà été mis à exécution en Angleterre et aux Etats-Unis sous le nom de *Collective Investigation of Disease*. Il s'agirait d'ouvrir ce qu'on pourrait appeler une enquête sur un point de médecine pratique. Une série de questions bien définies étant données, tous les lecteurs de l'UNION MÉDICALE seraient appelés à y répondre en exposant les résultats de leur expérience sur le sujet proposé. La somme d'informations ainsi obtenue devra nécessairement être très précieuse au point de vue pratique, pour peu que vos lecteurs comprennent l'importance de l'observation clinique, ce dont je ne veux pas douter un seul instant.

Il y a deux ans, la *Therapeutic Gazette*, de Détroit, a ouvert une enquête de ce genre sur la diphthérie, considérée à la fois dans son étiologie, son anatomo-pathologie et son traitement. Nombre de réponses ont été reçues et publiées, et le résultat a été, en somme, fort satisfaisant. Pourquoi ne feriez-vous pas de même? Pourquoi, par exemple, ne demanderiez-vous pas à vos abonnés de vous transmettre, dans un délai déterminé, toutes les informations pratiques possibles sur le traitement de la diphthérie, la valeur relative des médicaments par eux employés, les résultats obtenus par telle ou telle méthode, etc.

Je suggère cette question du traitement de la diphthérie parce qu'elle est d'une importance majeure pour nous qui avons à combattre la diphthérie pour ainsi dire tous les jours, et que, la théorie est alors souvent peu d'accord avec la pratique.

Dans l'espoir que ma suggestion pourra vous être agréable et recevra l'approbation de vos lecteurs, je demeure,

Votre bien dévoué,

St.B mai 1885.

CURATIO.

De la cirrhose hépatique.—Le professeur DACOSTA est d'avis que la cirrhose hépatique est susceptible de guérison à sa première période, mais qu'elle est tout à fait incurable quand la rétraction du tissu conjonctif est établie. Il a eu occasion d'en voir un cas chez une femme qui n'avait pas fait usage d'alcool, et le plus grave de tous les cas observés l'a été chez un enfant de quatre ans.

Au début le traitement consiste en saignées locales (sangues), sulfate de magnésie, crème de tartre et iodure de potassium.—*Collegie and Clin. Record.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES.

Diagnostic de l'état de mal hystérique et de l'état de mal épileptique.—Clinique de M. le professeur CHARCOT, à la Salpêtrière.

L'état de mal hystérique comporte un pronostic si différent de l'état de mal épileptique, avec lequel il peut cependant présenter de grandes analogies cliniques, qu'il est de toute utilité de pouvoir les distinguer. Il ne suffit pas, pour que l'état de mal soit constitué, que le malade soit atteint d'un grand nombre d'attaques dans une journée. L'état de mal est constitué lorsque les attaques, au nombre de cent à deux cents par jour, par exemple, se succèdent assez vite pour être subintrantes, une nouvelle attaque se produisant pendant la durée du sommeil stertoreux qui suit la précédente, ou bien encore, lorsque, si un intervalle se produit, le coma ne cesse pas pendant ce temps, et le malade ne se réveille pas. Dans l'épilepsie, cet état particulier crée pour le malade un danger très proche, car dans la moitié des cas au moins, il finit par succomber. On peut constater en effet, en ce cas, des modifications importantes dans l'état général; on observe sur la peau la production d'érythèmes, de bulles ou quelquefois d'eschares; le pouls augmente de fréquence, la température s'élève et atteint 39°, 40° ou même 41°, et c'est dans ces conditions que la mort peut survenir. Toutefois, il faut savoir que l'état de mal épileptique se compose de deux périodes: la première, qui a une durée variant de un à trois jours, est caractérisée par ces attaques subintrantes, à la suite desquelles le malade peut succomber brusquement; dans d'autres cas, la température s'abaisse et on peut croire que le malade va guérir; mais souvent alors c'est la période dite méningitique qui commence, pour durer trois ou quatre jours; la température s'élève de nouveau, le coma persiste, les eschares se développent avec rapidité, et cette série d'accidents se termine le plus souvent par la mort, après une durée totale de huit à neuf jours, quelquefois aussi par la guérison.

Les différents symptômes qui constituent cet état peuvent se retrouver dans d'autres cas. L'éclampsie puerpérale se présente sous une forme identique, avec une semblable élévation de température, et ce n'est que par les commémoratifs que le diagnostic peut être établi.

La néphrite interstitielle avec urémie convulsive ne présente pas non plus de différence apparente; cependant il y a ici un caractère différentiel important dans la température qui est abaissée au lieu d'être élevée. Enfin l'état de mal hystéro-épileptique peut se montrer avec des caractères très analogues et difficiles à distinguer sans un examen approfondi. Encore ici y a-t-il lieu d'établir une distinction dans la forme de l'état de mal hystérique: chez certains malades, les attaques qui se succèdent se présentent avec leurs symptômes habituels et leurs différentes périodes qui permettent de le reconnaître assez aisément: c'est l'état de mal hystérique vulgaire. Mais dans l'état de mal que l'on peut appeler épileptiforme, les diverses périodes de l'attaque peuvent être supprimées, et il ne reste plus

que la phase convulsive : l'état de mal hystérique épileptiforme se rapproche alors beaucoup de l'état de mal épileptique vrai. Il y a cependant des différences importantes : c'est tout d'abord que dans l'hystérie, les accès sont plus nombreux que dans l'épilepsie vraie. Chez une malade du service, par exemple, le nombre des accès avait été de huit mille en quinze jours ; chez une autre, ce nombre avait dépassé vingt et un mille en vingt-six jours ; une autre malade, en état de mal, avait eu un jour cinq cents accès et le lendemain plus de quinze cents.

Cette multiplicité des attaques est importante au point de vue du diagnostic : malgré ce nombre considérable, il n'y a chez les hystériques ni sécheresse de la langue ni tendance aux eschares, et surtout pas d'élévation de température ; ce dernier point est capital, car il permet d'affirmer que le malade n'est pas en danger. En outre, dans l'épilepsie, l'affection ne dépasserait pas neuf jours, tandis que chez l'hystérique elle peut aller jusqu'à vingt-six jours. Ainsi, dans ce dernier cas, non seulement les attaques sont beaucoup plus nombreuses, mais la série a une durée beaucoup plus longue.

Il existe d'autres différences notables : dans l'épilepsie les malades ne se réveillent jamais ; dans l'hystérie, il peut y avoir, après une centaine d'attaques, un réveil momentané, on voit alors la malade parler, sourire, souvent même elle demande à uriner, car c'est là un fait contraire à ce que l'on observe dans l'épilepsie, les hystériques souillent très rarement leur lit ; de plus elles continuent à s'alimenter d'une façon suffisante. Enfin, dans l'intervalle de ces séries d'attaques il se produit souvent un phénomène quelconque révélant sûrement leur nature hystérique. Toutefois les moyens qui réussissent ordinairement à arrêter les attaques, comme la compression des ovaires ou des points hystérogènes, ne donnent ici aucun résultat.

On voit donc que s'il y a de grandes ressemblances entre l'état de mal hystérique et l'état de mal épileptique, il y a aussi de notables différences qui permettent de porter un diagnostic dont l'importance est considérable en raison de la diversité du pronostic.—*J. de med. et de chir. prat.*

Formes bénignes et latentes de la fièvre typhoïde.—Il est beaucoup de cliniciens qui, pour prononcer le mot de fièvre typhoïde, exigent un ensemble de symptômes caractéristique et complet.

Ils supposent des différences essentielles de nature intime, entre la fièvre typhoïde proprement dite, et ce qu'ils nomment fièvre continue, fièvre gastrique, fièvre synoque. A plus forte raison ne veulent-ils pas admettre de fièvre typhoïde sans fièvre, sans élévation de température qui soit perceptible au thermomètre.

M. Noël Guéneau de Mussy n'est pas de ceux-là ; il reconnaît, comme dépendant d'une même cause, à côté des formes bien accusées et d'une évolution complète, d'autres formes bénignes, atténuées, abortives, qui sont les prétendues synoques, etc.

A l'occasion d'une discussion à l'Académie de médecine, nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'à nos yeux ces atteintes légères d'une même contagion devaient certainement être acceptées, comme faits s'imposant, particulièrement quand elles se produisent dans le cours d'une épidémie sévissant avec énergie dans un village.

Nous avons cité des exemples qui montrent qu'en effet, alors, les

uns sont gravement atteints et offrent la fièvre typhoïde dans toutes ses phases avec son appareil symptomatique bien caractérisé ; tandis que d'autres sont très faiblement affectés, ou entrent en convalescence après peu de jours de maladie.

Le diagnostic est alors certain à cause des circonstances. Mais, dans les hôpitaux de villes, comment savoir si les formes frustes sont ou non dépendantes d'un germe typhoïde ?

Quelquefois la preuve est possible, même dans cette forme particulière, d'une bénignité apparente extrême que les Allemands ont nommée *typhus ambulatoire*.

Il s'agit de malades auxquels on ne trouve pas de fièvre, qui peuvent se lever, sortir, continuer à manger presque à leur ordinaire, qui n'éprouvent qu'un peu de malaise et chez lesquels cependant le principe dothiéntérique se traduit par des lésions intestinales aboutissant parfois à une perforation. La mort survient inattendue, et l'autopsie permet de s'assurer que ces individus, presque bien portants jusque-là en apparence, étaient au contraire, en réalité, depuis plusieurs semaines, en pleine évolution d'accidents locaux dothiéntériques.

M. Guéneau de Mussy rappelle à ce sujet que le nom seul est nouveau. Avant que les Allemands eussent inventé ce nom de *typhus ambulatoire*, Chomel avait décrit déjà sous le nom de *forme latente* ce même genre de fièvre typhoïde.—*Gazette des hôpitaux*.

De la gastroxie.—*Société médicale des hôpitaux*.—M. LÉPINE, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, donne lecture d'un travail sur la *gastroxie*. Ce nom, tiré étymologiquement de *gaster*, estomac, et *oxus*, acide, a été adopté par Longuet pour désigner l'affection étudiée par Rossbach sous la dénomination de *gastro-xynsis*. Il s'agit d'une maladie nerveuse de l'estomac caractérisée par des crises gastriques douloureuses, avec vomissements acides, sans symptômes de dyspepsie dans l'intervalle des accès.

M. Lépine rapporte une observation de ce genre recueillie chez un malade qu'il observe depuis quatre ans. C'est un homme de 32 ans, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires diathésiques, sobre, mais ayant abusé du café et du tabac, et qui fut pris, il y a trois ans environ, de symptômes légers de dyspepsie, bientôt accompagnés d'envies de vomir et d'un vomissement alimentaire. Le malade diminua son alimentation, mais les crampes et les nausées persistèrent ; puis apparurent des vomissements bilieux. La langue était chargée, la soif vive, l'anorexie complète ; il y avait de la constipation, de violentes douleurs à l'épigastre suivies de vomissements liquides ; pas de céphalalgie, mais une insomnie pénible. Les accidents durèrent deux jours, en dépit de l'opium et des boissons fraîches, puis cessèrent à la suite d'un vomitif et d'un purgatif salin. Toute dyspepsie avait disparu. Une nouvelle crise, non précédée de dyspepsie, se montra trois mois plus tard : les vomissements furent très répétés, la douleur épigastrique vive, l'accès dura trois jours. Des crises analogues, parfois précédées de quelques jours d'état dyspeptique, se sont reproduites depuis lors, tous les trois mois environ. Toujours l'acidité des matières vomies, et surtout de certaines portions d'entre elles, a été très prononcée et remarquée par le malade. Les urines ont renfermé, pendant une des crises, un abondant sédiment uratique. Le traitement par l'eau tiède

ingérée en abondance, qui a réussi entre les mains de Rossbach, n'a pas donné les mêmes résultats chez le professeur Lépine. Les injections de morphine additionnée d'un dixième de sulfate d'atropine ont procuré un soulagement marqué pendant les crises; une hygiène sévère et l'usage des eaux alcalines ont, en outre, réussi à éloigner le retour des accidents, qui sont du reste aujourd'hui beaucoup moins intenses.

Il ne s'agit pas, en pareil cas, d'une simple dyspepsie, puisque d'après Rossbach l'intégrité des fonctions gastriques est précisément le caractère fondamental de la gastroxie. Cependant le malade de M. Lépine a présenté, à certains moments, des troubles dyspeptiques plus ou moins accentués. Les crises de gastroxie rappellent les crises gastriques de l'ataxie locomotrice, mais s'en distinguent pourtant par l'intensité moindre des douleurs et par l'acidité excessive des vomissements, dans lesquels on a trouvé plus d'un centième d'acide chlorhydrique. La gastroxie, d'ailleurs, est une simple névrose que Longuet assimile même à la migraine. Mais si la marche des accidents est, comme pour cette dernière, nettement paroxystique, du moins la céphalalgie fait défaut; et d'autre part, dans certains cas de migraine avec céphalalgie très atténuée, l'état général de prostration domine et les symptômes gastriques sont absents, ce qui n'est pas observé chez les gastroxiés. Les symptômes gastriques et les vomissements, loin d'être chez eux accessoires, sont au contraire prédominants. Peut-être, d'ailleurs, existe-t-il des cas mixtes établissant une transition entre les deux états morbides.

—Praticien.

Cas singulier de monoplégie brachiale.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. TROISIER a reçu dans son service, il y a bientôt trois mois, un malade atteint de monoplégie brachiale du côté droit survenue six jours après une chute sur l'épaule. Il s'agit d'un cocher de fiacre, petit, peu vigoureux, qui fut précipité de son siège et tomba du côté droit; l'épaule aurait porté à terre la première par sa partie postérieure. Il put se relever et continuer son travail pendant cinq heures, se servant, il est vrai, de la main gauche pour conduire. Immédiatement après l'accident, il avait éprouvé dans l'épaule droite une douleur assez vive qui persista pendant quelques heures; les mouvements du bras étaient gênés, mais non abolis. Le lendemain, il obtint du médecin de la Compagnie quelques jours de repos.

Six jours après sa chute, le cocher s'aperçut au réveil qu'il était complètement paralysé du bras droit. Huit jours encore plus tard il entra à l'hôpital Tenon. M. Troisier s'assura tout d'abord qu'il n'y avait ni fracture ni luxation; il ne vit même sur l'épaule aucune trace de contusion. Le membre supérieur droit était complètement paralysé; le bras était inerte et retombait avec flaccidité lorsqu'on le soulevait; les mouvements de l'avant-bras et de la main étaient également abolis, les doigts seuls pouvaient exécuter un faible mouvement de flexion. La sensibilité était abolie dans presque toute l'étendue du membre paralysé, à l'exception des doigts et de la face palmaire de la main. Sur la face dorsale de la main, à l'avant-bras, au bras, à l'épaule, le simple contact, la piqûre, le pincement de la peau, l'application d'un corps roid ou chaud, le courant électrique n'étaient perçus à aucun degré; cette anesthésie dépassait même le moignon de l'épaule sur le cou et sur la poitrine. Le malade n'éprouvait dans son membre ni douleur,

ni engourdissement; seule, la pression faite avec le doigt sur le plexus brachial, au-dessus de la clavicule, était un peu douloureuse, ce qui n'existait point du côté opposé. Il n'y avait ni hémiplégié faciale, ni paralysie du membre inférieur.

Depuis lors la situation s'est peu modifiée. Le membre paralysé reste flasque et inerte le long du corps; les mouvements du bras et de la main sont impossibles; seuls les mouvements des doigts, qui n'ont jamais été tout à fait abolis, sont devenus plus étendus; le malade peut tenir un objet, mais il ne peut faire mouvoir l'aiguille du dynamomètre. L'anesthésie est restée ce qu'elle était au début. Il n'y a pas de contracture.

Quelle est la nature de cette monoplégié brachiale? M. Troisième avait d'abord pensé à une paralysie traumatique par contusion du plexus. Des cas de ce genre ont été signalés. On trouve dans Duchenne, de Boulogne, deux observations de paralysie causée par une chute sur l'épaule. Un mémoire de M. Erb (Heidelberg, 1874) contient deux cas où cette paralysie est d'origine traumatique. On sait que la paralysie dans le plexus brachial, traumatique ou spontanée, sur laquelle M. Erb a attiré l'attention, porte sur un groupe de muscles et systématiquement sur les mêmes muscles: deltoïde, biceps, coraco-brachial, presque toujours le long supinateur, plus rarement le court supinateur et les muscles animés par le médian. Il y a là, non point une paralysie limitée à tel ou tel nerf du bras, puisque les muscles atteints sont innervés par des nerfs différents, mais une paralysie dissociée qui pour l'auteur serait déterminée par la lésion de certaines racines du plexus.

La paralysie est-elle d'origine périphérique? L'hypothèse d'une contusion du plexus brachial ne doit pas être écartée par ce seul fait que la paralysie s'est montrée six jours après l'accident; on sait, en effet, que la perte des mouvements volontaires ne suit pas toujours immédiatement la contusion des nerfs mixtes, et, lorsqu'elle se produit tardivement elle est peut être la conséquence d'une périnévríte secondaire. C'est ainsi que la paralysie radiale se montre quelquefois plusieurs jours après la compression du nerf.

