

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:

- 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.

Pagination continue.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.— <i>Abcès chronique du sein</i> , par le Dr O. F. MERCIER.....	617
SOCIÉTÉS SAVANTES.—ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.—Séance du 18 juin 1881.— <i>Eclampsie puerpérale</i> , (DESY).....	620
Séance du 22 octobre 1891.— <i>Kyste de l'ovaire : ablation suivie de guérison ; complications gastro-intestinales de la convalescence</i> (DESROSIERS).....	621
<i>Question d'honoraires</i>	622
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.— <i>Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde</i> (POTAIN).....	623
<i>De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses</i> (EDWARDS)....	625
<i>L'œdème bleu des hystériques ; Les pleuresies pulsatiles</i> (COMBY)..	627
<i>De la polyurie dans la sciatique</i> (DEBOVE).....	629
<i>Acétonurie et diacéturie</i> (LORENZ).....	630
CHIRURGIE.— <i>De la résection de l'urèthre</i> (GUYON).....	635
<i>Diagnostic précoce du rachitisme et traitement phosphoré</i> (VOUTE) 639	
<i>Luxation ischio-iliaque traumatique primitive</i> (PACI).....	640
<i>Traitement de l'ozène par les pulvérisations de nitrate d'argent</i> (MEIJER).....	641
<i>Chute du rectum</i> (ROBERTS).....	642

(Voir la suite, page 5).

J. H. CHAPMAN,

2294 RUE STE-CATHERINE 2294

Au coin de McGill College Avenue. - - - MONTREAL.

Bell Telephone, 4396.

Conditions: Comptant.

Instrumentes et Appareils de Chirurgie de toutes espèces,

Des meilleurs modèles et de qualités supérieure à prix modérés
au comptant.

Pansements Antiseptiques ; Thermo et Galvano Cautéres. Forceps Dubois, Tarnier, Pajot brisé et autres ; Instruments de O'Dwyer pour intubation du larynx ; Chaise d'opération de Harvard, Pinces à dents artificielles, Batteries Gaiffe, (les véritables), &c., &c.

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

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

J. H. CHAPMAN

Dr. J. LEDUC & CIE
Pharmaciens - Chimistes

EN GROS ET EN DETAIL.

2052 et 2054 RUE NOTRE-DAME
Carré Chaboillez
MONTREAL.

La maison J. LEDUC & CIE., qui vient de transporter son siège d'affaires dans le splendide édifice Rodier (en face de son ancien magasin), est maintenant en mesure de fournir aux médecins, aux pharmaciens, hôpitaux, collèges, etc., en gros et en détail, toutes les drogues et tous les produits chimiques les plus purs et tout ce qui se rapporte au commerce de la pharmacie.

Préparations pharmaceutiques des meilleurs fabricants et médicaments nouveaux de tous les pays.

BANDAGES HERNIAIRES DE TOUTES LES VARIETES.

Matériel complet pour installation de pharmacies de praticien de campagne.

Fleurs seches. — Parfums,

Articles de toilette, etc.

Prescriptions remplies avec soin.

Commandes par la poste exécutées sous le plus bref délai.

Dr J. LEDUC & Cie

2052 & 2054, RUE NOTRE-DAME

CARRE CHABOILLET MONTREAL.

SOMMAIRE (Suite.)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.— <i>De l'influence psychique exercée par la mère sur le fœtus</i> (LIEBAULT).....	643
<i>La chorée des femmes enceintes</i> (HUBERT).....	644
<i>Antipyrine contre les contractures tétaniques de l'utérus</i> (WRIGHT).....	645
PÆDIATRIE.— <i>Formes de la gangrène chez l'enfant</i> (GRANCHER).....	646
<i>Diabète sucré chez l'enfant</i> (KUHL).....	649
MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.— <i>Ether comme véhicule des médicaments pour l'usage externe</i> (SAWYER); <i>traitement de la furonculose par l'acide borique intus et extra</i> (ALISON).....	650
<i>Traitement du coma diabétique</i>	651
FORMULAIRE.— <i>Acné; Arthrite rhumatoïde; Eczéma; Pilule purgative; Urétrite; Rigidité du périnée</i>	652
<i>Pharyngite chronique; Asthme; Asthme bronchique; Goutte chronique; Rhumatisme; Lavement purgatif</i>	653
BULLETIN.— <i>L. tuberculine de Koch</i>	654
<i>L'examèn médical des compagnies d'assurance sur la vie</i>	655
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.....	656
CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.....	656
MARIAGE.....	661
VARIÉTÉS.....	662
TABLE DES MATIÈRES DU VOLUME XX.....	667

BONNE CLIENTELE A CEDER, avec maison et dépendances, pour \$220,000, dont \$800.00 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte, M. D., Notre-Dame de Stanbridge, P. Q.

L'Antipyrétique, Analgésique et Anodin

— AMERICAIN —

UN SUCCÉDANÉ DE LA MORPHINE.

Une nouvelle Combinaison des Dérivés du Goudron
de Houille de la série C_nH_{2n}-6

Antikamnia

CONTRE LA DOULEUR

Employé contre la Sciatique, la Névralgie, le
Rhumatisme, les Névroses Menstruelles, la
Grippe et autres affections du même genre.
il produit le résultat voulu.

Le vrai produit ne se trouve que sous deux formes :— "EN POUDRE," et en "TABLETTES
DE CINQ GRAINS." Echantillons gratuits et renseignements sur demande.

THE ANTIKAMNIA CHEMICAL CO.,
ST-LOUIS, Mo., U. S.

Laboratoire Pharmaceutique

DE

DAUSSE AINÉ

DUBOË-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCESSEURS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI du PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au CANTHARIDATE de SOUDE



Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre ; il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Cystite* à redouter).



Envoi d'échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**

Dépôt à Québec : D^r Ed. MORIN & C^{ie}. A Montréal : LAVIOLETTE & NELSON
ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue Pravaz (modèle Le Brun) pleine d'**Eucalyptine LE BRUN**, on guérit la *Phthisie*, les *Bronchites* et les *Catarrhes pulmonaires*.

L'**EUCALYPTINE LE BRUN** ne contient pas de Morphine

MALADIES DU CŒUR

Les *Dragées Tonico-Cardiaques LE BRUN*, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les *Maladies du Cœur*, les *Palpitations* et l'*Hydropisie* la plus avancée.

LE BRUN, Ph^m-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôtaires : à Montréal : LAVIOLETTE & NELSON - à Québec : D^r Ed. MORIN & C^{ie}, et dans toutes les principales Ph^m du Canada.

TRAVAUX ORIGINAUX

Abcès chronique du sein ;

par le Dr O. F. MERCIER, (de Montréal, Canada).

Le diagnostic différentiel entre l'abcès chronique et le cancer du sein est très difficile ; l'erreur en a été souvent faite, et nombre de chirurgiens, et des plus compétents, ont amputé des mamelles prétendues cancéreuses, qu'une simple incision aurait facilement guéries. Il est vrai que ces cas de collections purulentes chroniques, qui peuvent se développer dans la glande mammaire, ne sont pas fréquents, mais nous croyons tout de même qu'il est bon d'insister sur ce sujet, étant donné la facilité avec laquelle une erreur peut être commise, et la gravité de l'intervention qu'elle indique.

Le squirrhe du sein donne à la palpation la sensation d'un noyau de volume variable, semblant se confondre avec la glande elle-même ; il se délimite difficilement. Sa surface est d'une dureté ligneuse, est bosselée, et présente des prolongements plus ou moins étendus, comparés aux pattes d'un crabe. Il adhère rapidement aux tissus profonds ; son adhérence aux tissus superficiels est encore plus rapide, la peau s'endurcit et on ne peut plus la plisser. Les travées fibreuses, qui entrent dans la constitution de ce néoplasme, tiraillent les vaisseaux galactophores qu'elles ont englobés, et produisent par leur intermédiaire la rétraction du mamelon. Enfin les vaisseaux lymphatiques et leurs ganglions sont envahis de très bonne heure.