De l'exploration électrique des muscles paralysés, pratiquée par MM. Joffroy, Vulpian et Déjerine, il résulte que ni les nerfs, ni les muscles ne sont altérés dans leur structure, comme cela s'observe d'habitude dans les paralysies d'origine traumatique un peu anciennes; d'ailleurs, il n'y a point d'atrophie musculaire appréciable. On se trouve donc en présence d'une paralysie qui n'offre aucun des caractères propres aux paralysies graves d'origine périphérique, diminution de la contractilité farado-musculaire, réaction de dégénérescence, atrophie musculaire, et malgré les commémoratifs, il est bien difficile de la rattacher à une contusion du plexus brachial. Une autre difficulté se présente: comment expliquer, si le plexus brachial a été atteint dans sa totalité, que les doigts et la paume de la main aient conservé leur sensibilité?

Pour expliquer cette monoplégié brachiale, faut-il admettre une lésion de la circonvolution frontale ascendante? Mais le malade n'offre aucun signe d'affection cardiaque. S'agirait-il d'une paralysie névropathique plus ou moins comparable aux paralysies hystériques?

M. JOFFROY ne croit ni à une commotion du plexus brachial ou de ses origines spinales, ni à une névrite de ce même plexus, ni à une

monoplégie d'origine cérébrale. De l'examen du malade et de la comparaison avec les faits connus analogues, M. Joffroy croit pouvoir conclure, non à ce que l'on a appelé une paralysie traumatique, mais à une paralysie hystérique déterminée par le traumatisme. En effet, la mère du malade avait des pertes de connaissance lorsqu'elle était contrariée, une de ses sœurs a des attaques d'hystérie ; lui-même, bien qu'il n'ait pas d'attaques, ni de points hystérogènes, présente une anesthésie marquée du pharynx. Il faudrait compléter l'examen par l'exploration du champ visuel, de la perception des couleurs, du sens musculaire, etc.

M. RENDU ne peut admettre l'éclosion d'une des manifestations les plus rares de l'hystérie chez un homme de cet âge, dépourvu de tout antécédent net de nervosisme. Il est certain que le plus souvent la névrite traumatique s'accompagne de la suppression de la contractilité faradique et d'un certain degré d'atrophie musculaire ; mais il reste bien des inconnues dans l'histoire de la commotion des nerfs. Les elongations du sciatique, par exemple, ne sont pas nécessairement suivies de troubles moteurs ou d'atrophie des muscles. M. Rendu croit que, dans le fait de M. Troisier, il s'agit d'une paralysie traumatique des nerfs périphériques, malgré les anomalies manifestes.

M. FÉRÉOL a observé, il y a quatre ans, à l'hôpital Beaujon, un cas analogue. Il s'agissait d'un homme de vingt ans, qui avait une monoplégie brachiale droite, avec anesthésie et attaques épileptiformes. M. Féréol diagnostiqua une tumeur cérébrale, sans doute un tubercule. Il apprit alors que la monoplégie était survenue peu de temps après une contusion de l'épaule par un sac de farine. De nouveaux accidents apparurent : polyurie avec hypoazoturie ; troubles trophiques à forme hémiplegique droite, furoncles, anthrax ; attaques épileptiformes plus fréquentes, hébétude, coma menaçant. Mais bientôt tout disparut, et au bout de dix huit mois, la guérison était si complète que le malade fit son service militaire. Le diagnostic de tubercule du cerveau demeure l'hypothèse la plus probable ; ces rémissions de longues durées, simulant la guérison ne sont pas absolument rares. Mais le rôle de la contusion dans le développement de la paralysie reste très obscur.

M. Féréol a depuis lors observé, à la Charité, chez une jeune blanchisseuse, une monoplégie brachiale consécutive à une contusion, mais c'était une hystérique manifeste qui guérit rapidement.—*Praticien.*

Du traitement rationnel de l'affection furonculaire.—On sait que les furoncles peuvent se présenter sous deux formes différentes. Ou bien ils se présentent à l'état isolé, ou bien ils se multiplient quelquefois pour ainsi dire à l'infini. Dans ce dernier cas ils procèdent par éruptions qui se succèdent, qui se multiplient au point que le malade semble ne pouvoir jamais en être débarrassé. C'est à cette dernière forme que Hébra a donné le nom de *furonculose*.

Connaisant particulièrement la question pour en avoir été lui-même victime et pour l'avoir étudiée spécialement, M. GINGEOT, médecin des hôpitaux, a recherché quel était le meilleur traitement à opposer à cette affection. A cette occasion il a publié, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un curieux travail auquel nous empruntons les détails qui suivent.

Pendant longtemps on traitait les furoncles d'une façon absolument

empirique. Mais aujourd'hui, grâce aux progrès de la pathogénie, grâce aux connaissances plus exactes que l'on possède sur les causes de la furonculose, il est permis de lui opposer un traitement rationnel et scientifique. Il est bien certain que pour bien traiter une maladie, il faut la connaître. Avant que l'on connût la nature parasitaire de la gale, est-ce qu'on ne lui opposait pas des médications irrationnelles? Est-ce qu'on ne cherchait pas à modifier la constitution de l'individu atteint? Et cela sans obtenir de résultat. Eh bien, il en est de même du furoncle. Combien de médications irrationnelles, quelquefois déprimantes, n'ont pas été données contre le furoncle? Aussi devons-nous dire quelques mots de pathogénie pour bien faire voir l'importance du traitement approprié, pour bien faire comprendre quel est le meilleur traitement à employer.

Evidemment tous les traitements de l'affection furonculaire, si empiriques qu'ils nous paraissent aujourd'hui, étaient toujours basés sur l'idée que l'on se faisait de l'étiologie de cette affection. Pour la plupart des auteurs l'éruption furonculaire était considérée comme l'indice, comme la manifestation locale d'un état morbide général. Les uns accusaient une cause interne sans la connaître; d'autres incriminaient certaines diathèses, comme le diabète, la goutte, l'uricémie, l'alcoolisme, ou bien encore une alimentation soit trop succulente, soit trop restreinte. On a encore accusé la misère physiologique, le lymphatisme, la dyspepsie chronique. On a même été jusqu'à mettre l'affection furonculaire sur le compte des santés robustes, sur la trop grande richesse du sang, pour employer l'expression vulgaire.

Il serait trop long d'énumérer toutes les idées qui ont eu cours sur l'étiologie des furoncles. Citons cependant celle-ci qui nous paraît fort curieuse, quoiqu'elle ne diffère pas beaucoup des précédentes. Le furoncle, d'après certains auteurs, serait le résultat d'une infection de l'économie; on pourrait le comparer aux pustules varioliques; ce serait un émonctoire qui servirait à l'élimination du poison, et par conséquent pourrait être considéré comme une crise, et même une crise éminemment favorable. On donnait comme preuves de cette opinion les éruptions furonculaires qui succèdent aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde, voire la pneumonie. Aussi s'explique-t-on pourquoi les médecins respectaient les poussées furonculaires et craignaient de les voir disparaître trop vite, pensant qu'une maladie pouvait éclater brusquement après la suppression trop rapide des clous.

Outre les furoncles de cause interne, la plupart des auteurs signalent aussi des furoncles reconnaissant des causes externes, comme la malpropreté, les poussières, la phthiriasse, le frottement d'un col raide, le frottement de la selle, les irritations de toutes natures, pommades, onguents, emplâtres, vésicatoires.

Telles sont pour la plupart les causes qui ont été invoquées dans la production, soit des furoncles, soit de l'anthrax (l'anthrax n'étant en somme qu'un furoncle amplifié). Que devons-nous penser de tout cela? Devons-nous croire que le furoncle résulte directement soit du diabète, ou de la goutte, ou du lymphatisme, etc., soit des irritations externes? Nous ne le pensons pas; mais nous sommes persuadé cependant que ce sont tout autant de causes adjuvantes, occasionnelles qui favorisent le développement des micro-organismes qui sont reconnus aujourd'hui comme la véritable cause du furoncle.

On a dit que l'affection furonculaire est endémique; il aurait été préférable d'avancer qu'elle est contagieuse, et contagieuse au sens propre du mot. Cette affection est en somme inoculable. Les preuves ne manquent pas. Qui n'a vu en effet des éruptions furonculaires se promener pour ainsi dire sur tout le corps des malades et être entretenues par l'application des cataplasmes. Ceux-ci jouaient dans ce cas le rôle de véritables agents de l'inoculation, en transportant le pus de certains furoncles sur d'autres points du corps. Les malades eux-mêmes peuvent être cause de ce transport, en se grattant par exemple. Bien plus, on a vu la transmission de la furunculose d'individu à individu, à la suite du contact intime, de la cohabitation dans le même lit. Ne peut-on pas ainsi invoquer comme une preuve irréfutable de la contagion l'apparition de furoncles sur les mains des chirurgiens ou des personnes qui ont pansé des malades porteurs de clous, soit au niveau de quelque érosion épidermique, soit à la suite d'une piqûre faite par une lancette mal nettoyée et qui a servi à ouvrir une tumeur furonculaire ?

Les faits de ce genre sont nombreux, il n'est pas de médecins qui n'en connaissent; aussi croyons-nous inutile d'en citer. D'ailleurs des expériences d'inoculation ont été faites, qui ont donné raison à la théorie de la contagion.

La contagion étant évidente, il était facile de prévoir la découverte de l'agent spécial de la contagion. Bien avant Pasteur, Hueter, en Allemagne, et Startin, en Angleterre, attribuaient le furoncle à l'action d'un schyzomycète. Plus tard, Pasteur parvint à découvrir un parasite qu'il appela *torula pyogenica*, appartenant au règne végétal. Pourtant, on n'est pas encore bien fixé sur la nature du parasite qui cause le furoncle. Quel qu'il soit, il nous suffit de savoir qu'il y a un micro-organisme, un parasite, qui est la cause du furoncle, et c'est sur cette idée, qui nous paraît très vraisemblable, sinon complètement prouvée, que M. Gingeot, avec d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons particulièrement Lœwenberg, base sa méthode de traitement. Il est évident que, s'il y a un parasite, il faut chercher à le détruire; c'est donc aux médicaments parasitocides qu'il faudra s'adresser.

Mais, avant d'entamer la partie thérapeutique, faisons remarquer que le parasite, qu'il soit tel ou tel (cela nous importe peu), n'est pas tout dans l'étiologie du furoncle et de l'anthrax. Il est certainement nécessaire, et sans lui le furoncle ne pourrait se développer; mais, pour que ce développement se fasse, en un mot pour que le parasite puisse germer, il faut qu'il trouve un terrain approprié. Et, de même que la mucédinée du muguet ne peut se développer dans la bouche ou sur d'autres muqueuses que si les sécrétions sont acides, de même on comprendra la prédisposition au développement du parasite du furoncle créée par l'existence d'une maladie telle que le diabète, la diathèse urique ou quelque une des causes nombreuses, tant générales que locales, que nous avons signalées plus haut, et sur lesquelles il est inutile de revenir maintenant.

Quant au traitement, il relève, soit du médecin, soit du chirurgien. Mais le but que l'on doit chercher dans la thérapeutique du furoncle est évidemment de faire la part la plus minime possible au chirurgien. Il faudra chercher à faire avorter le furoncle afin d'éviter au malade les douleurs et les incisions. De plus, s'il semble devoir se produire

une éruption furonculaire, dont on connaît la durée quelquefois désespérante, il faudra chercher à enrayer la marche de cette éruption, il faudra tâcher d'arrêter le cours de la furonculose. Que si cependant les moyens médicaux qui ont été mis en usage dans ce but ont échoué et si le furoncle arrive quand même à la suppuration, ou si, ce qui revient au même, on se trouve de prime abord en présence d'un furoncle arrivé à la période de suppuration, c'est aux moyens chirurgicaux qu'il faudra s'adresser, quitte cependant à chercher à éviter, par les moyens que nous allons décrire, le développement de nouveaux furoncles.—*Revue médicale.* (A suivre).

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Traitement chirurgical du varicocèle.—Différents procédés de traitement ont été proposés ou appliqués, se basant tous sur ce principe, que pour guérir le varicocèle, il faut supprimer la circulation dans les vaisseaux dilatés. Mais tous ces procédés n'étaient pas sans présenter des dangers très sérieux et toujours, lorsqu'on opérait un varicocèle, la vie était sérieusement compromise.

Les anciens attaquaient franchement les veines variqueuses, ils opéraient à ciel ouvert. C'est ainsi que faisaient Paul d'Egine, Celse, Ambroise Paré. Après avoir incisé le scrotum, ils isolaient le paquet variqueux afin de ménager le canal déférent et, aux deux extrémités de la plaie, ils liaient les veines et les sectionnaient entre les deux ligatures. Nous verrons que c'est le même procédé qu'on emploie aujourd'hui, mais en se mettant sous l'égide de la méthode antiseptique.

Rigaud, de Nancy, a institué un autre procédé, qui consiste dans l'isolement du paquet variqueux, préalablement mis à nu. L'isolement du paquet variqueux était établi par un large ruban; puis on pansait avec de la charpie et la suppuration, qui s'emparait des veines, les détruisait.

Par la méthode sous-cutanée, préconisée par Ricord, on cherchait à éviter la suppuration. Au moyen d'une aiguille, on introduisait un fil derrière les veines et, après l'avoir ramené en avant, on serrait la ligature. Vidal de Cassis pratiquait l'enroulement des veines variqueuses sur deux fils d'argent dont il serrait les extrémités.

Signalons encore la compression pratiquée au moyen de deux pinces placées sur le varicocèle à deux ou trois centimètres l'une de l'autre et serrant jusqu'au sphacèle; la cautérisation, au moyen d'une pince dont les mors ont été portés au rouge, ou dont les mors fenêtrés ont été garnis de pâte de Vienne ou de chlorure de zinc; l'acupuncture, les injections coagulantes, etc.

On voit que les procédés sont variés et nombreux; mais ils ne sont pas sans présenter des dangers sérieux et sans exposer les malades aux complications les plus redoutables. Nous ne voulons même pas faire entrer en ligne de compte, dans les causes de mort, après l'opération du varicocèle, la septicémie et l'infection purulente, qui sont pourtant assez importantes pour mériter une sérieuse attention, mais nous ferons simplement remarquer que tout opéré de varicocèle, si le chirurgien n'a pas pris toutes les précautions nécessaires, indispensables aujourd'hui.

d'hui, est exposé à la *mort subite*. On comprend, à cause des succès, à cause des insuccès, à cause des cas de mort qui suivaient l'opération du varicocèle par les procédés que nous avons signalés plus haut, on comprend que jusqu'en ces derniers temps les chirurgiens aient gardé une prudence extrême. Mais aujourd'hui des résultats favorables ont été obtenus par M. Nicaise et par M. Terrier et doivent engager les chirurgiens à se départir de cette extrême prudence qui les condamnait à l'inaction. Cependant ils devront, bien entendu, opérer seulement les varicocèles qui, par les douleurs qu'ils causent aux malades, sont devenus intolérables.

Nous devons signaler aussi deux succès obtenus par M. le professeur Guyon à l'aide d'un procédé que nous allons décrire avant celui que préconisent MM. Richelot et Nicaise, ce qui permettra aux lecteurs de comparer les deux et de les juger comme ils l'entendront.

Le procédé employé par M. Guyon est la combinaison de deux méthodes qui ont donné isolément de bons résultats, nous voulons dire la ligature des veines et la résection d'une partie du scrotum. Une fois le malade endormi, on trace sur la partie antérieure des bourses une incision elliptique à grand diamètre transversal, de façon que la partie moyenne se trouve à 1 centimètre environ au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule. Il va sans dire que les bourses ont été préalablement rasées, savonnées et lavées avec une solution phéniquée au vingtième. Les dimensions du lambeau cutané devront être en rapport avec les dimensions du varicocèle et avec la distension du scrotum qui ne pourrait plus se rétracter s'il avait été trop distendu. On comprend le but de cette excision de peau et nous n'avons pas besoin de dire qu'on cherche, par ce moyen, à diminuer la longueur du scrotum du côté malade et à diminuer d'autant les causes d'élongation des veines par le poids du testicule qui se trouvera maintenu lorsque les bords de l'incision seront réunis.

Après avoir dessiné le lambeau, on le dissèque rapidement, et on l'enlève. On se trouve alors en présence de la tunique fibreuse commune qui double extérieurement la vaginale, immédiatement au-dessus du testicule. Il ne reste plus qu'à pratiquer la ligature du plexus veineux antérieur, que M. Guyon lie seulement.