Il y a une quinzaine de jours, nous avons à l'hôpital Broussais une malade bien intéressante. Elle était entrée se plaignant d'une tumeur du sein droit, nous présentant tous les symptômes que nous venons d'attribuer au squirrhe. Âgée de 55 ans, ayant toujours joui d'une excellente santé, elle eut trois enfants dont le dernier il y dix-huit ans. Depuis, elle n'aurait remarqué rien d'anormal du côté de ses seins, si ce n'est que le droit lui a toujours semblé un peu plus volumineux que le gauche. Cependant, à partir de ce moment, elle a toujours éprouvé une légère douleur dans le creux de l'aisselle, côté droit, et la pression y a toujours été douloureuse.

Trois semaines avant d'entrer à l'hôpital, elle sentit de légers picotements dans son sein droit, qui devint douloureux une quinzaine de jours plus tard. Enfin, elle entre à l'hôpital.

A son arrivée elle nous montre une mamelle grosse, offrant au palper la sensation d'une tumeur dure, irrégulière, bosselée, non

fluctuante; le mamelon est complètement rétracté, la peau adhère fortement à la tumeur et les ganglions sont envahis. En outre, pas de symptômes inflammatoires appréciables.

D'abord, le diagnostic de cancer du sein fut presque unanimement porté par tout le service. Mais, deux jours plus tard, des symptômes inflammatoires s'étant déclarés. M. Reclus, se basant sur ceux-ci et sur l'histoire de la maladie, élimina l'idée de cancer, et, malgré l'absence complète de fluctuation, diagnostiqua un abcès profond et chronique de la mamelle. L'incision, pratiquée de suite, donna issue à une grande quantité de pus. Un drainage avec un bon pansement antiseptique guérirent en peu de jours cet abcès chronique du sein.

Ce qui frappe dans cette observation, c'est le long espace de temps écoulé entre l'allaitement et la poussée inflammatoire aiguë de cette collection purulente. Il s'agit sans doute ici de l'oblitération d'un conduit galactophore où s'étaient accumulés avec les leucocytes les produits de la sécrétion lactée. Très probablement, cela serait arrivé au moment du dernier sevrage, puis tout serait demeuré dans un ordre relatif pendant ces nombreuses années, et un jour, pour une raison quelconque, traumatique ou autre, des accidents inflammatoires subaigus auraient évolué.

Il faut remarquer que cette tumeur nous présentait à la fois les quatre principaux symptômes du squirrhe: dureté ligneuse, absence de fluctuation, peau et mamelon adhérents et rétractés, et ganglions de l'aisselle envahis. Les faits de manque de symptômes inflammatoires appréciables et de lenteur dans le processus de la maladie sont aussi à noter. C'est l'ensemble de ces symptômes trompeurs qui rendent le diagnostic si difficile dans ces cas d'abcès chroniques du sein. Il n'y a aucuns symptômes pathognomoniques, si ce n'est ceux que fournissent la ponction exploratrice à l'aide de l'aiguille de Pravaz, et le doute seul, doute soulevé non pas par les signes physiques, mais bien plutôt par les symptômes commémoratifs, portera le chirurgien à recourir à ce moyen si simple, si bénin et si sûr d'investigation.

Mon maître M. Reclus, dans ses belles cliniques de l'Hôtel-Dieu, nous cite de semblables et nombreuses observations. Je n'en vois qu'une cependant où l'allaitement remonte à six ans; la seringue de Pravaz en soutira un liquide que l'examen microscopique montra formé de leucocytes et de globules de lait. Dans toutes les autres, les premiers signes de développement de la tumeur suivent de quelques semaines, de quelques mois, l'allaitement, ou du moins la grossesse ou l'avortement. Dans tous les cas cités, on trouve encore ces symptômes, propres plutôt à tromper le chirurgien qu'à l'aider dans son diagnostic. Aussi la plupart des chirurgiens s'y sont-ils laissés prendre, les plus malins même s'y sont trompés; qu'il nous suffise de citer Dupuytren, Roux et Velpeau, qui ont amputé ou failli amputer des seins qu'ils croyaient être squirrheux et où ils ne trouvèrent qu'une collection purulente.

Comment d'ailleurs ne pas se tromper, si l'on ne tient compte que des signes physiques de l'affection? Comment ne pas attribuer une nature cancéreuse à cette tumeur indolente, à évolution froide, au développement insidieux? Non seulement elle est dure, bosselée, n'offre ni aucune fluctuation, mais souvent elle adhère à la peau qui garde sa coloration normale; parfois même le mamelon est rétracté comme pour le squirrhe le plus classique.

La dîreté de la tumeur et l'absence totale de fluctuation doivent surtout être présents à l'esprit du chirurgien; tant que l'abcès reste entouré de la coque glandulaire, la collection conserve sa dîreté ligneuse. N'oublions pas surtout que rien n'est plus simple et plus bénin qu'une ponction exploratrice avec l'aiguille de Pravaz, et qu'à elle seule elle nous fournit des renseignements exacts sur l'absence ou la présence d'une collection liquide.

Les observations que nous cite M. Reclus nous montrent bien l'influence incontestable de la lactation sur le développement des abcès chroniques de la mamelle, car toutes, à part une seule dont l'étiologie remonte à six ans, toutes, dis-je, datent de quelques semaines ou de quelques mois après un accouchement, un allaitement, un sevrage, ou un avortement suivi d'une montée de lait. L'étiologie du cas que j'ai rapporté remonte à une époque très éloignée, mais en en suivant l'histoire attentivement, on se rend facilement compte que les débuts de l'abcès datent du dernier allaitement.

Aussi lorsqu'il se présente un de ces cas si difficiles à reconnaître, il ne faut pas se contenter de l'examen local, car les débuts du mal et son évolution fournissent parfois des indications précieuses, dont la plus importante sera d'établir si la glande est ou n'est pas en état de lactation, car je le répète, pour les abcès chroniques de la mamelle, les signes pathognomoniques n'existent pas, si ce n'est la ponction exploratrice à laquelle il ne faudra pas hésiter de recourir au moindre doute.

Paris, 24 septembre 1891.

Entendu au club :

—En somme, qu'est-ce que la médecine? Un libre-échange.—
Le malade prend l'avis du docteur et le docteur prend la vie du malade!

::

Un particulier, qui avait perdu son emploi, ayant dit en public qu'il en coûterait la vie à plus de cinq cents personnes, ce propos vint aux oreilles du ministre de la police, qui le fit arrêter: "Que prétendiez-vous par cette menace? lui dit-on à son interrogatoire. —Moi, répondit-il, je n'ai menacé personne; je voulais seulement dire que j'allais me faire médecin."

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME.

Séance du 18 juin 1891.

Présidence du Dr I. CORMIER.

Eclampsie puerpérale.

Le docteur Louis DESY communique l'observation suivante :

Le sujet de cette communication est une jeune primipare, âgée de 20 ans et mariée depuis dix mois. L'histoire de la famille ne révèle aucune maladie héréditaire; elle-même a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à cette époque.

Ce n'est que vers le huitième mois de sa grossesse qu'elle s'aperçut d'une enflure qui débuta aux paupières pour ensuite se généraliser à tout le corps. A huit mois et demi elle avait des convulsions.

Quand j'ai été appelé auprès de la malade, elle en était à sa quatrième attaque d'éclampsie, chaque attaque ayant été espacée d'à peu près une heure.

La malade étant dans le coma, je prescrivis 60 grains de bromure de potassium et 15 grains de chloral, à prendre en injection rectale, toutes les deux heures.

L'analyse des urines révéla une grande quantité d'albumine.