Il n'est pas besoin d'ouvrir la vaginale; il suffit de passer derrière le plexus veineux une aiguille courbe ou une sonde cannelée, en ayant soin de faire maintenir en arrière le canal déférent par un aide. Puis, au moyen de deux fils de catgut, on place aux deux extrémités de la plaie et le plus éloignées possible, deux ligatures bien serrées. On voit que ce procédé est d'une simplicité remarquable, on ne fait pas à la vaginale une large ouverture (on ne pratique que de très petits orifices permettant le passage des fils); d'ailleurs, l'ouverture de la vaginale ne constituerait pas une complication bien dangereuse, grâce à la méthode antiseptique; de plus, on n'a pas besoin de dénuder le paquet vasculaire, ce qui constitue toujours une difficulté assez grande, car on rencontre différentes couches celluluses avant d'arriver sur le paquet vasculaire. Une fois la ligature faite, il n'y a plus qu'à affronter les deux bords de l'incision et à suturer. On pourra suturer complètement, ou bien, si l'on craint que le catgut employé pour la ligature des veines ne se résorbe pas complètement et qu'il se forme un abcès, on pourra laisser pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, un petit drain dans l'un des angles de la plaie.

Tel est le procédé de M. Guyon, dont les suites seraient des plus simples et dont les résultats thérapeutiques seraient excellents. D'ailleurs, dans le petit mémoire publié par M. Hache dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, deux observations sont relatées qui prouvent que les malades ont parfaitement guéri.

Le procédé conseillé par M. Richelot consiste dans la section des veines entre deux ligatures. On pratique sur le scrotum, le long du cordon, une incision de cinq centimètres. De cette façon on se trouve en présence du paquet des veines variqueuses, qu'on peut facilement isoler sur une étendue de deux centimètres, du canal déférent et de l'artère spermatique. On exprime alors le sang de haut en bas, puis on passe un fil de soie phéniquée à la partie inférieure de la plaie et on le serre; on pose ensuite la ligature supérieure et on sectionne le paquet veineux entre les deux ligatures. On pourrait tout aussi bien réséquer la partie du paquet veineux intermédiaire aux deux ligatures. On réunit ensuite les bords de la plaie et on panse avec toutes les précautions que commande la méthode antiseptique. Il va sans dire qu'avant et pendant l'opération, il faudra s'astreindre aussi à toutes ces précautions.

Faut-il dans cette opération chercher à isoler l'artère spermatique, afin d'assurer la nutrition du testicule et d'éviter son atrophie? M. Nicaise recommande d'isoler l'artère spermatique, tandis que M. Richelot croit qu'il est inutile de l'isoler ou que tout au moins, quand sa recherche est trop difficile, il n'est pas nécessaire de s'attarder à la recherche. Ce qui le fait penser ainsi, c'est que, dans le cas qu'il a opéré et dans trois cas de M. Terrier, l'isolement de l'artère spermatique n'avait pu être fait et que par conséquent elle avait été liée en même temps que les veines; néanmoins, les malades ont guéri sans présenter d'atrophie testiculaire. Il est probable qu'alors les artères déférentielle et funiculaire suffisent à suppléer la spermatique et à assurer la nutrition du testicule.

Nous pensons que l'on pourra maintenant, en prenant les précautions les plus grandes, guérir le varicocèle sans complications par l'un ou l'autre des procédés que nous venons de décrire. Quel est le meilleur des deux? c'est une question à laquelle on ne peut encore répondre, et que l'expérience seule pourra élucider.—*Revue médicale.*

L'érysipèle et la méthode antiseptique.—A l'avant dernière séance de l'Académie de Médecine de Paris, M. le professeur VERNEUIL a fait, sur ce sujet, une très intéressante communication tendant à résoudre cette question: peut-on éteindre complètement l'érysipèle qui, aujourd'hui, ne se montre plus à l'hôpital qu'à l'état sporadique?—Après un parallèle entre les statistiques antérieures et les moyens employés pour conjurer cette affection, M. Verneuil déclare que le jour où il chercha à combattre l'endémo-épidémie érysipélateuse qui régnait dans ses salles, il fit pratiquer tout ce qui avait paru nuisible à son prédécesseur M. Gosselin, se bornant à appliquer les principes de la doctrine septiciémique, la prophylaxie et les pansements antiseptiques compris. Les résultats dépassèrent ses espérances. Aujourd'hui les cas d'érysipèle sont exceptionnels, mais l'antisepsie ne suffit pas. Il est nécessaire d'y adjoindre l'isolement. L'érysipèle des hôpitaux a deux origines; l'une se produisant en dehors, l'autre se montrant dans le service, à la suite

d'une cause parfois difficile à déterminer. Pour faire supprimer entièrement cette maladie, il faudrait faire disparaître en même temps les deux foyers, ce qui est difficile. L'érysipèle étant une maladie parasitaire et son germe n'existant pas partout, peut-être y arriverait-on en mettant en pratique les règles suivantes :

" 1^o Les médecins de la ville s'efforceront, autant qu'il est en leur pouvoir, de soigner à domicile les érysipélateux de leur clientèle, et prendront vis-à-vis d'eux les mesures capables d'empêcher la contagion et le développement des petites épidémies locales.

" 2^o Si les malades sont forcés d'entrer à l'hôpital, où je n'admets pas qu'on puisse les refuser, ils seront isolés aussitôt dans des salles spéciales pour ne point infecter les salles communes, faire naître les petites épidémies et reproduire l'endémie.

" 3^o Si l'isolement n'est pas réalisable faute de salles spéciales, ce qui est encore le cas pour la presque totalité de nos hôpitaux, on s'efforcera au moins de créer autour du malade une sorte de cordon sanitaire comme le voulait M. Gosselin, en éloignant de lui autant que possible les autres blessés, en le plaçant dans les derniers lits de la salle, etc.

" 4^o On traitera enfin l'érysipélateux du dehors par tous les moyens capables d'abrèger le mal, de détruire les germes du contagé, ou d'empêcher au moins leur dispersion. Les pansements antiseptiques sont ici plus indiqués que jamais ; on aura recours en particulier à la pulvérisation phéniquée prolongée, qui a le double avantage d'agir topiquement sur l'érysipèle et de créer entre l'érysipélateux et ses voisins une sorte d'atmosphère aseptique.

" 5^o Contre l'érysipèle intérieur, les précautions ne seront ni moins nombreuses, ni moins efficaces. On évitera d'abord tous les manœuvres exercées sur les plaies et qui font si souvent naître l'érysipèle ou la lymphangite par auto-inoculation. On emploiera l'antiseptie sous toutes ses formes et avec tous ses procédés dans les cas de blessures et de plaies, et surtout dans les opérations cavitaires.

" 6^o Si, malgré tout, un cas se développe dans l'intérieur, on le placera, si c'est possible, dans une chambre d'isolement, sinon on lui appliquera l'isolement relatif indiqué plus haut, et on instituera de suite le traitement par la pulvérisation phéniquée, sans préjudice des médications internes indiquées : éméto-cathartique, boisson acidulées, alcoolature d'aconit, etc.

" 7^o Toutes les précautions antiseptiques et les applications externes de même nature seront continuées longtemps après la disparition de l'exanthème, la contagiosité de celui-ci se prolongeant pendant toute la période de desquamation."

M. Verneuil pense que ces mesures, si simples et si faciles, pourraient diminuer le nombre des érysipèles aussi bien en ville qu'à l'hôpital. En combattant l'érysipèle dans les services hospitaliers, on arrivera à le diminuer à l'extérieur.

Il est résulté de la discussion qui a suivi cette communication, que MM. Gosselin, Panas, Le Fort et Trélat, qui y ont pris part, ont tous partagé l'opinion de M. Verneuil. — *Scalpel.*

M. TERRILLON recommande les incisions exploratrices dans le cas de tumeurs de l'abdomen.

Procédés d'ablation de l'astragale.—*Congrès français de chirurgie.*—M. REVERDIN (de Genève) fait une communication sur un procédé d'extirpation de l'astragale et résection tibio-tarsienne. Voici les conclusions de ce travail :

CONCLUSIONS.—On peut diviser les procédés de résection tibio-tarsienne en procédés à incisions jambières et procédés à incisions tarsiennes.

Tandis que les procédés à incisions jambières répondent aux indications ordinaires des résections traumatiques primitives ou consécutives, les procédés à incisions tarsiennes sont en général préférables pour les résections pathologiques : ils permettent plus facilement que les premiers d'examiner directement la nature et l'étendue des lésions articulaires, et de les poursuivre partout où elles se sont développées.

A l'occasion d'un cas d'ankylose tibio-tarsienne incomplète avec équinisme, j'ai imaginé un procédé à incision tarsienne postéro-externe; il m'a donné un excellent résultat et il peut s'appliquer, avec quelques modifications, soit à la résection tibio-tarsienne, soit à l'extirpation de l'astragale.

Dans le premier cas (résection tibio-tarsienne), le tendon d'Achille et les tendons des péroniers latéraux sont sectionnés; dans le second cas (extirpation de l'astragale), le tendon d'Achille peut être respecté.

Lorsque, l'astragale enlevé, on s'apercevrait que les malléoles sont atteintes, il serait toujours facile de compléter l'incision en arrière pour avoir plus de jour et pour les réséquer sans difficultés.

On pourrait de même transformer la résection entreprise en une amputation tibio-tarsienne à lambeau plantaire interne, si celle-ci était reconnue nécessaire au cours de l'opération.

Mon procédé a l'avantage de ménager les vaisseaux et les nerfs du pied, de donner beaucoup de jour pour l'examen de la jointure et d'être d'une exécution facile et rapide.—*Gazette des hôpitaux.*

Trépanation du crâne.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Jules BŒCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur la trépanation préventive du crâne. Il rappelle les titres de Sédillot à ce sujet, comment cette opération a été si longtemps méconnue et mal jugée, combien nombreuses sont devenues les indications, surtout depuis la méthode antiseptique, de quelle façon la doctrine de Sédillot est aujourd'hui répandue en Allemagne, etc.

M. Bœckel a fait lui-même neuf trépanations et a eu neuf succès; il en a fait cinq secondaires et a eu deux succès et trois morts. Tous ses opérés jouissent de leurs facultés intellectuelles.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) fait une communication ayant pour but de démontrer qu'on ne saurait se baser sur les localisations cérébrales pour appliquer la trépanation tardive. Il cite, comme exemple, l'observation d'un homme de vingt-quatre ans, ayant reçu un coup de canne plombée sur la région fronto-pariétale gauche. Il eut ensuite de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Il n'y avait pas de fracture du crâne. Une trépanation, faite au niveau du point où il sentait une légère dépression, fit arriver sur un foyer hémorragique. Les accidents n'en furent pas amendés. Une aspiration faite avec la seringue resta également sans résultat. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un immense foyer hémorragique; on ne trouva aucune lésion

pouvant expliquer l'aphasie. Si l'on s'était guidé sur les localisations cérébrales, dans ce cas on aurait appliqué le trépan dans un point où il n'y avait pas d'hémorragie.

M. Mollière cite plusieurs observations analogues sur lesquelles il s'appuie pour formuler les conclusions suivantes :

1^o La trépanation doit être pratiquée de bonne heure, le plus tôt possible.

Quand elle est faite tardivement, on trouve toujours un certain degré d'hyperostose qui rend l'opération très longue et très difficile. D'ailleurs, au point de vue des résultats comme au point de vue du danger, les trépanations immédiates sont de beaucoup préférables aux trépanations tardives.

Toutefois la trépanation tardive ne saurait être refusée aux malades atteints d'épilepsie partielle d'origine traumatique ou de folie dite traumatique.

Enfin il serait imprudent de se baser uniquement sur les localisations cérébrales pour décider du siège de la trépanation.

M. DEMONS (de Bordeaux) communique contradictoirement un travail sur les indications fournies par les localisations cérébrales au point de vue de la trépanation.

Un mécanicien âgé de trente-neuf ans, ayant fait une chute au fond d'un puits, est pris de phénomènes cérébraux de paralysie incomplète du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit. Il semblait guéri, quand, deux ans plus tard, il fut pris d'épilepsie partielle et d'hémiplégie gauche. M. Demons appliqua une couronne de trépan en se guidant uniquement sur les localisations cérébrales. Il tomba mathématiquement sur le point malade. Le malade a très bien guéri et est resté guéri depuis vingt-trois mois.

M. Demons cite plusieurs exemples analogues à l'appui de l'utilité des localisations cérébrales au point de vue de la trépanation.

Beaucoup de chirurgiens échouent, dit M. Demons, parce qu'ils n'ouvrent pas la dure-mère. L'aphasie, les paralysies, l'épilepsie partielle, tels sont les phénomènes cérébraux qui indiquent la trépanation. La doctrine des localisations cérébrales est un guide sûr pour les indications de la trépanation. Il n'est besoin d'aucune trace extérieure; s'il en existe, il ne faut pas en tenir compte. Il faut inciser la dure-mère, et si l'on ne trouve rien, ne pas craindre de pousser plus avant dans l'écorce cérébrale ses investigations.

M. CAUVY (de Béziers) a fait, en 1868, une thèse sur la trépanation du crâne, portant pour épigraphe que cette trépanation était une bonne opération, trop méconnue des chirurgiens, et méritant de tenir une place honorable dans la pratique chirurgicale. Il retrace l'histoire de la trépanation depuis cette époque, rappelle les travaux de Larrey, Sédillot, Broca, Proust, Terrillon, Lucas-Championnière, etc., insiste beaucoup sur l'utilité des localisations cérébrales et sur l'innocuité de cette opération, surtout depuis la méthode antiseptique. — *Gazette des hôpitaux*.

Des indications que l'examen des urines fournit à la pratique chirurgicale.—*Congrès français de chirurgie*.—M. VERNEUIL fait une communication ayant pour titre : *Des urines à dépôt rose comme indice d'une affection hépatique*.

Il cite quatre observations dans lesquelles la présence de ce dépôt rose dans les urines l'a mis sur la voie du diagnostic d'affections hépatiques graves qui, dans plusieurs cas, ont pu être constatées à l'autopsie. En voici un exemple : un mécanicien, âgé de cinquante-six ans, petit, robuste, ayant toujours joui d'une belle santé, entre à la Pitié en janvier 1884, pour un épithélioma limité du plancher de la bouche. Ablation par le thermo-cautère.

Neuf mois après, récidive ; tout le plancher de la bouche est pris. Nouvelle ablation, résection du maxillaire, ligature de la faciale, forcipressure, etc. Le troisième jour, première hémorrhagie suivie de plusieurs autres ; les urines sont comme de la boue et contiennent une énorme quantité de ce dépôt. La réunion de la plaie se défait, gangrène de tout le foyer, hémorrhagies répétées, broncho-pneumonie, mort. L'autopsie montre qu'il s'agissait d'une broncho-pneumonie gangreneuse. Le foie présentait cet état particulier de cirrhose et de stéatose sur lequel il a déjà appelé l'attention.

M. THIRIARD (de Bruxelles) fait une communication sur les indications fournies par l'examen des urines dans les cas de tumeurs abdominales, au point de vue du diagnostic différentiel des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. Après avoir rappelé les recherches de M. Rommelaere sur ce sujet, M. Thiriard fait connaître les résultats de ses propres observations. C'est sur le dosage de l'urée qu'est basé le moyen de diagnostic qu'il propose.

Voici les résultats auxquels il est arrivé : Dans les tumeurs de mauvaise nature, le chiffre de l'urée diminue et tombe à 12 grammes. Ces tumeurs ont donc une action spécifique sur la formation de l'urée. Cette analyse doit porter sur les urines émises dans les vingt-quatre heures. Il faut tenir compte de l'alimentation ; c'est là un précieux moyen de diagnostic de la nature des tumeurs abdominales.

M. Thiriard cite plusieurs observations : Une malade atteinte de tumeur abdominale, ayant des antécédents cancéreux dans sa famille, est considérée par un médecin comme atteinte de cancer. M. Thiriard, appelé en consultation, examine les urines et trouve 21 grammes d'urée, diagnostique une tumeur fibreuse, la considère comme opérable.

Il pratique en effet la gastrotomie, et se convainc qu'il a bien affaire à une tumeur fibreuse, et la malade guérit.

Dans un autre cas douteux, on trouve 9 grammes 48 d'urée ; l'incision exploratrice montre qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse. En résumé, dans les tumeurs abdominales de mauvaise nature, l'hypoazoturie est un précieux élément de diagnostic. M. Rommelaere avait démontré ce fait pour les tumeurs de l'estomac : Un malade d'apparence cachectique paraît atteint d'un cancer de l'estomac ; l'analyse de l'urine indique une assez forte proportion d'urée ; on diagnostique alors un ulcère simple de l'estomac. L'autopsie a permis de vérifier ce fait : une résection de cet ulcère aurait pu sauver ce malade. Dans un autre cas, c'est un cancer du pylore, diagnostiqué par l'hypoazoturie, et vérifié à l'autopsie.

Lorsqu'après l'opération, gastrotomie, ovariectomie, hystérotomie, etc., le chiffre des chlorures s'abaisse dans l'urine, c'est un signe d'inflammation en voie de préparation.