Le col de l'utérus ne présentait alors qu'une très légère dilatation, et par l'auscultation je ne découvris aucun signe de vie de l'enfant.

Le traitement ci-haut prescrit ayant été suivi pendant huit heures et l'état de la malade ne s'améliorant pas, les attaques continuant toujours à peu près dans les mêmes intervalles, je pratiquai alors une saignée abondante.

Une très courte attaque eût lieu pendant la saignée mais ce fut la dernière.

Le travail de l'accouchement commença alors à se faire régulièrement et la malade, quoique n'ayant pas conscience de son état, accusait certaines douleurs qui n'étaient autre que celles du travail de l'accouchement. Treize heures après la saignée, le col étant complètement dilaté, j'appliquai le forceps et terminai l'accouchement. Quelques heures après la malade reprenait connaissance. Aucun accident n'est survenu durant la convalescence qui a été celle d'un accouchement naturel.

Séance du 22 octobre 1891.

Présidence du Dr DESROSNIERS.

Kyste de l'ovaire; ablation suivie de guérison; complications gastro-intestinales de la convalescence.

M. le PRÉSIDENT communique une note relative à un cas de kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, opéré le 29 mai dernier.

La malade, célibataire, âgée de 32 ans, était d'un tempérament nerveux des mieux accusés. A eu des attaques d'hystérie convulsive à plusieurs reprises depuis quelques années. Etat général bon, du reste, sauf plus ou moins d'anémie et l'apparition, depuis deux ou trois ans, d'hémorroïdes saignantes. La maladie actuelle date de décembre 1890. Le développement fut graduel; aucun signe de péritonite; pas de douleurs appréciables.

L'opération fut pratiquée par M. le Prof. Brosseau, assisté des Drs Brennan, Laberge et Chagnon; le Dr Desrosiers au chloroforme. Elle dura une heure et un quart. Pas d'adhérences. Le kyste est uniloculaire. Très peu d'hémorragie, l'hémostase opératoire étant assurée aussi complètement que possible. Le pédicule, assez petit, est ligaturé à la soie, et le pansement fait à l'iodoforme.

Immédiatement après l'opération, nausée et efforts de vomissements, calmés par la glace. Douleurs calmées par $\frac{3}{8}$ gr. de morphine en injection hypodermique. Le soir, à 10 hrs. le pouls est à 80 et la température à 98° Fahr. Respiration 30.

Du 29 mai au 31, l'état de la malade, tant général que local, est des plus satisfaisants, la température ne dépassant pas 100° Fahr. et le pouls se maintenant entre 80° et 84°. Le 31, survint de la nausée puis des vomissements opiniâtres qui persistèrent jusqu'au 4 juin, et qui, après avoir résisté aux boissons gazeuses, au cidre, au champagne, au bismuth, à l'eau de Vichy, à la glace, céda à l'emploi d'une infusion concentrée de café froid pris à petites doses fréquemment répétées.

À ces accidents gastriques, peut-être de nature nerveuse, peut-être aussi provoqués par la morphine que l'on continuait à donner, en injections sous-cutanées, pour calmer les douleurs, succédèrent, du 4 au 7, des coliques plus ou moins violentes accompagnées de borborygmes et de diarrhée bilieuse. Le 5, les selles étaient grises et la conjonctive ictérique ainsi que la peau, l'urine, passée avec effort et douleur, étant fortement pigmentée de bile. Les coliques et la diarrhée furent calmées par la morphine aidée d'une diète liquide.

La menstruation se rétablit dès le 1er juin, à 4 heures p.m., et dura cinq jours.

Le 6 juin, la malade était pleinement convalescente, et l'on enleva les sutures.

Du moment où l'opération fut pratiquée jusqu'au 8 juin, la température moyenne varia entre 98° et 99° 5, Fahr. Une seule fois, le 1er juin soir, elle atteignit 101°, mais pour tomber à 98° le lendemain matin, le pouls montant à 108° les 1er et 2 juin p.m., ce qui constitua son maximum de vitesse durant toute la durée de la guérison, la moyenne étant de 84 à 88.