M. REDARD fait une communication sur la glycosurie éphémère

dans les affections chirurgicales. Il cite un grand nombre d'exemples dont la plupart ont été recueillis dans le service de M. Verneuil.

M. Redard fait une communication sur la glycosurie passagère chez des malades atteints de fracture; dans des cas de plaies simples, alors surtout qu'il y avait des phénomènes inflammatoires, dans des affections inflammatoires de la peau, du tissu cellulaire, à la suite de phlegmons, en particulier de phlegmons diffus, dans des cas d'érysipèle, de lymphangite; dans la septicémie, dans les accouchements, etc. Ces glycosuries passagères doivent être rapprochées de celles qu'observent les médecins dans le cours de fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, etc.

En résumé, la glycosurie passagère est extrêmement fréquente dans le cours de plusieurs affections chirurgicales. Il faut examiner les urines pendant tout le cours de la maladie.

La quantité de sucre est proportionnelle à la gravité des cas.

M. VERCHÈRES lit un travail ayant pour titre: *Contribution à l'étude de la phosphaturie dans les maladies osseuses*. La phosphaturie et la polyurie s'observent dans les cas de lésions traumatiques des os et des lésions spontanées ou inflammatoires.

Dans les cas de fractures, il y a un rapport constant entre la phosphaturie et le retard de la consolidation. Dans les cas de maladies osseuses spontanées ou inflammatoires, y a-t-il un rapport entre la phosphaturie et la lésion osseuse? La phosphaturie est un symptôme d'un état général particulier.

M. KIRMISSON a fait des recherches analogues à celles de M. Thiriard, sur le chiffre de l'urée dans les cas de cancer. On peut dire que le fait émis par MM. Rommelaere et Thiriard, à savoir que le chiffre de l'urée est inférieur à la normale dans les cas de cancer, est un fait généralement à part. Mais c'est bien loin d'être une loi absolue. M. Albert Robin dénie toute espèce de valeur à ce signe donné par Rommelaere. Il y a d'autres états que les cancers où l'on constate un abaissement du chiffre de l'urée.

Sur 24 malades atteints de cancers les plus divers, examinés par M. Kirmisson, aidé de MM. Béal et Dumoutier, pharmaciens, il y en eut 19 chez lesquels le chiffre de l'urée était inférieur à 12 grammes, et 5 chez lesquels le chiffre de l'urée était supérieur à 16, 17, 19 et 20 grammes. Il y a donc de nombreuses et importantes exceptions à la loi formulée par M. Rommelaere. Il n'y a donc pas là un élément certain de diagnostic ni d'indication opératoire. D'ailleurs, l'hyposozoturie n'a pas d'influence sur la gravité opératoire.—*Gaz. des hôpitaux*.

Traitement du lymphome.—Contre le lymphadénome ou lymphome du cou, M. TERRILLON, après avoir constaté que les malades qui avaient été opérés et dont on avait enlevé la tumeur étaient morts en quelques semaines, par généralisation, enseigne que le traitement médical a donné des résultats merveilleux et conseille d'administrer l'arsenic à l'intérieur.

Il donne la liqueur de Fowler pure ou associée avec la teinture de Baumé, et recommande d'avoir recours aux fortes doses. Commencez, dit-il, par dix gouttes et arrivez bientôt, c'est-à-dire en une semaine, à 18 ou 20 gouttes avant le repas et faites reposer vos malades tous les quinze jours; de cette façon vous verrez certainement fondre ces tumeurs si inquiétantes, et dont l'ablation a toujours été suivie d'un fâcheux résultat.

Le professeur Verneuil préconise quelques gouttes par jour d'une huile phosphorée ainsi composée.

Huile d'amandes douces.....	30 parties
Phosphore	1 —

Les injections interstitielles de teinture d'iode ont été recommandées par Luton, de Reims. On a injecté aussi la liqueur de Fowler à la dose de cinq à dix gouttes; on a eu quelquefois de la suppuration, mais souvent aussi la disparition. Cette liqueur, donnée à l'intérieur, réussit aussi très bien sans qu'on ait à craindre la suppuration.—*Abeille médicale.*

Cholécystotomie.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Jules BÖCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur la cholécystotomie appliquée au traitement des calculs biliaires. Voici ses conclusions :

1. La cholécystotomie emprunte sa gravité à la présence ou à l'absence de fistule biliaire.

A. I. Dans le premier cas (existence d'une fistule ayant démontré ou fait soupçonner la présence d'un ou de plusieurs calculs), l'intervention opératoire s'impose.

II. Bien que la guérison s'obtienne quelquefois spontanément, il y a tout avantage à intervenir de bonne heure.

III. L'intervention hâtive assure et hâte la guérison en conjurant les accidents dus à l'écoulement incessant de la bile.

IV. L'opération est d'une simplicité et d'une bénignité remarquables, grâce aux adhérences qui unissent la vésicule à la paroi abdominale; lors même qu'on est amené à ouvrir le péritoine, la cholécystotomie pratiquée dans ces conditions peut être considérée comme inoffensive, grâce à la méthode antiseptique.

B. I. Dans le deuxième cas (absence de fistule et d'adhérences), l'opération est infiniment plus grave; ses indications sont plus délicates à saisir.

II. Avant tout, il faut établir le diagnostic causal de l'obstruction des voies biliaires et être certain de la présence de calculs, pour ne pas s'exposer à faire une opération d'une utilité douteuse.

III. Lorsque les commémoratifs, la marche de l'affection, l'examen attentif du malade, et surtout la présence d'une tumeur biliaire, lorsque la ponction exploratrice auront révélé la présence de calculs biliaires, la cholécystotomie faite en temps opportun me paraît indiquée.

IV. Le diagnostic bien établi, l'opération doit être faite de bonne heure, pour parer aux accidents graves, mortels mêmes, qui peuvent être la conséquence de l'abstention.

V. Dans toute autre circonstance, l'opération est trop grave par elle-même, ses résultats trop incertains, pour exposer les malades à en courir les risques sans grand profit.

VI. L'état actuel de nos connaissances ne permet pas d'établir si c'est à la cholécystotomie ou à la cholécystectomie qu'il faut avoir recours. À l'avenir appartient d'apporter des faits nouveaux et de résoudre le problème.

M. THIRIAR (de Bruxelles) lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

L'extirpation de la vésicule du fiel, bien que proposée par Herlin et

Campagnac, n'avait pas encore été faite chez l'homme, lorsque Langenbuch (de Berlin), en 1882, la pratiqua pour un cas de lithiase biliaire. Depuis lors, les annales de la chirurgie en ont enregistré sept cas; cinq opérations ont été faites par Langenbuch, et deux me sont personnelles.

Cinq guérisons radicales ont été obtenues, et si Langenbuch a observé deux cas de mort après l'opération, ils sont survenus par suite d'accidents étrangers à celle-ci.

Cette nouvelle audace de la chirurgie moderne a rencontré jusqu'ici de nombreux adversaires qui lui ont opposé diverses objections, tant physiologiques qu'anatomo-pathologiques, pouvant se résumer dans les propositions suivantes :

1. Nécessité de l'existence d'une vesicule biliaire chez l'homme au point de vue de la digestion ;
2. Les calculs peuvent se former ailleurs que dans la vésicule du fiel ;
3. La cholécystectomie est une opération trop grave, trop dangereuse ;
4. L'établissement d'une fistule biliaire, c'est-à-dire la cholécystotomie, doit lui être préférée.

Tout démontre que la vésicule du fiel n'est pas indispensable à la régularité des fonctions digestives de l'homme. Cet organe manque chez beaucoup de mammifères, et il n'est pas rare de le rencontrer complètement obturé et atrophié chez l'homme.

Si l'on doit admettre que ce n'est pas seulement dans la vésicule que les calculs peuvent se former, c'est là un fait excessivement rare en dehors de certains états pathologiques qui provoquent la formation des cholélithes dans les canaux et conduits biliaires. Or ces états pathologiques (cancer, obstruction des voies biliaires,) préexistants sont précisément une contre-indication formelle de la cholécystectomie.

Cette opération est évidemment délicate et difficile à pratiquer, mais étant donné le peu de gravité des lésions péritonéales produites, en observant les règles de la méthode antiseptique, j'estime que de toutes les laparotomies, c'est l'extirpation de la vésicule biliaire qui paraît la moins grave, la moins dangereuse. C'est une opération qu'il est permis de pratiquer dans les cas de lithiase biliaire qui ont résisté au traitement médical et qui produisent de violentes crises.

Quant à la cholécystotomie proposée par Lawson Tait, si elle est plus facile à pratiquer que la cholécystectomie, elle a l'inconvénient de laisser à sa suite une fistule biliaire avec tous ses dangers, elle n'enlève pas l'organe producteur des calculs; ceux-ci peuvent se reformer.—*Gazette des hôpitaux.*

De la résection de la hanche dans la coxalgie. — *Congrès français de chirurgie.*—M Eugène BÆCKEL (de Strasbourg) fait une communication sur la résection de la hanche dans la coxalgie, ses indications et ses résultats ultérieurs.

Il a pratiqué 33 résections de la hanche, 21 avant l'ouverture de abcès. Sur ce nombre, il a trouvé quatre fois la cavité cotyloïde perforée, huit fois la tête du fémur disparue. Dans toute coxalgie confirmée, la tête du fémur est donc vouée à la destruction. Vaut-il mieux laisser la nature accomplir cette destruction? Vaut-il mieux que ce soit le chirurgien?

Sur 32 opérations, M. Bœckel a obtenu 24 guérisons et 8 morts. Les causes de mort ont été la tuberculose méningée, la néphrite, la pneumonie, la péritonite suppurée, les abcès pelviens. En somme, la mort n'est pas attribuable à l'opération, mais à la maladie. Il a pratiqué la résection de la hanche, et, plus tard, la résection du genou chez le même malade, qui a très bien guéri.

Au point de vue de la rapidité de la guérison, la résection est bien supérieure à l'expectation. Il faut, pour obtenir la guérison, autant d'années avec l'expectation que de mois après la résection. Celle-ci est une bonne opération chez l'enfant, mais non chez l'adulte. Après quarante ans, mieux vaut la désarticulation de la cuisse.

M. Bœckel se résume dans les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS.—1. Une coxalgie suppurée chez un jeune sujet ne guérit que lorsque la tête est luxée ou détruite.

2. L'opération de la résection n'est pas dangereuse par elle-même, mais par l'état général qui la motive ou la complique.

3. La tuberculisation pulmonaire ou méningée cause la plupart des décès parmi les réséqués, comme aussi chez les coxalgiques.

4. Plus la résection est hâtive et moins elle est étendue, plus aussi la guérison est rapide et parfaite.

5. L'arrêt de développement est faible dans ces cas favorables.

6. Il est considérable après les résections tardives, ainsi que dans les coxalgies suppurées qui ont mis des années à guérir.

7. Quand une coxalgie est suppurée, la résection est la méthode la plus sûre d'en finir vite et bien.

8. Les contre-indications à la résection sont fournies par une tuberculisation prononcée d'un organe interne.

9. L'albuminurie, étant susceptible de guérir après la guérison, n'est pas une contre-indication absolue.

M. OLLIER, longtemps opposé à la résection de la hanche, est revenu sur sa première opinion. Il a pratiqué 29 fois cette opération. Depuis que l'inoculation permet de reconnaître la vraie tuberculose de la fausse, on sait qu'il y a des ostéites infectieuses qui simulent la tuberculose. Ce sont ces ostéites dans lesquelles la résection de la hanche fournit les meilleurs résultats. Cette opération est indiquée quand il s'agit d'une coxalgie progressive et menaçant l'existence. Ce n'est pas une opération de choix, c'est une opération de nécessité. Quant aux abcès intra-pelviens, il faut les traiter comme les autres abcès. Le drainage, habituellement très bon, est quelquefois insuffisant.

L'expérience a montré que les résections précoces donnaient de très bons résultats, tandis que les résections tardives en donnaient de très mauvais. La mortalité, après ces dernières, est très considérable, mais elle est la conséquence de la maladie et non de l'opération. Toutefois M. Ollier préfère à la résection, autant que possible, le drainage et l'antiseptie comme donnant de meilleurs résultats fonctionnels. Après la résection, il se fait une ascension graduelle du fémur qui entraîne un raccourcissement beaucoup plus considérable. En résumé, la résection de la hanche est une opération peu grave chez les enfants, mais c'est une opération de nécessité et non de choix. Elle donne des résultats déplorables chez l'adulte.

M. LERICHE (de Mâcon) fait une communication sur l'emploi de l'aspiration dans les coxalgies suppurées. Il se résume en disant que

l'expectation est blâmable dans les coxalgies suppurées, que l'aspiration sous-cutané donne d'excellents résultats et peut souvent éviter la résection.

M. TRÉLAT commence par déclarer que, dans cette discussion, il est bien évident qu'il ne s'agit, sous ce nom de coxalgie, que d'arthrites fongueuses ou tuberculeuses, et non de coxalgies rhumatismales ou hystériques. Or, dit M. Trélat, nous traitons des coxalgies pendant longtemps sans que nous voyions se produire de collections purulentes. Par la précocité du diagnostic et l'opportunité du traitement (immobilisation dans la gouttière de Bonnet), nous arrivons à reculer souvent indéfiniment la suppuration dans les coxalgies. M. Trélat appelle l'attention sur certaines pseudo-coxalgies ou abcès périarticulaires de la hanche, que l'on ouvre, que l'on gratte, et qui, s'ils sont circonscrits, guérissent très rapidement. Mais souvent ces abcès présentent dans quelque recoin un boyau s'acheminant vers l'articulation, et la curette révèle une ostéite tuberculeuse.

M. VERNEUIL n'a pratiqué que deux résections de la hanche pour des coxalgies; il a eu une guérison et un décès. Il établit une grande distinction entre les coxalgies de l'hôpital et les coxalgies de la ville. Ces dernières, qu'il voit en très grand nombre, guérissent presque toujours. Il n'a pas vu mourir en ville plus de trois à quatre enfants. La résection n'est pas généralement indiquée dans les cas de ce genre où les conditions de milieu et de soins hygiéniques permettent d'attendre la guérison sans opération. C'est seulement très long.—*Gazette des hôpitaux.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Traitement des vomissements de la grossesse.—Que n'a-t-on pas essayé pour soulager la femme des nausées et vomissements, si pénibles parfois, qui accompagnent la grossesse? Les médicaments et moyens nouveaux sont relativement rares. On tend plutôt à revenir aux anciens que l'on met de nouveau à l'épreuve. Ainsi, le Dr W. Gill WYLIE, professeur de gynécologie à la Polyclinique de New-York et gynécologue de l'hôpital Bellevue, dans une communication au *N. Y. Medical Record*, en vient aux conclusions suivantes relativement à la dilatation du col de l'utérus comme moyen d'arrêter les vomissements chez la femme enceinte :

1. La nausée et les vomissements se montrant le matin, chez la femme enceinte, ne doivent pas être considérés comme n'étant que de purs signes de grossesse, mais plutôt, règle générale, comme des symptômes indiquant un état anormal des tissus du col utérin, dû à quelque développement imparfait, maladie ou suite de maladie de ces mêmes tissus.

2. Tout état pathologique ayant pour effet de s'opposer au ramollissement et autres modifications du col durant la grossesse peut être la cause des nausées et vomissements.

3. Dans la plupart des cas, on obtient du soulagement en dilatant le col, au-dessous de l'os interne, et très souvent aussi c'est là le seul moyen de procurer du soulagement. Il est vrai qu'en provoquant l'avortement on obtiendra aussi du soulagement, mais l'avortement n'aura lieu que si on dilate tout-à-fait le col.

4. En beaucoup de cas les médicaments, soi-disant spécifiques, administrés par la bouche, sont inutiles, et en règle générale, ne doivent pas être mis en usage avant qu'un examen local ait été pratiqué et qu'on n'en ait tiré des données certaines au sujet du traitement.

Dans une correspondance au *Lancet*, de Londres, un médecin américain parle très avantageusement d'un mode de traitement des vomissements de la grossesse, mis en usage d'abord par le regretté Marion Sims: la cautérisation du col utérin au moyen du nitrate d'argent. La solution dont il se sert renferme de 20 à 60 grains par once d'eau ou encore mieux d'un mélange contenant parties égales d'esprit d'éther nitreux et d'eau distillée. Une application par jour suffit et rarement l'auteur a été obligé d'avoir recours à plus de trois applications.

Ces deux modes de traitement ne sont pas neufs, tant s'en faut. Voici quelque chose de plus récent. Un médecin russe, le Dr Polansky, emploie la bière, à dose de un verre au souper et au diner. Dans un cas rapporté par ce médecin, le soulagement a été manifeste et persistant. Plusieurs observateurs dont nous n'avons nulle raison de suspecter la véracité disent s'être bien trouvé, dans ces cas, de l'emploi du blé-d'inde fleuri (*pop-corn*). La femme en mange un peu *ad libitum*.