La réunion de la plaie opératoire se fit par première intention, sans une seule goutte de pus, même au niveau des sutures. Seulement un peu de sensibilité à la pression et quelques tiraillements.

A dater du 7 juin, quelques symptômes intestinaux continuèrent à se montrer : coliques, envie fréquente de défécation, ténésme rectal, et procidence des hémorroïdes déjà existantes, ce qui exigea l'examen minutieux du rectum et l'ablation, le 17 juin, des hémorroïdes en procidence.

Depuis cette deuxième intervention la convalescence s'est achevée sans encombre.

Question d'honoraires.

Le PRÉSIDENT informe l'ASSOCIATION qu'il a été averti, par quelques-uns des membres, que souvent les services des anciens internes sont requis pour l'administration du chloroforme au cours d'opérations chirurgicales faites en ville, et que la plupart du temps aucune rétribution pécuniaire n'est offerte.

Après une longue discussion, au cours de laquelle on fait ressortir la part de responsabilité qu'assume le médecin qui administre un anesthésique, et en particulier le chloroforme, surtout dans le cas d'individus anémiés outre mesure, cachectiques, cardiaques, etc., ou ayant eu de graves hémorragies, responsabilité souvent plus directement en jeu que celle du chirurgien opérateur, il est résolu qu'à la prochaine séance, avis soit donné à tous les membres de l'ASSOCIATION de ne pas consentir à assumer la responsabilité de la chloroformisation sans s'être, au préalable, assuré d'honoraires réputés suffisants et en rapport avec l'importance et la gravité des cas.

Diarrhée des phthisiques.

P.—Huile d'olive	6 drachmes.
Gaiacol.	10 gouttes.
Eau.....	8 onces.
Jaune d'œuf.....	1

M.—En lavement.—*Journal de médecine de Paris.*

REVUE DES JOURNAUX

MÉDECINE.

Les perforations intestinales dans la fièvre typhoïde.— La perforation intestinale est un des accidents les plus graves que l'on puisse observer dans la fièvre typhoïde. Elle se produit, en moyenne, d'après M. POTAIN, deux fois sur 100 ; sa proportion est deux fois plus fréquente chez l'homme, où elle atteint 3 p. 100, que chez la femme où elle ne dépasse pas 1 p. 100. Chez l'enfant, sa fréquence diminue et est à peine de 1 p. 100. M. Potain ne croit pas que la complication soit plus fréquente dans les fièvres légères ; mais ce grave accident, survenant dans une affection en apparence insignifiante, éveille alors davantage l'attention. Elle peut s'observer dans les formes les plus légères, et, parfois, une seule plaque de Peyer, devenue précisément le siège de la perforation, a été rencontrée à l'autopsie. Le siège de la perforation se trouve d'ordinaire sur la dernière portion de l'iléon ; il a pu également se rencontrer sur le gros intestin et même sur le rectum. La forme est soit arrondie, soit linéaire ; la dimension dépasse rarement celle d'une tête d'épingle.

Certains symptômes permettent-ils de prévoir cette complication ? L'abondance de la diarrhée, les hémorrhagies intestinales ; la sensibilité excessive de la fosse iliaque peuvent la faire particulièrement craindre. Parfois une constipation brusque, opiniâtre, succédant à la diarrhée, est le premier indice de la lésion péritonéale, si bien que l'on a pu, dans certains cas, se demander si l'on avait affaire à une perforation ou à une obstruction.

L'accident se produit d'ordinaire entre la troisième et la cinquième semaine. Cependant on l'a vu survenir le huitième jour. De fait, la complication est plus souvent tardive que précoce. Elle arrive parfois en pleine convalescence.

La cause occasionnelle peut être une pression trop forte au niveau de la fosse iliaque ; il ne faut donc rechercher le gargouillement qu'avec prudence. Le plus souvent la cause est un écart de régime. A l'époque où l'on condamnait les typhiques à une diète absolue et prolongée, ils cherchaient à se procurer en cachette des aliments sitôt en convalescence, et les perforations étaient plus fréquentes qu'aujourd'hui.