On sait que dernièrement l'on a préconisé l'emploi de la cocaïne contre les vomissements de la grossesse. Des résultats favorables auraient été obtenus entre les mains de Weiss, de Prague, (*Therapeutic Gazette*) dans le cas d'une jeune femme chez qui tous les autres moyens avaient échoué et qui se trouvait en danger de mourir par inanition tant étaient persistants la nausée et les vomissements. La formule suivante fut alors prescrite :

Muriate de cocaïne	2 grains
Alcool q.s. pour dissoudre.	
Eau distillée.....	5 onces.

M.—Une cuillerée à thé toutes les demi-heures.

Les douches d'éther sur le creux épigastrique ont aussi donné des guérisons. On se sert d'un vaporisateur et l'on répète la douche aussi souvent que les vomissements ont tendance à revenir.

Les bons résultats obtenus en certains cas par les moyens précédents et par beaucoup d'autres aussi, de même que les insuccès que l'on voit souvent être la suite de l'emploi de ces mêmes moyens nous sont une preuve que les vomissements, chez la femme enceinte, doivent tenir à plusieurs causes, variant suivant les cas, et que, par conséquent, il ne saurait être possible d'instituer une thérapeutique s'appliquant avec d'égales chances de succès à tous les cas. Le professeur PARVIN, de Philadelphie, est entièrement de cet avis. Il faut donc traiter la malade et non pas la maladie. Ainsi, s'il y a ulcération du col, il faudra guérir cette ulcération. Si un déplacement de l'utérus est la cause des vomissements, le déplacement devra être traité. Le professeur Parvin (*Analectic*) dit que dans la grande majorité des cas le vomissement est, soit fonctionnel, soit sympathique, et que l'on en viendra à bout surtout par une scrupuleuse attention à la diète et par l'emploi de la teinture de noix vomique ou de la solution de Fowler. Parfois on obtient de meilleurs résultats par l'usage de doses fractionnées de vit d'ipecac. Occasionnellement l'acide hydrocyanique et l'oxalate de cerium rendront les plus grands services.

Périnéorrhaphie.—*Société de chirurgie.*—M. M. SÉÉ, après avoir étudié les résultats de la rupture du périnée sous l'influence de l'accouchement, étudie la forme des lambeaux qui ont la forme triangulaire dont le sommet correspond à la cloison recto-vaginale et dont la base correspond au périnée. Cette base est adhérente, le lambeau forme une sorte de volet qu'on peut adosser par sa face cruentée à celui du côté opposé ; il doit de plus être épais.

Il place à la base des lambeaux trois sutures au catgut no 2 qui sont fixées sur des rouleaux de gaze iodoformée et placées suivant la méthode d'Emmet.

Une suture entrecoupée au catgut réunit les bords libres de ces lambeaux, qui forment ainsi au périnée une crête médiane.

La suture au catgut a cet avantage qu'on peut laisser les fils en place sans y toucher, ce qui permet d'empêcher la désunion des lèvres de la plaie quand on retire les fils, s'ils sont en argent. On met quelques points de suture sur la muqueuse vaginale et vulvaire quand c'est nécessaire.

Le pansement est permanent ; de la gaze iodoformée bourre le vagin. Une bandelette de gaze iodoformée est introduite dans l'anus, et sur la suture est mis un sachet de cellulose sublimée. On met un bandage en T et une bande de caoutchouc est mise encore par-dessus.

Le pansement est laissé en place pendant sept à huit jours. En très peu de temps la crête périnéale disparaît.

M. POLAILLON. Le procédé d'Emmet ne s'applique que dans les cas de déchirures petites ou moyennes ; quand la déchirure est très étendue, ce procédé est inapplicable.

Dans un cas que j'ai publié dans les *Archives de toxicologie* il a été absolument impossible d'appliquer ce procédé ; j'ai procédé d'une autre façon :

J'ai placé le fil inférieur à la manière du procédé d'Emmet, mais en deux temps, de sorte que le sommet de l'anse était visible sur une étendue de $\frac{1}{2}$ cent. environ dans la cavité vaginale, un peu au-dessus de la surface d'avivement ; je n'aurais pas pu le passer d'un côté à l'autre en un seul temps.

Je crois que comme M. Sée il faut faire l'avivement en conservant les lambeaux de l'aile de papillon que l'on forme en avivant, mais la base adhérente du lambeau n'est pas du côté opposé au sommet de la déchirure, elle est au niveau du bord supérieur de l'aile de papillon ; on réunit ces deux lambeaux ensemble de façon à former une crête dans le vagin et non du côté du périnée.

Dans mon cas, le résultat n'a pas été absolument complet. Il restait de l'incontinence des liquides ; mais il s'agissait d'une malade à qui on avait fait trois fois la périnéorrhaphie et à qui on avait pratiqué six cautérisations.

M. TRÉLAT. Depuis qu'il est question de périnéorrhaphie à la Société de chirurgie, il est convenu que, dans les cas de déchirures très profondes et très étendues, il faut des procédés particuliers.

L'anse de fil d'Emmet ne paraît pas réunir les conditions pour une bonne opération, dans ce cas.

Aussi Hégar a conseillé de faire l'opération en deux temps : dans un premier temps on réunit les bords de la déchirure recto-vaginale, dans un deuxième temps, on fait la périnéorrhaphie.

Quant à la forme d'avivement, il y a longtemps que MM. Verneuil et Deroubaix en ont donné la formule : il faut que les limites de l'avivement suivent les limites du tissu cicatriciel résultant de la déchirure du périnée ; il est inutile d'insister sur ce point.

Je ne crois pas utile de conserver de lambeaux, comme le conseillent MM. Sée et Polaillon.

M. M. SÉE.—M. Trélat dit que la surface qu'on avive est une surface cicatricielle, je le conteste. La cicatrice se place seulement au sommet de la déchirure, le reste est constitué par la peau du périnée ; c'est elle qu'on a avivé : mes lambeaux sont formés par du tissu sain et non par du tissu cicatriciel.

La réunion, comme je la fais, me paraît préférable à celle qui résulte de plissement en bourre des tissus ; car après le serrement des fils il reste des plis, des anfractuosités où peut séjourner du liquide qui peut être cause de suppuration.

M. TRÉLAT maintient que c'est la cicatrice que MM. Verneuil, Deroubaix et lui, avivent ; qu'on change l'opération comme le fait M. M. Sée, je le veux bien, puisque ça lui donne des succès ; mais la vraie périnéorrhaphie est celle dont la formule a été donnée par MM. Deroubaix et Verneuil, et que je suis.

M. POLAILLON croit qu'on peut opérer en un seul temps les déchirures profondes en employant la petite modification qu'il a indiquée ; il n'est pas nécessaire d'opérer, comme Hégar l'a proposé, en deux temps.—*France médicale.*

Examen extemporané du lait de la femme.—Le Dr HÉLOT a trouvé un moyen aussi simple que pratique pour s'assurer de la qualité du lait de la femme. Sans doute il accorde la supériorité aux analyses chimiques, malheureusement si longues et si difficiles, que Tarnier a donné le conseil de s'exercer à la vue à reconnaître l'état de plus ou moins grande richesse du lait. Cette méthode, assez incertaine, est à coup sûr moins précise que celle de M. Hélot, qui consiste à comparer au compte-gouttes, pour un même volume, la quantité des gouttes d'eau distillée à 15°. Le bon lait, celui qui amène chez l'enfant une augmentation moyenne de poids de 25 grammes par jour, donne la proportion de 35 gouttes alors que l'eau distillée n'en offre que trente.

Les gouttes peuvent d'ailleurs varier, monter à 36, 37, 38, le lait est alors de qualité supérieure. Si au contraire l'on n'obtient que 33 gouttes et au-dessous, il faut se défier. La seringue de Pravaz permet de faire exactement cette étude comparative en se rappelant le rapport de 5 à 6 entre le bon lait ordinaire et l'eau distillée. Enfin on aura soin d'expérimenter l'un et l'autre sein au milieu d'une tétée.—*Union médicale de la Seine-Inférieure.*—*France médicale.*

Chancre du col utérin.—Le Dr N. P. PREIS, de Kharkov, publie à ce sujet, dans *Russkaia Meditzina*, un article dont voici les conclusions :

1. Le chancre syphilitique de la portion vaginale du col est relativement fréquent. Sur 400 malades (toutes des prostituées) admises à l'hôpital des Vénériens, à Kharkov, 40 avaient des chancres durs. Dans 6 cas, le chancre était situé sur la portion vaginale du col, et 5 fois le chancre s'étendait à toute la circonférence de l'os.

2. Dans cette position le chancre présente les caractères qui lui sont

ordinaïres et qui en rendent le diagnostic facile. (Dans deux cas il y avait une induration bien marquée.)

3. Le chancre infectant du col guérit lentement en dépit d'un traitement actif.

4. La guérison se fait de la périphérie vers le centre. Tout d'abord la cicatrice est plus ou moins opalescente, mais elle finit par disparaître tout-à-fait.

5. L'induration des lymphatiques de l'aîne manque entièrement ou bien n'est que peu marquée. Les ganglions cervicaux sont les premiers à s'indurer.

6. Les symptômes constitutionnels de la maladie, faisant suite au chancre du col, sont ordinairement bénins. Les rechutes sont peu prononcées et ne se montrent qu'à de longs intervalles.

7. Dans les cas observés par l'auteur, la guérison eut lieu la plupart du temps après vingt onctions de une demi drachme chacune.—*London Medical Record.*

Traitement du vaginisme par la cocaïne; par M. CAZIN (de Berek-sur-Mer).—Vaginisme datant de six ans: disparition du spasme vulvaire par les badigeonnages et l'injection intra-vaginale d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. c.

Jeune dame de 24 ans, mariée depuis six ans et qui, depuis la première nuit de son mariage, n'a pu supporter l'approche de son mari. Le moindre attouchement sur les parties génitales externes détermine une douleur atroce, dégénérant, si l'on insiste, en de véritables convulsions. C'est avec la plus grande peine que M. Cazin, consulté par la malade au mois de juillet dernier, put arriver à pratiquer un examen; l'approche du doigt indicateur fut pour elle une véritable torture. En écartant les grandes lèvres, M. Cazin constata au niveau de la fourchette une légère érosion accompagnée d'un peu de desquamation sur les bords. Là était évidemment la cause des phénomènes morbides. Il y avait, en outre, une légère leucorrhée, mais aucune douleur abdominale; les règles étaient normales.

Sur le refus de la malade d'accepter la dilatation forcée après chloroformisation, M. Cazin conseilla de faire, avec une solution à 2 p. c. de chlorhydrate de cocaïne, un badigeonnage de toutes les parties génitales externes, plus une injection intravaginale à l'aide d'une sonde d'homme en gomme élastique.

Le 12 novembre dernier, quatre jours après la cessation des règles, la prescription ayant été exécutée, la jeune femme put, cinq minutes après l'application du remède, subir *sans aucune douleur* le rapprochement sexuel. Depuis lors, pour l'accomplissement régulier du coït, il a fallu toujours recourir aux badigeonnages et aux injections préliminaires. Des symptômes de grossesse s'étant manifestés, M. Cazin espère que l'accouchement mettra définitivement un terme à l'hyperesthésie et au spasme vulvaires que la cocaïne n'a fait cesser que d'une manière passagère.—*Abeille médicale.*

Dyspepsie utérine.—Le Dr KISCH (*Deutsche Med. Zeit.*) étudia sous cette forme clinique un groupe spécial de dyspepsies qui ont leur origine dans les troubles de l'appareil sexuel de la femme. Les changements de position de l'utérus, ses modifications de structure, etc., sont

les éléments de la dyspepsie, en occasionnant, par action réflexe, une altération de la sécrétion du suc gastrique, l'excitation du centre de vomissement et celle des mouvements de l'intestin. Les symptômes de cette affection sont ceux de la dyspepsie nerveuse simple; manquent seuls certains phénomènes très variables, comme les cardialgies, les névralgies et les changements de caractère. Le diagnostic différentiel du catarrhe de l'estomac, de l'ulcère de l'estomac et de la dyspepsie nerveuse ne peut se faire que de deux manières: par l'examen local de l'utérus et le criterium thérapeutique. En effet, lorsqu'on fait disparaître autant que possible l'influence causale, la dyspepsie disparaît avec la plus grande rapidité.—*Journ. de méd. de Bordeaux.*

Déchirures du col utérin, effets de leur restauration.—M. le Dr P. J. Murphy, (*Lond. Med. Rec.*) sur un ensemble de faits bien observés, assied les conclusions suivantes: 1^o la restauration des déchirures du col utérin est habituellement suivie de stérilité; 2^o le travail, s'il survient un accouchement subséquent, acquiert un caractère de durée et de souffrances extraordinaire et le plus souvent la déchirure se reproduit; 3^o pour bien s'assurer de la réalité des bénéfices de l'intervention chirurgicale, il faut pratiquer l'examen de l'opérée plusieurs fois après l'autoplastie, pour se rendre compte de la perméabilité du canal cervical, et, en cas d'accouchement subséquent, s'assurer de l'état du col après la délivrance.—*Rev. de thér. méd.-chir.*

Cancer de l'utérus. — Clinique de M. le docteur NICAISE. Mon intention, aujourd'hui, est de vous parler des trois variétés cliniques du cancer de l'utérus qui se trouvent en ce moment dans le service. La première malade, une femme de 41 ans, ne présente, dans ses antécédents héréditaires, aucune trace de cancer. Quant à ses antécédents personnels, ils sont assez simples; elle n'a jamais fait de grande maladie, et a seulement toujours été faible. Régliée à treize ans, mariée à 17 ans, elle a eu huit enfants. Depuis deux ans, les règles sont devenues plus fréquentes (tous les 15 jours), et il arrivait, dans l'intervalle, qu'elle perdait un peu d'eau rouge. Il n'y a jamais eu, fait remarquable, de douleurs; mais dans ces temps derniers, une hémorrhagie très abondante a eu lieu. Lorsque la malade est arrivée, vous avez été à même de constater que cette femme était amaigrie. Maintenant, si l'on pratiquait le toucher vaginal, on constaterait que l'utérus était en anteversion, et, pour peu que l'exploration portât sur le col, on sentait des végétations qui occupaient particulièrement la lèvre antérieure. Les culs-de-sac étaient sains, et l'utérus, en outre, était mobile, ce qui nous permettait d'affirmer qu'il n'y avait pas de propagation. En introduisant le spéculum de Cusco avec soin, car il faut être très sobre de cet examen, nous avons été à même de juger de l'aspect extérieur de la tumeur. Elle était rouge, exulcérée, et paraissait beaucoup plus volumineuse qu'au toucher. Restait à faire le toucher rectal et le cathétérisme vésical. Le premier ne nous ayant rien donné, nous avons jugé le second inutile.

Un diagnostic grossier était bien simple. Nous avons bien, en effet, affaire à une tumeur végétante du col. Était-ce une tumeur bénigne? Était-ce une tumeur maligne? On est souvent embarrassé, et, si nous n'avions pas eu un amaigrissement considérable, nous aurions été incertains.

Etant donc donné ce diagnostic de tumeur végétante maligne du col de l'utérus, qui indique, par cela même, un pronostic grave, bien que la marche soit lente, comme il n'y a ni ulcérations, ni écoulements, quel est le traitement ? Bien qu'avant tout général, comme vous ne pouvez pas espérer résoudre une tumeur de nature organique autrement que par une action locale, il faut donc avoir recours, lorsque cela toutefois est possible, à ce dernier moyen. Si les topiques simples n'ont pas beaucoup d'efficacité, les cautérisations, par contre, sont souvent employées quand la tumeur ne peut pas être bien limitée. Chez notre malade, nous avons enlevé la tumeur avec l'anse du galvanocautère, et, à la suite de l'opération qui a été faite sans anesthésie, nous avons appliqué tout simplement un petit cerf-volant fait avec de la gaze antiseptique saupoudrée d'iodoforme. Ce matin, nous avons enlevé cette pièce pour faire un injection de sublimé à $\frac{1}{100}$. Tout va bien, et je crois que cette femme retirera un grand bénéfice de notre intervention, en ce sens que ses hémorrhagies vont diminuer ; mais c'est une malade qu'il sera forcément nécessaire de revoir dans quelques mois d'ici pour savoir au juste le bien que nous lui avons fait.

L'autre malade, qui est sortie de l'hôpital il y a quelques jours, vous présente une forme tout à fait différente. Du même âge que la précédente, nous n'avons trouvé aucune trace dans ses antécédents héréditaires. Assez faible dans son enfance, elle fut réglée à 18 ans, se maria à 22 ans, et eut quatre enfants. Au mois de juillet 1883, cette femme fut prise pour la première fois de métrorrhagies et d'ictère qui la forcèrent à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, d'où elle sortit au bout de quinze jours en assez bon état. Reprise de nouveau, quinze mois après, d'hémorrhagies abondantes avec douleurs abdominales et lombaires très fortes, elle vint demander notre secours au mois d'octobre 1884. Dès son arrivée, à la seule inspection de sa figure, on pouvait dire : "Voilà un cancer de l'utérus." En effet, outre la teinte jaune pâle caractéristique, elle présentait un signe, l'amaigrissement rapide, surtout depuis six mois, qui joue un grand rôle au point de vue de la malignité. Si, passant à l'examen local, nous pratiquions le toucher vaginal, on trouvait des végétations considérables sur la partie postérieure et sur la partie antérieure ; on introduisait, en un mot, le doigt dans un canal mamelonné au fond duquel se présentait un col pas trop gros, mais dur. Ici, nous avons dû pratiquer le toucher rectal et le cathétérisme vésical. Par le toucher vaginal, il nous avait été impossible d'arriver à constater la direction de l'utérus ; mais par le toucher rectal, on ne tarda pas à constater que cet organe était en rétroversion, et que la muqueuse rectale était mobile et saine en tous ses points. Quant à l'examen de la vessie, il ne nous a rien fourni de particulier, de sorte qu'il est très probable que l'infiltration antérieure était au même point que celle de la paroi postérieure, et que la muqueuse vésicale est aussi indemne que la muqueuse rectale.

En présence de ces signes locaux, en présence d'hémorrhagies abondantes, de douleurs excessives et d'un état cachectique très avancé, le diagnostic, cancer de l'utérus, s'imposait de lui-même ; cependant, on ne saurait jamais trop se méfier. À côté de cette malade, en effet, au No 2, repose une femme chez laquelle le toucher donne des indurations mamelonnées sur le col et dans les culs-de-sac. Lors de son arrivée, à mon premier examen, je portai le diagnostic de cancer, tandis qu'au

jourd'hui je crois plutôt à des lésions inflammatoires. Vous verrez encore des cas de métrite parenchymateuse, s'accompagnant de péri-métrite, donner lieu à une induration qui peut très bien en imposer pour un cancer. Quoiqu'il en soit, nous avons bien affaire ici à un cancer mamelonné du col et du vagin, qui, bien que les hémorrhagies ne soient pas excessives, peut être considéré comme à la troisième période.

Le pronostic, cela va sans dire, est fatal. Quant au traitement? S'abstenir de toute opération, soigner les symptômes, et instituer une médication générale tonique, est la seule chose qui reste à faire.

J'arrive maintenant à la troisième malade. Vous allez voir, encore ici, une variété clinique toute différente. Et tout d'abord l'âge. Il s'agit d'une femme de 25 ans qui a toujours été chétive. Réglée à 14 ans, elle eut à 20 ans, à la suite d'une couche, une péritonite dont on ne retrouve aucune trace aujourd'hui. Depuis, elle a eu deux fausses couches, et, vers le mois de novembre 1883, une stomatite sur la nature de laquelle nous ne sommes pas fixés. Ce n'est qu'au mois de février de cette année que des douleurs se sont déclarées pour la première fois, dans les aines et à l'hypogastre. Ses règles, jusqu'alors régulières, sont devenues plus abondantes. Entrée dans le service de M. Ball, elle ne tarda pas à en sortir pour venir un mois après chez nous, les douleurs étant devenues plus fortes que jamais.

Lors de son arrivée, la pâleur, l'amaigrissement et l'anémie de cette femme nous firent tout d'abord penser à la tuberculose qu'un plus ample examen nous força à rejeter. Le ventre était douloureux, et il existait un suintement sanguin peu abondant par le vagin. Par le toucher, nous avons les renseignements suivants : un col volumineux, dur par place, et ramolli en d'autres endroits. Ce n'étaient pas des végétations, ce n'étaient pas de petits mamelons; c'était une hypertrophie plus générale avec des points exulcérés. Outre cela, on constatait que le col était douloureux, peu mobile, et que l'induration remontait assez haut, surtout en arrière, où elle paraissait dépasser les insertions du vagin sur le col, tous signes importants qui indiquent que les parties voisines sont envahies. Le spéculum nous a fait voir un col volumineux, rouge, vascularisé, et saignant facilement. Il est surtout une chose à remarquer : c'est la marche rapide de cette affection.

En effet, depuis que cette femme est entrée, il est survenu des dysuries extrêmes, un ténésme fréquent en même temps que les douleurs se localisaient dans l'aine et dans la cuisse droite. Ces douleurs sont mêmes devenues tellement excessives que nous avons été obligés, pour arriver à les calmer, de faire prendre à la malade vingt quatre centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour. Quant à une opération? Il ne fallait pas y songer, la marche de la maladie étant trop rapide; aussi me suis-je contenté de faire des cautérisations avec le thermo-cautère au mois de juillet dernier. Si à cela vous ajoutez les injections de morphine pour soulager les douleurs, et un traitement général pour soutenir les forces, c'est tout ce que vous aurez à faire dans un pareil cas.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

PÆDIATRIE.

Traitement des différentes diarrhées.—Clinique de M. le Dr Jules SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Commençons, tout d'abord, par la hienterie. Son traitement, comme vous devez bien le comprendre, est très complexe, puisqu'il s'adresse à la nourrice et aux ingesta. S'agit-il d'un enfant à la mamelle, vous lui donnerez, au moment de ses tétées, de l'eau de chaux, ou mieux encore de l'eau de Vals (source Saint-Jean), de préférence à l'eau de Vichy qui, vu son activité, demande à être coupée. En même temps le nourrisson sera suffisamment enveloppé, de manière à ne pas avoir de fluxion sur le ventre, et, puisque vous avez affaire à une fluxion qu'il faut diriger et non arrêter, vous ferez prendre un mélange de magnésie calcinée et de carbonate de chaux à parties égales, et un petit laxatif tous les jours. Lorsque maintenant l'enfant a dépassé deux ou trois ans, la première indication est de favoriser la digestion. N'allez pas lui donner du bismuth ou du laudanum, mais faites-lui prendre quelques gouttes de teinture de noix vomique par exemple, dans un peu d'eau avant son repas qui ne doit être absolument composé que d'aliments réduits en purée.

La diarrhée séro-muqueuse doit être combattue en premier lieu par un vomitif et un purgatif, soit associés, soit administrés, la plupart du temps, l'un après l'autre, afin de ne pas produire une trop grande secousse. De plus, suivant son âge, l'enfant est chaudement enveloppé dans ses langes ou mis au lit, même en été, et ne devra prendre que des tisanes, du lait coupé avec de l'eau de chaux, ou du bouillon dégraissé. Si, malgré ces différents soins, la sécrétion catarrhale continue, vous prescrirez alors une potion au bismuth, un lavement matin et soir, des stimulants chauds sur le ventre. Sous l'influence de cette médication, à laquelle il faudra ajouter dans certains cas une goutte de laudanum, l'enfant sera guéri en huit jours.

Que doit-on faire maintenant en présence de la diarrhée de la dentition, qui n'est autre que de la hienterie et de la diarrhée catarrhale? Choisir entre les deux pratiques, l'une qui consiste à laisser aller les choses et l'autre à arrêter la sécrétion, un moyen intermédiaire. L'enfant sera donc enveloppé ou couché selon son âge, soumis aux lavements d'amidon, et, si cela ne suffit pas, je ferai prendre de l'eau de chaux ou quelques petites pincées de bismuth.

Ceci dit, arrivons au traitement des entérites aiguës. Après le lit, les tisanes, le lait coupé avec de l'eau de chaux si l'enfant est à la mamelle, et un régime approprié dans le cas où il est sevré, vous prescrivez la potion suivante :

Macilage.....	100 gr.
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Eau de chaux.....	10 gr.

Lorsqu'il y a des vomissements, laudanum de Sydenham, une demi-goutte pour les enfants au-dessous d'un an, une goutte à partir d'un an, deux à partir de deux ans et ainsi de suite.

À prendre par cuillerées à café, le jour d'heure en heure, même au moment des tisanes, des repas, et la nuit toutes les deux ou trois heures afin de respecter le sommeil.

En dehors de ces soins, vous devez ordonner des frictions sur le ventre et des lavements d'eau de guimauve, suivis d'un lavement d'amidon cuit dans lequel on pourra mettre une goutte de laudanum. Beaucoup de personnes connaissent ce traitement, mais fort peu le continuent ; aussi, lorsque vous reviendrez le lendemain, bien que tout soit fini, bien que la mère se figure que vous vouliez faire des visites, ou qu'elle-même désire sortir, ne chantez pas victoire, mais faites continuer la potion et ajoutez le deuxième ou troisième jour que la maladie ne sera guérie qu'au bout de douze jours. Quant au calomel, au nitrate d'argent, qu'emploient certains médecins, je m'en abstiens, car j'ai toujours peur de la diarrhée cholériforme qui emporte les enfants en vingt-quatre heures.

Quel est donc le traitement de cette diarrhée ? Rendez-vous bien compte, tout d'abord, de ce qui se produit. Tout d'un coup une grande sécrétion se fait, si bien que le malade se refroidit et semble bien près de la mort. En pareille circonstance, la première chose à faire est de réchauffer l'enfant, de le mettre dans du coton, et de lui donner, non plus des substances astringentes, mais des excitants comme l'alcool, la cannelle. En deuxième lieu, s'il y a des vomissements, vous les combattez par la potion de Rivière, par la glace rapée et non en morceaux. De plus, vous ferez prendre des lavements d'eau tiède suivis d'un lavement d'amidon cuit qui aura pour effet de diminuer l'irritation du pourtour de l'anus. Pendant ce temps, on préparera la potion précédente, à laquelle on aura soin d'ajouter de la teinture de cannelle 2 grammes et de l'eau-de-vie 10 grammes. Il faut ensuite, à une heure d'intervalle, laisser deux fois l'enfant pendant dix minutes dans un bain de vin à 40° ; puis, si vous n'êtes pas encore satisfait, mettre un vésicatoire volant, qu'on laissera trois heures au creux de l'estomac, et nourrir l'enfant avec du bouillon gélatineux de poulet plutôt qu'avec du lait.

A côté de cette diarrhée cholériforme, vient se placer la diarrhée dysentérique, dont il ne faut pas vous occuper outre mesure. Au traitement précédent, en effet, vous n'aurez qu'à ajouter quelques lavements de bois de campêche ou de feuilles de noyer, et, si l'enfant a un véritable flux de sang, quelques gouttes de perchlorure de fer vous donneront de bons résultats.

Maintenant quand la diarrhée se complique d'accidents cérébraux, il est inutile de les combattre, puisqu'ils sont sous la dépendance d'une affection inflammatoire des intestins ; aussi, laissant de côté le bromure de potassium, le calomel, me contenterai-je d'instituer le traitement des entérites en forçant la note du côté du laudanum surtout en deux circonstances : quand il y aura des douleurs de tête et des mouvements convulsifs. Quant aux enfants qui tombent dans le coma et dans la prostration, ils sont très-difficiles à soigner parce qu'on n'ose pas donner du laudanum, il faut, si la diarrhée continue à être abondante, faire prendre du laudanum associé à l'éther, et dans le cas contraire où la sécrétion vient en second rang, donner seulement du bismuth avec des doses assez fortes d'alcool.

Vient ensuite la dysenterie. N'en ayant jamais vu qu'une fois ou deux, je me contenterai de vous dire que dans les pays chauds on souvient les forces du malade avec de l'alcool et qu'on donne à la suite de grandes irrigations avec une solution d'acide borique à 1/100, un lavement composé de bismuth délayé dans de l'eau gommeuse. Pour ma

part, je fais prendre en même temps par le haut un peu de calomel et de poudre de Dover afin d'éviter la constipation.

Passons maintenant à des diarrhées d'un autre ordre, aux diarrhées spécifiques, qui constituent un chapitre à part. Lorsque, dans les pays à fièvre, vous constatez au bout de quelques jours que la diarrhée, malgré votre traitement, continue avec un rythme spécial, donnez alors du sulfate de quinine en lavements; grand sera votre étonnement, quand vous verrez alors votre prescription être suivie d'un bon effet là où tous les autres traitements antérieurs avaient échoué.

À côté de l'empoisonnement palustre, il y a l'empoisonnement syphilitique qui donne lieu à une véritable diarrhée séro-muqueuse et bilieuse. Dans ce cas, l'emploi des mercuriaux à l'intérieur, comme la liqueur de Van Swieten par exemple, n'est pas contre-indiqué, sachant bien, de par l'expérience, tout le bénéfice qu'on peut en retirer.

Viennent enfin les diarrhées des fièvres en général, et surtout celle de la dothiénentérie, qui ne se traite pas chez l'enfant comme chez l'adulte. Quand la diarrhée, en effet, s'est établie tardivement et épuise l'enfant, je lui donne matin et soir un grand lavement auquel j'ajoute, s'il y a des odeurs trop pénétrantes, un désinfectant quelconque. Pour peu que la sécrétion soit très prononcée, une ou deux gouttes de laudanum dans un petit lavement d'amidon que je fais garder, car ici il n'y a pas de danger de dépasser la limite, produiront toujours un bon effet.

En outre, à l'intérieur, je donne du perchlorure de fer (deux gouttes toutes les deux ou trois heures dans un peu d'eau) non seulement comme hémostatique, mais encore parce qu'il me semble de par l'expérience que l'enfant résiste mieux aux effets de la maladie en agissant ainsi. J'ai vu, à Passy, chez un enfant miné, dans le cours d'une fièvre typhoïde, par une diarrhée telle qu'à la fin nous pensions à la tuberculose, le perchlorure de fer, à partir du moment où il fut donné, produire un mieux sensible. Quant au traitement de la fièvre typhoïde prise en elle-même, je fais changer l'enfant de chambre matin et soir, afin qu'on puisse nettoyer, aérer, réchauffer complètement celle qu'il vient de quitter et la débarrasser de tous les objets infectés en les passant dans une solution d'acide phénique. Ensuite je fais faire des lavages partiels sur le corps, sur une jambe, sur un bras, sur la figure, avec de l'eau tiède dans laquelle on mettra un peu d'eau de cologne. En même temps l'enfant prendra des substances alcooliques dans de l'eau. Quant au quinquina que beaucoup de personnes emploient à hautes doses de très bonne heure, il doit être rejeté dès le début, parce que l'enfant éprouve encore plus de dégoût pour les aliments après son ingestion. En dehors de ces faits, reste la médication des symptômes dont il y aura lieu de tenir compte.—*Praticien.*—(à suivre.)

Diagnostic des maladies infantiles.—1. La congestion des joues, chez les enfants, sauf dans les cas de cachexie ou de maladies chroniques, indique un état inflammatoire ou fébrile. 2. De la congestion fugitive et passagère de la face, des oreilles et du front, du strabisme (avec réaction fébrile), l'oscillation de l'iris, l'irrégularité de la pupille, avec chute des paupières supérieures, indiquent une affection cérébrale. 3. Un degré marqué d'émaciation, celle-ci étant graduelle, indique quelque affection subaiguë ou chronique d'un caractère grave. 4. L'hypertrophie bulbeuse des doigts et la courbure des ongles sont des signes

de cyanose. 5. L'hypertrophie de la portion spongieuse des os indique le rachitisme. 6. La présence, entre les paupières, d'un liquide épais et purulent sécrété par les glandes de Meibomius, dénote une grande prostration des forces générales. 7. La congestion passive des vaisseaux de la conjonctive indique une mort prochaine. 8. Une lividité se prolongeant longtemps ainsi qu'une lividité produite par le mouvement et l'excitation, la respiration restant normale, sont les indices d'un défaut de conformation du cœur ou des gros vaisseaux. 9. Une lividité temporaire indique l'existence d'une maladie aiguë grave, surtout des organes respiratoires. 10. L'absence de pleurs chez les enfants âgés de 4 mois ou plus dénote une forme de maladie généralement mortelle. 11. Des cris perçants et aigus sont l'indice d'une maladie cérébro-spinale grave. 12. Des mouvements musculaires irréguliers, contrôlés en partie par la volonté durant l'état de veille, indiquent l'existence de la chorée. 13. La contraction des sourcils jointe au fait de tourner la tête et les yeux afin d'éviter la lumière est un signe de céphalalgie. 14. Quand l'enfant se porte la main à la tête, ou cherche à reposer celle-ci sur le sein de sa mère ou de sa nourrice, il souffre de mal d'oreilles. 15. Quand il se porte les doigts à la bouche, en même temps qu'il se montre très agité, il souffre de quelque maladie du larynx. 16. Le fait de se frotter ou de se pincer le nez indique, chez l'enfant, la présence des vers, ou de quelque maladie intestinale. 17. Si l'enfant se tourne constamment la tête de côté et d'autre, songez à quelque obstruction au larynx. 18. Une voix rauque et indistincte doit faire penser à une laryngite. 19. Une voix faible et plaintive indique une maladie des organes abdominaux. 20. Une respiration lente, intermittente et accompagnée de soupirs accuse la présence d'une maladie cérébrale. 21. Si la respiration est intermittente mais accélérée, il y a de la bronchite capillaire. 22. Si elle est superficielle et accélérée, il y a quelque maladie inflammatoire du larynx et de la trachée. 23. Une toux forte et sonore indique l'existence du croup spasmodique. 24. Une toux rauque et rude est l'indice du vrai croup. 25. Quand la toux est claire et distincte, il y a bronchite. 26. Quand elle est supprimée et pénible, il y a pneumonie et pleurésie. 27. Convulsive, elle indique la coqueluche. 28. On observe parfois une toux sèche et non pénible au cours de la fièvre typhoïde et de la fièvre intermittente, d'une dentition difficile et d'une affection vermineuse; dans ces conditions la toux n'est souvent due qu'à une bronchite dont le point de départ a été la maladie première.