Les symptômes de la perforation sont d'ordinaire brusques, retentissants, les douleurs, les frissons, les vomissements, le faciès grippé, l'algidité, la constipation, n'annoncent que trop la péritonite. Ils peuvent, parfois, rester absolument insidieux : les grandes oscillations de la température ont alors une grande valeur diagnostique.

Le mort est malheureusement la terminaison la plus fréquente. Elle survient parfois en quelques heures, le plus souvent en deux ou trois jours. La durée totale peut cependant être de huit jours et plus. Quelques faits de guérison ont été observés. Dans ces cas favorables, des adhérences inflammatoires se forment, limitent l'épanchement abdominal et empêchent sa diffusion dans le péritoine. Les accidents se trouvent ainsi enrayerés.

Le traitement consistera surtout dans l'emploi de l'opium. Les ventouses scarifiées calment très rapidement la douleur. L'intervention chirurgicale paraît avoir peu de chances de succès. La perforation serait difficile à trouver, plus difficile à suturer, à cause des lésions du voisinage. La résection de la portion de l'intestin perforée ne serait pas moins difficile, les plaques de Peyer étant souvent prises sur une grande étendue.

La malade de M. Potain venait d'avoir la scarlatine lorsqu'elle a été prise de fièvre typhoïde. La précocité des perforations tenait à ce que les plaques de Peyer étaient dès le huitième jour, gangrenées en masse, et il est probable que la gravité des altérations tenait à la scarlatine antérieure qui avait affaibli la vitalité des tissus. MM. Rilliet et Barthez ont aussi observé un cas de dothiéntérie après une scarlatine ; ils ont trouvé des ulcérations étendues au huitième jour.

M. le docteur RABOT, médecin des hôpitaux de Lyon, a eu occasion d'observer deux cas de perforation intestinale chez les enfants atteints de fièvre typhoïde. Chez les adultes, il admet aussi, comme fréquence, le chiffre de 2 p. 100. Si, en effet, on additionne les données fournies par Griesinger, Murchinson, Flint, Leibermester, Goldamener, Biermer, Schroder, on arrive à un total de 5,072 cas présentant 117 perforations.

Chez les enfants, l'accident est bien plus rare. Sur 172 malades, Hensch n'en signale qu'un cas chez un garçon de 12 ans. La perforation se montra dans la cinquième semaine, alors que la convalescence était déjà commencée. Il considère comme un simple fait de hasard les chiffres de Barrier, 2 perforations sur 24 cas. Taupin, Rilliet et Barthez fournissent un total de 232 cas de fièvre typhoïde, dans lesquels ils relèvent 3 perforations. Sur 350 cas de fièvre typhoïde traités par M. Roger, cet accident ne se trouve noté qu'une fois. West, Vogel signalaient la rareté de la complication, et Cadet de Gassicourt, qui s'arrête longuement sur la péritonite suraiguë sans perforation, semble n'avoir vu que

l'ulcération profonde, mais ne dépassant pas les tuniques intestinales.

Sur 70 cas, M. Rabot, a observé 2 perforations. Le premier malade, âgé de 14 ans, traité régulièrement par le bain froid toutes les trois heures, a été pris le dix-septième jour de la maladie, au moment où il entrait dans le bain. Pour le deuxième, âgé de 12 ans, la perforation s'est faite le dix-huitième jour, l'enfant n'allant plus au bain en raison du peu d'élévation de sa température.