—Dr Benj. A. BRADLEY in *Medical Advance*.

Traitement de la coqueluche.—M. le docteur Henri ROGER, dans le cours de la deuxième période de la maladie, conseille l'usage du sirop suivant, de 1 à 6 cuillerées à café par 24 heures, suivant l'âge et l'intensité des symptômes.

Sirop de belladone.....	10 gr.
Sirop de valériane.....	} à 5 gr.
Sirop de digitale.....	

Pour les enfants au-dessous de 2 ans, M. Roger commence par une demi-cuillerée à café, et on augmente d'une demi-cuillerée tous les jours jusqu'au chiffre de deux cuillerées en 24 heures. Pour les coquelu-

cheux de 2 à 5 ans, une cuillerée à café le premier jour, puis jusqu'à six pour les enfants plus âgés. Le sirop sera donné pur ou mélangé avec du sirop de gomme, de violette ou de fleurs d'oranger, dans de l'eau ou du lait.

Lorsqu'il y a difficulté à faire avaler aux enfants une certaine quantité de liquide, (5 à 6 cuillerées par jour), on remplace le sirop par la teinture suivante :

Teinture de belladone.....	10 gr.
Teinture de valériane ou de musc.....	} ââ 5 gr.
Teinture de digitale.....	

Pour les enfants au-dessous de deux ans, commencer par 5 gouttes de ce mélange et augmenter de 5 par jour jusqu'au chiffre de 30.

Aux coquelucheux de 2 à 5 ans, on donnera depuis 10 gouttes jusqu'à 60, en augmentant de 10 gouttes par 48 heures.

De son côté M. Luton soigne deux enfants, frère et sœur, atteints de coqueluche. Un jour, il vit sur les lèvres et la langue des ulcérations grisâtres manifestement syphilitiques ; il prescrivit alors du mercure : un milligramme de sublimé dans 10 grammes de sirop de noyer, de façon à ce que l'enfant prit deux milligrammes de sublimé par jour. Or, du jour au lendemain le nombre des quintes diminua de moitié, leur violence aussi. Le surlendemain et les jours suivants, elles diminuèrent de plus en plus. Voyant un résultat si étonnant, M. Luton donna du sublimé à la sœur non syphilitique ; l'amélioration fut chez elle aussi rapide. Chez ces enfants, la coqueluche était grave : plus d'appétit, vomissements fréquents, amaigrissement considérable. Le traitement mercuriel a été institué, il y a huit jours à peine. Aujourd'hui les quintes ont perdu leur caractère spécifique. M. Luton se réserve de refaire l'expérience sur les prochains coquelucheux.—*Scalpel.*

Valeur diagnostique de la raie blanche dans la scarlatine.—

M. JOFFROY a insisté, dans une de ses cliniques, sur un signe important au point de vue du diagnostic de la scarlatine, et qui cependant est bien peu recherché : c'est la raie blanche que l'on peut produire sur les téguments par le frottement d'un corps moussé.

Lorsqu'à l'état normal on vient à tracer une ligne sur la peau au moyen d'un corps moussé, comme l'extrémité arrondie d'un crayon, en exerçant une pression modérée, on ne tarde pas à voir se produire dans les points touchés une raie blanche qui persiste un certain temps. Cette pâleur est due à l'excitation modérée des vaso-moteurs et à la contraction des petits vaisseaux qui en est la conséquence. Si la pression a été plus forte, au lieu d'une raie blanche on voit se produire une raie rouge bordée de deux raies blanches. C'est qu'ici l'excitation plus forte a amené, au lieu de la contraction des petits vaisseaux, leur paralysie, tandis que dans la partie contiguë, où la pression a été moins forte, cette excitation n'a amené que la constriction des vaisseaux. Telle est l'explication qu'on donne de ce phénomène bien connu à l'état normal.

Chez certains malades les effets obtenus par cette manœuvre sont tout différents. On sait, par exemple, comme Trousseau l'a démontré, que chez les sujets atteints de méningite on obtient une raie rouge avec la plus grande facilité, d'où lui vient le nom de raie méningitique.

Mais cette raie rouge peut se produire très facilement dans toutes les affections amenant une perturbation dans les fonctions du système nerveux. On la voit survenir ainsi dans beaucoup de cas de fièvre typhoïde, dans l'érysipèle, la variole, la rougeole et les éruptions diphthéritiques. Or il n'en est plus de même dans la scarlatine pendant tout le temps que dure l'éruption. Au lieu de produire la ligne rouge méningitique, on fait apparaître une ligne pâle assez persistante, qui tranche nettement sur le fond de l'éruption. C'est là un fait signalé depuis longtemps par M. Bouchut et qui peut rendre les plus grands services chez l'enfant comme chez l'adulte au point de vue du diagnostic.

Ce signe, il est vrai, n'est pas aussi marqué à toutes les périodes de l'éruption. M. Vulpian a fait remarquer que cette raie ne se produit pas lorsque l'efflorescence scarlatineuse est à son plus haut degré de développement. M. Joffroy pense cependant qu'on peut l'observer même à ce moment, mais qu'elle est surtout marquée lorsque l'éruption commence à diminuer. Quoiqu'il en soit, c'est là un phénomène bien curieux et assez inattendu. La scarlatine est en effet une fièvre grave, et comme telle elle devrait déprimer le système nerveux et ses ganglions vaso-moteurs, et donner facilement naissance à la raie méningitique. C'est le contraire qui a lieu.

Au point de vue du diagnostic on en conçoit facilement l'importance. Dans le rash diphthéritique, par exemple, qui simule parfois une scarlatine accompagnée d'une angine, l'excitation de la peau amène une raie rouge et non la raie blanche scarlatineuse. Il en est de même pour certaines rougeoles, dont l'éruption peut être facilement confondue avec celle de la scarlatine. Chez un enfant encore dans le service, le diagnostic avec la rougeole n'a pu être établi qu'en raison de l'existence d'une raie blanche, et la desquamation scarlatineuse est bientôt venue démontrer l'utilité de ce signe ainsi employé.

Dans le rash de la variole enfin, cette exploration peut rendre les plus grands services, car ici, bien souvent les autres signes différentiels font absolument défaut, et, ne fût-ce qu'au point de vue de l'isolement, il n'est pas indifférent de placer dans un service de varioleux un scarlatineux qu'on croit à tort atteint d'un rash variolique. Alors qu'il dirigeait un service de varioleux, M. Joffroy a pu souvent constater combien était précieux ce signe, qu'il est d'ailleurs si facile de rechercher. Il faut toutefois se rappeler que la ligne blanche produite par une excitation intense existe à l'état normal et aussi dans certains états fébriles. Il ne faudrait donc pas se contenter de la coexistence de la ligne blanche et de la fièvre pour supposer que le malade est dans la période d'invasion de la scarlatine. C'est seulement l'existence de la ligne blanche sur l'éruption qui a de l'importance.—*Abeille méd.*

De l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genou valgum.—*Congrès français de chirurgie.*—M. DEMONS (de Bordeaux) fait part des raisons majeures qui l'ont porté à se convertir à l'ostéoclasie, après avoir été un défenseur ardent de l'ostéotomie. C'est l'emploi de l'ingénieux appareil de Robin (de Lyon) qui a entraîné ce changement d'opinion et de pratique.

M. Demons a d'abord essayé comparativement l'ostéotomie et l'ostéoclasie sur le cadavre.

L'ostéotomie produit de petites esquilles; la fracture par laquelle

on termine l'opération est oblique et irrégulière. Farabeuf, qui a répété ces expériences, est arrivé aux mêmes résultats. Il ne faut pas, sur ce sujet, s'en rapporter aveuglément aux figures du livre de M. MacEwen, ces figures sont schématiques et ne disent qu'une partie de la vérité.

L'ostéoclasie produit une solution de continuité beaucoup plus franche; la fracture est rare, sous-périostée. Elle s'accompagne de désordres si peu étendus, qu'après avoir enlevé les parties molles, les muscles, on a de la peine à trouver la fracture.

Sur le vivant, M. Demons, a pratiqué six ostéotomies et autant d'ostéoclasies pour genu valgum. Cette dernière opération lui a paru très simple; tout le monde peut la pratiquer, le redressement du membre est facile et complet; l'opération exige peu de surveillance; les accidents sont nuls, sauf une insignifiante ligne œchymotique et une hydarthrose légère. L'ostéotomie est plus difficile; il faut, pour se servir convenablement du ciseau, une certaine habileté manuelle; la poplitée a été blessée par des opérateurs malheureux; à la suite de l'opération, peuvent apparaître des complications, rares sans doute, mais d'une gravité incontestable.

Si l'on considère les résultats définitifs de ces deux opérations, on remarque d'abord que dans les deux cas, la rectitude du membre est parfaite, et que le sujet reste aussi bien guéri après l'ostéotomie qu'après l'ostéoclasie, mais, dans cette dernière opération, les accidents articulaires consécutifs sont moins prononcés que dans l'ostéotomie, et le malade marche plus vite. L'arthrite de voisinage est réduite au minimum.

En somme, des opérations qu'il a pratiquées, des expériences qu'il a faites sur le cadavre, M. Demons n'hésite pas à conclure que si l'ostéotomie est une bonne opération, l'ostéoclasie est une opération meilleure et que ce dernier procédé tire surtout ses avantages de l'excellent appareil imaginé par Robin de Lyon.—*Tribune médicale.*

DERMATOLOGIE.

De la couperose.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.—La couperose, ou acné rosacée, est une affection terrible qui désole les gens parce qu'elle les défigure et les empêche quelquefois de gagner leur vie, ainsi les employés qu'elle fait renvoyer de leur magasin, et les ouvriers, de l'atelier.

Elle débute par de l'érythème qui se montre d'abord sur le front, à la racine du nez, puis sur les joues, le nez et le menton. L'érythème se prononce et bientôt se dessinent des arborisations vasculaires très marquées et qui peuvent même atteindre parfois le volume d'une plume de corbeau. Cet état peut persister longtemps, mais à la longue il se produit de petites granulations sèches ou reconvertes d'une légère squamme, qui inaltrent le derme et qu'on sent parfois mieux qu'on ne les voit. Enfin se montrent les pustules d'acné.

C'est une maladie chronique avec alternatives de rémissions spontanées et d'exacerbations passagères. Quelquefois elle prend la forme hypertrophique et détermine un énorme bourgeonnement du nez, chez

les femmes, elle ne va pas jusque-là et n'aboutit jamais à cette hypertrophie désignée sous le nom de rhynophyma. Souvent elle se borne longtemps à des congestions faciales qui donnent à ces personnes une figure enluminée et se produisent sous des influences variables, comme une digestion laborieuse, une atmosphère chaude ou une émotion quelconque.

Les causes de cette affection sont diathésiques. Bazin a signalé sa fréquence chez les arthritiques; on l'observe chez les scrofuleux. On a cherché à expliquer sa fréquence chez les cochers et les cuisinières par l'action du grand air et des fourneaux, mais ces causes sont incertaines; la seule qui soit bien établie est l'influence utérine; c'est, en effet, chez les femmes dont les règles sont courtes et pénibles qu'on l'observe le plus souvent et surtout à l'âge mûr et à l'époque de la ménopause. Il faut bien savoir qu'elle peut être absolument indépendante de l'alcoolisme.

Trois affections ont, avec la couperose, une ressemblance superficielle: l'acné, le lupus et certaines syphilides de la face. Pour la distinguer des syphilides, on remarquera que les localisations de la couperose sont toujours symétriques, ce qui n'arrive pas à celles de la syphilis qui, par exemple, frapperont une aile du nez, en laissant l'autre intacte. Les éruptions de la syphilis sont beaucoup plus saillantes, plus volumineuses, et ne tardent pas à faire place à des ulcérations, ce qui n'est pas le cas de la couperose. On évitera de la confondre avec l'acné, en se rappelant qu'il y a dans la couperose une hypérémie et des arborisations vasculaires qu'on ne trouve que dans l'acné; de plus, la couperose est localisée à la face, au lieu que l'acné frappe en même temps la poitrine, les épaules et surtout le dos.

Les améliorations et la guérison de la couperose ne sont que temporaires. On a employé contre elle de nombreuses méthodes, ce qui est un indice suffisant de leur peu d'efficacité. Il faut commencer par s'adresser à la diathèse, sans en attendre cependant beaucoup de résultats; on a recours ensuite à un traitement topique. On procédera par tâtonnements en n'employant pas d'abord les moyens les plus énergiques.

Onctions avec le glycérolé à l'oxyde de zinc au sixième. — Lotions avec le mélange suivant, qu'on laissera sur la peau sans l'essuyer :

Fleur de soufre.....	15 grammes
Alcool camphré.....	60 "
Eau	250 "

Deux ou trois pulvérisations par jour avec de l'eau boratée au vingtième.

Si cette médication a échoué, on essaie la suivante :

Pendant deux à trois jours, barbouiller les parties malades de savon noir ou vert qu'on laissera sécher sur la peau; il en résulte bientôt une légère inflammation, pendant la durée de laquelle on ne se sert que d'émollients; quand elle a cessé, on recommence l'emploi du savon mou, et cela plusieurs fois de suite. Cette méthode substitutive donne quelquefois des succès.

Alibert employait les sulfureux, qu'il appelait le mercure de l'acné; pommade soufrée au quart. C'est encore une méthode substitutive, mais moins active que la précédente.

Hébra fait un masque avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo ; c'est moins irritant et plus commode.

Bazin se servait d'huile de cade.

Enfin, en cas d'insuccès avec tout ce qui précède, on a recours à la teinture d'iode, le sublimé corrosif, la potasse caustique, les scarifications, surtout dans l'acné variqueuse, et la cautérisation ignée. Et l'on fait prendre en même temps le proto iodure de mercure à l'intérieur. — *Journal de la Santé publique.*

Traitement de la gale.—Le *Répertoire de Pharmacie* indique, d'après le *Pharmac. Zeitung*, le nouveau traitement employé par le docteur COMESSATI. L'auteur le recommande comme étant d'un emploi très facile, d'une action très sûre et ne présentant pas les inconvénients des autres traitements.

Dans un litre d'eau, on dissout 205 grammes d'hyposulfite de soude et on opère des lotions, sur tout le corps, avec cette solution, en se couchant.

Le lendemain matin, on opère un nouveau lavage du corps avec de l'eau renfermant 50 grammes d'acide chlorhydrique par litre.

L'explication de ce traitement est facile ; il se dépose dans les pores de la peau du soufre à l'état très divisé et qui reste très longtemps ; il se forme aussi de l'acide sulfureux et du chlorure de sodium. Les deux produits de cette réaction sont toxiques pour l'acarus. L'auteur a obtenu les résultats les plus satisfaisants de ce traitement qui n'a pas besoin d'être répété.

GRIGORJEW traite la gale par l'iodoforme. Ce traitement comprend deux périodes. La première : le malade, plongé dans un bain tiède, est frictionné pendant une demi-heure, avec du savon noir ; puis enduit avec une pommade à base d'iodoforme composée de :

Iodoforme.....	4 gr
Cérat simple.....	25 "
Huile d'olive, quantité suffisante.	

Pour obtenir une cure radicale, il faut au moins deux bains et deux frictions.

La seconde période, traitement consécutif, se borne à enduire une ou deux fois par jour, avec la pommade à base d'iodoforme, les régions douloureuses de la peau. La durée totale du traitement est en moyenne de cinq à six jours.

D'après Grigorjew, ce mode de traitement a pour avantages : 1^o de tuer rapidement les acarus et leurs œufs déposés sous la peau ; 2^o de diminuer l'impressionnabilité de la peau et les démangeaisons ; ce résultat est obtenu après une seule friction ; 3^o de ne pas irriter la peau du malade ; 4^o de hâter la guérison de l'eczéma scabigineux.—*Scalpel.*

Le jequirity dans les affections de la peau.—Le docteur SHOB-MAKER, de Philadelphie, expose de très heureux résultats obtenus par l'emploi de cet agent irritant dans le traitement des lupus, des ulcères rongeurs, de l'épithélioma.

a) Un conducteur de 35 ans, ne pouvant garder le repos, avait un ulcère spécifique à la jambe que le traitement anti-syphilitique ne put guérir ; malgré la marche, cet ulcère fut guéri en 15 jours, après deux applications de jequirity.

b) Une ouvrière de 17 ans, atteinte d'ulcère scrofuleux au cou, saignant au moindre contact, n'obtint rien du traitement anti-scrofuleux et fut facilement guérie par le jequirity.

c) Une malade de 40 ans, atteinte de lupus ulcéré du dos du nez, fut traitée, après consultations multipliées, par les escharotiques et par le grattage, sans succès, tandis qu'en trois semaines l'émulsion de jequirity guérit ce lupus après la chute de la croûte.

d) Une ulcération épithéliale du dos de la main chez un homme de 43 ans, couvrant toute cette région, siège de douleurs lancinantes et résistant à des grattages multipliés, fut guérie, après que le jequirity eût déterminé son inflammation spéciale, avec formation et chute de croûtes.

e) Une lingère de 45 ans porte un lupus ulcéré des deux côtés de la face, qui était traité sans succès depuis plusieurs années ; le jequirity amène une inflammation très intense avec fièvre jusqu'à formation de la croûte-cuirasse, après cinq applications successives de jequirity, on laissa les croûtes en place, et à leur chute les granulations, les tubercules avaient disparu et l'ulcère était cicatrisé.

En résumé, le jequirity a tenu ses promesses dans le traitement des ulcères de mauvaise nature, mais il doit être manié avec prudence parce qu'il amène une inflammation érysipélateuse accompagnée de symptômes généraux graves chez les sujets sensibles.—*Practitioner*.

Traitement du prurit.—Un correspondant du *St. Louis Medical Journal* parle avantageusement de l'emploi de l'oléate de chloral pour combattre les affections cutanées prurigineuses, telles que le prurit anal, l'eczéma, etc. Cet oléate renferme une drachme de chloral et une drachme de camphre pour une once d'acide oléique. Depuis longtemps l'on connaît les propriétés analgésiantes locales du camphre et du chlorure. L'addition de l'acide oléique a sans doute pour effet de faciliter l'absorption de ces deux médicaments par la peau.

Dans quelques cas de maladies cutanées accompagnées de prurit intense, lichen, prurigo, etc., rien n'est aussi efficace que l'acide sulfurique dilué. On l'applique localement, dilué, et on l'administre à l'intérieur, à dose de 10 minimes.

Le professeur Hardy, de Paris, emploie une pommade dont voici la formule : Naphtol 10 parties ; vaseline 100 parties.—*Analectic*.

Traitement du prurit anal.—Un correspondant du *British Medical Journal* suggère le traitement qui suit :

Laver soigneusement les parties externes avec de l'eau chaude et même injecter un peu de celle-ci dans le rectum, puis introduire un bourdonnet de ouate imbibé de la solution suivante :

Acide carbolique ..	20 grains
Laudanum ..	4 drachmes
Acide hydrocyanique dilué.....	2 "
Glycérine.....	4 "
Eau q. s. pour faire.....	4 onces.

On enlève le bourdonnet avant chaque selle, et on en remet un nouveau immédiatement après.—*N. Y. Med. Journal*.

FORMULAIRE.

Hémoptisie.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide d'ipéacac	5 gouttes
Teinture de digitale.....	10 "
Extrait fluide d'ergot.....	1 drachme

M.—A prendre en une seule dose, toutes les heures ou toutes les demi-heures jusqu'à nausée et vomissement.—*Northwestern Lancet.*

Coliques néphrétiques.

P.—Borate d'ammoniaque.....	2 drachmes
Eau distillée.....	4 onces
Sirop simple.....	$\frac{1}{2}$ once

M.—Dose : Une cuillerée à soupe, dans beaucoup d'eau, toutes les deux heures.—*Journal de médecine de Paris.*

Spermatorrhée.—*Sinicy.*

P.—Extrait de belladone.....	} aa 4 grains q.s. p. 10 pil.
Poudre de racine de belladone.....	
Consève de roses.....	

Dose : De 1 à 3 pilules, le soir, au coucher, dans les cas de spermatorrhée nocturne résultant du spasme des vésicules séminales.—*Union médicale.*

Hypertrophie de la luette.—*Dr Monin.*

P.—Muriate de morphine.....	4 grains
Bromure de potassium.....	1 drachme
Teinture de coca.....	2 drachmes
Glycérine.....	$1\frac{1}{2}$ once

M.—Usage local.—*Union médicale.*

Rhumatisme articulaire.—*Hôpital Bellevue.*

P.—Hydrate de chloral.....	1 drachme
Acido salicylique.....	$1\frac{1}{2}$ "
Onguent de stramonium (U. S. P.).....	1 once

M.—Usage local.—*Analectic.*

Diphthérie.—*Dr C. H. Hughes.*

P.—Hydrate de chloral.....	1 drachme
Sirop de tolu	1 once
Eau de menthe q.s. pour faire deux onces.	

M.—Dose : Deux cuillerées à thé dans deux cuillerées à soupe d'eau en gargarisme—quatre fois par jour.—En outre, à l'intérieur, une cuillerée à thé, le soir, au coucher, et répéter après minuit ou vers le matin si l'enfant est alors réveillé.—*St. Louis Med. and Surg. Journal.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JUIN 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir 2040, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

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

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

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

Bureau provincial de Médecine.

La réunion semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens a eu lieu à Montréal, le 13 mai, sous la présidence du Dr C. E. Lemieux, président du Collège.

Après l'adoption des rapports des assesseurs pour les Universités Laval, Victoria, Bishop et McGill, on a donné lecture du rapport du Bureau d'Examineurs pour l'admission à l'étude de la médecine. Ce rapport constate que sur 62 candidats, 39 ont subi l'épreuve avec succès, 17 ont été refusés *pro-tempore* et 6 l'ont été définitivement.

Le rapport de M. Lamirande, agent du Collège, fut ensuite pris en considération. Durant les derniers six mois, le Collège a gagné six causes et en a perdu une; cinq sont encore *sub-judice*.

M. Tierney, de West-Farnham, demande au Bureau la permission de continuer à pratiquer la médecine, attendu qu'il exerce depuis vingt-cinq ans. Le Bureau déclare n'avoir pas le pouvoir nécessaire d'accorder semblable permission.

On présente un rapport relatif à certaines accusations portées contre M. Lamirande, agent du Collège. Le rapport comporte que M. Lamirande n'est pas tout-à-fait exempt de blâme et qu'il a agi au-delà des limites de son autorité. On recommande que les pouvoirs de l'agent soient mieux définis.

Le Dr Durocher propose, appuyé par le Dr Rinfret, que les réponses (écrites) des candidats à l'admission à l'étude de la médecine soient dorénavant signées d'un pseudonyme.

Le comité nommé à la dernière séance pour examiner l'état financier du Collège fait rapport. L'examen et la discussion de ce rapport sont renvoyés à la prochaine séance.

Avis est donné qu'à la prochaine réunion une motion sera faite à l'effet de placer de nouveau entre les mains du régistreur la collection de la contribution annuelle, le régistreur devant, pour cela, recevoir une indemnité de \$400 par an.

Sur proposition du Dr Marsden, appuyé par le Dr L. LaRue, le Collège reçoit le rapport du comité chargé de s'enquérir des accusations portées par le Dr Lachapelle contre l'École de Médecine Victoria.

Avis de motion est donné à l'effet d'autoriser le président du Collège à émaner des licences *ad interim* dans l'intervalle des réunions du Bureau.

La motion du Dr LaRue au sujet de la création d'un Bureau Central d'examens est remise à la prochaine séance.



C'est tou ! Certes, voilà du temps bien employé ! Et dire que c'est pour transiger d'aussi importantes affaires que nos Gouverneurs se sont réunis ici, à dix dollars par jour ! Fort heureusement qu'une journée a suffi. Si la réunion de septembre prochain ressemble à celle-ci, toute la profession aura droit d'y voir un nouvel argument en faveur du changement que nous proposons dans un de nos précédents numéros, mais dont le Bureau ne s'est pas encore occupé, croyons-nous : remplacer les assemblées semi-annuelles par une seule réunion annuelle. Comme il semble probable que les élections triennales vont nous venir avant que le Bureau ait pu décider quelque chose sur ce point, alors toute la profession pourra s'en occuper et manifester à ce sujet sa manière de voir.



La question du Bureau Central d'Examens a encore été remise à trois mois. On avait pourtant bien promis qu'on s'en occuperait cette fois. La motion devait être discutée et mise aux voix. Rien de tout cela ! Y a-t-il eu cette fois encore des amis *trop craintifs* à la demande desquels il a fallu remettre ainsi la partie ? C'est ce qu'il nous a été impossible de constater.



Pour drôle elle-est drôle la pétition de M. Tierney. Parce qu'il a, pendant nombre d'années, pratiqué la médecine en contravention avec les règlements du Collège, il demande qu'on veuille bien le laisser faire. Rien que cela ! Comme si le nombre des années avait dû nécessairement lui donner la sanction du savoir et de l'érudition. En lui répondant qu'il n'avait pas le pouvoir d'accorder semblable permission, le Collège voulait-il laisser croire qu'il l'aurait accordée volontiers s'il eût eu tel pouvoir ? Il y a des malins qui prétendent que cela est possible.



Le rapport du comité chargé de s'enquérir du fondé et du non-fondé des plaintes portées contre M. Lamirande, agent du Collège, a été adopté. Nous concourons pleinement dans les conclusions de ce rapport pour ce qui concerne la définition des pouvoirs de ce Monsieur. Nous en avons déjà fait la remarque : Le Collège l'autorise à instituer des poursuites contre les charlatans, mais il ne peut le faire qu'à ses risques et péril. Si la cause est bonne et le procès gagné, tant mieux pour le Collège. Si la cause est mauvaise et le procès perdu, tant pis pour M. Lamirande.

Il en est qui ne trouvent pas cela juste. Ne serait-il pas inopportun de se demander, à cette occasion, si l'on ne pourrait pas s'assurer les services d'un agent plus actif ou étendre les pouvoirs de l'agent actuel de manière à lui faire jouer un rôle moins passif que celui qu'il joue actuellement ? Un charlatan, rebouteur, etc., pratique au vu et au su de tout le monde dans telle localité. Personne ne veut ou n'ose porter plainte ouvertement, dans la crainte de se compromettre. Le médecin de l'endroit se plaint bien, mais par lettre seulement, et bien souvent ne le fait qu'en cachette et sous le sceau du secret de peur de s'aliéner les bonnes grâces de quelques-uns de ses clients, amis du charlatan. Bref, là où les preuves semblent pulluler, il devient parfois difficile, sinon impossible d'en réunir un nombre suffisant pour faire condamner un individu qui fait la nique à la loi médicale. Si l'agent pouvait alors se transporter sur les lieux, prendre des renseignements d'une façon plus directe, s'enquérir du nom de témoins à assigner, et calculer ainsi les chances de succès, il pourrait peut être étendre davantage le cercle de ses opérations et travailler plus efficacement à nous débarrasser de la gent *charlatane* !

~~*

Certaines plaintes ont déjà été formulées contre la manière dont sont les examens préliminaires à l'étude de la médecine. La plupart du temps, toujours, dirons-nous, il a été constaté que ces plaintes étaient sans fondement, le système fonctionnant aussi bien qu'on peut l'espérer, et ne faisant des mécontents que parmi les candidats malheureux et dans le cercle de leurs amis. On a crié, en particulier, contre le fait que les réponses (écrites) des candidats étaient signées du nom propre de ceux-ci au lieu de l'être d'un pseudonyme. Bien que nous n'ayons aucun doute sur l'impartialité parfaite des examinateurs, cependant nous sommes contents de voir que l'on a fait modifier le règlement de telle façon que dorénavant, chaque réponse devra être signée d'un nom de plume. Les plus exigeants ont là de quoi être satisfaits. Seulement il faudra veiller à ce qu'il n'y ait pas de fraude, et à ce qu'aucun des candidats admis dans la salle d'examen n'y vienne, à la faveur de pseudonyme, concourir pour un ami, comme cela s'est déjà fait avec l'ancien système.

Le Journal d'Hygiène Populaire.

Nos meilleurs souhaits au *Journal d'Hygiène Populaire* qui vient d'entrer dans sa deuxième année, et nos bien sincères félicitations à notre ami, M. le Dr Desroches, qui a su, à force de soins, de courage et

de persévérance, mener à bien cette publication durant les premiers mois de son existence. Le *Journal d'Hygiène* a une grande mission à remplir. Aujourd'hui, plus que jamais, il importe d'inculquer au peuple les saines notions d'hygiène et de lui faire comprendre que l'intérêt général, au point de vue des questions sanitaires, est tout entier dans la manière dont les individus comprendront et mettront à exécution les préceptes de l'hygiène privée. Or c'est là ce qu'il semble difficile d'obtenir. Notre ami et collègue, tout en ne se faisant aucune illusion, à ce sujet, ne s'est pas épargné pour assurer le succès de l'entreprise que lui avait confiée la Société d'Hygiène. Il peut se flatter d'avoir réussi. Au fond, ce n'est pas tant la Société d'Hygiène qui a fait le *Journal* ce qu'il est aujourd'hui, que le travail incessant et le dévouement de M. le Dr Desroches. Aussi la Société n'a-t-elle fait que lui rendre justice en lui en confiant à la fois la direction et la propriété exclusive. L'expérience a prouvé que l'on ne pouvait mieux choisir. C'est donc avec la plus grande cordialité que nous disons à notre ami et à l'œuvre qui lui est chère : *Ad multos annos !*

A nos correspondants.

Nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui nous adressent des correspondances et qui les signent d'un pseudonyme, de vouloir bien faire connaître leur nom à la rédaction. Nous n'avons pas d'objection à publier une correspondance aussi signée d'un nom d'emprunt, mais le nom véritable de l'auteur doit nous être connu, attendu que, ne voulant pas prendre la responsabilité des opinions émises par nos correspondants, quels qu'ils soient, nous puissions cependant savoir, le cas échéant, sur qui faire retomber cette responsabilité.

Aliment de Mellin.—Il n'y a pas longtemps encore que tout aliment prôné à renfort d'annonce comme pouvant suppléer au défaut d'assimilation normale jouissait d'emblée d'une grande faveur et d'un succès passager. Il a été prouvé que toutes ces substances contenaient une quantité considérable de matières amidonnées indigestes.

Liebig dit : " On ne saurait nier que les aliments farinacés aujourd'hui en usage sont la cause de la plupart des maladies et de la moitié de la mortalité chez les enfants." L'aliment de Mellin (Mellin's Food), conformément aux principes de Liebig, ne contient pas de farinacés, ni aucune substance non assimilable. Il est sans rival comme nourriture pour les estomacs débiles, pour suppléer à la nutrition en défaut et comme galactogène chez les femme qui allaitent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

New-York Academy of Medicine.—Valedictory address by the President, Fordyce BARKER, M.D., L.L.D. New-York, 1885.

Disinfection and Disinfectants.—Preliminary Report made by the Committee on disinfectants of the American Public Health Association.

Bibliothèque diabolique.—JEAN WIER.—*Histoire, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux* ; Item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres ; par Jean WIER, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas ERAS-
TUS. Avant-propos par Bourneville ;—Biographie de Jean Wier, par Axenfeld.

Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 600 pages, et orné du portrait de l'auteur, gravé au burin.

Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes.

Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe.

Papier parcheminé (n° 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes.

Papier Japon, des Manufactures impériales (n° 1 à 150), prix 25 fr. les deux volumes. A la librairie du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, à Paris.

N. B.—Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux ; pour la France, le port est de 1 fr. ; pour l'étranger, de 2 fr. 50.

NOUVELLES MÉDICALES.

—Le Bureau de Santé de la ville de New-York a dernièrement soumis à l'analyse divers échantillons de quinine. Un grand nombre (50 p. 100) ont été trouvés adultérés.

—Nous sommes informés par le *Liverpool Journal of Commerce* que ce sont MM. Evans, Sons & Co., qui, par l'entremise de leur succursale à Montréal, ont obtenu le contrat pour la fourniture des hôpitaux et ambulances du Nord-Ouest durant les derniers troubles. Ce sont eux aussi qui ont fourni à nos troupes le *Lime-Juice*, dont il a dû s'absorber d'énormes quantités.

—M. le Dr Larocque a donné sa démission comme médecin de la cité de Montréal. Une commission, dite consultative d'Hygiène, composée de Son Honneur le Maire, des présidents des comités de Finance et de Santé et de quatre médecins représentant les quatre facultés de médecine de la ville, a été créée pour choisir un remplaçant au Dr Larocque et servir de conseil au nouvel officier de santé en vue des remaniements à faire incessamment dans le Bureau de Santé et des mesures à prendre contre les épidémies dont nous sommes menacés.

Le choix de la commission consultative, relativement au médecin de la cité, devra être ratifié par le Comité de Santé et par le Conseil de Ville.

Nécrologie.—A Copenhague, M. le professeur PANUM, ex-président du Congrès international de médecine tenu à Copenhague l'année dernière ; à Halle, M. le professeur HENLE, de l'Université de Halle.

DECES.

LEMAN.—A Montréal, le 24 mai, M. le Dr Jos. Leman.

PICAULT.—A Montréal, le 31 mai, P. E. Picault, Ecr., M.D., à l'âge de soixante-seize ans.