M. Rabot ne croit pas que, dans le premier cas, on puisse accuser, comme cause de la complication, les mouvements faits pour prendre le bain. Sur les 70 malades, près de 50 ont été traités par le bain sans le moindre accident. MM. Devic, et Perret (service des filles) ont traité 81 dothiéntéries par la méthode de Brand, et ils n'ont pas observé de perforation.—*Union médicale.*

De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses.—On sait maintenant que l'hémiplégie se rencontre en dehors de l'hémorragie cérébrale ou du ramollissement, beaucoup plus souvent qu'on ne le croyait autrefois. Toutefois, mademoiselle Bl. EDWARDS vient de réunir un certain nombre de faits démontrant que cette proportion est beaucoup plus grande encore qu'on ne la suppose généralement, car elle a pu, dans son observation personnelle, en réunir en deux ans dix-sept cas, dans deux services médicaux, se rattachant soit au tabes, soit à l'hystérie, soit à la paralysie agitante. Il est donc bon d'examiner de près les hémiplégiques et de ne plus porter le diagnostic banal de ramollissement ou d'hémorragie.

L'hémiplégie est relativement fréquente dans l'ataxie locomotrice et elle s'y présente sous forme transitoire ou sous la forme de paralysie durable.

Dans le premier cas la paralysie dure de quelques heures à quelques semaines, récidive fréquemment soit du même côté, soit du côté opposé; en général, elle se complique de la paralysie d'autres groupes musculaires (yeux, face).

L'hémiplégie durable se rencontre aussi assez souvent dans le tabes; elle peut être subite avec ou sans ictus apoplectique, ou s'établir graduellement; elle s'accompagne ordinairement d'hémi-anesthésie et souvent aussi d'anesthésie sensorielle; enfin, l'aphasie peut aussi compliquer l'hémiplégie tabétique. On voit que cette hémiplégie a beaucoup d'analogie avec l'hémiplégie vulgaire. Toutefois, on devra soupçonner sa nature tabétique s'il y a en même temps des paralysies passagères, transitoires, à répétition, ou des paralysies atteignant d'autres groupes musculaires en dehors de la zone d'hémiplégie; le diagnostic sera presque certain, s'il y a des troubles oculaires simultanés, s'il y a des troubles du sens musculaire et de la sensibilité et si enfin on trouve l'abolition des réflexes de la rotule et du poignet, surtout du côté paralysé.

—L'hémiplégie est très fréquente aussi dans la sclérose en plaque. Pour M. Charcot, elle apparaîtrait dans un cinquième des cas et M. Marie l'a relevé sept fois sur quinze chez les enfants. Parfois elle se confond complètement au point de vue des signes avec l'hémiplégie du ramollissement. Il y a cependant dans quelques cas certains signes particuliers : Au début apoplectiforme correspond de la fièvre, une élévation du pouls et de la température qui atteint 38° , 5 à 39° , tandis que dans l'hémorragie cérébrale, la température, au début, au moins pendant vingt-quatre heures, reste toujours au-dessous de la normale. La marche est très variable et l'attaque apoplectiforme peut se terminer par la mort rapide avec eschare.

L'hémiplégie peut s'établir, puis disparaître, et c'est même là son mode habituel de procéder. Mais il y a un fait important à signaler au point de vue du diagnostic, c'est que cette hémiplégie s'observe ordinairement chez des sujets jeunes, et c'est là un des caractères qui la distinguent de l'hémiplégie vulgaire. Enfin, cette hémiplégie est souvent fugace, ou à répétition et s'accompagne de paralysie des muscles et de l'œil.

—L'hémiplégie hystérique constitue encore un syndrome qui se présente fréquemment, et qui malgré les nombreux travaux dont il a été l'objet, est très souvent méconnu. Voici ses principaux caractères différentiels : la face est respectée ou, s'il y a déviation d'un côté de la face, le tremblement de la lèvre supérieure, la déviation de la langue, la conservation de ces mouvements démontrent qu'il s'agit d'un hémispasme glosso labié concomitant. Il y a de l'hémi-anesthésie habituellement du côté paralysé ; il peut y avoir de l'anesthésie par plaques et enfin fréquemment de l'hémi-anesthésie sensorielle. Il y a d'autres stigmates de l'hystérie et enfin, l'aphasie, lorsqu'elle existe, se présente sous forme de mutisme hystérique (impossibilité d'émettre un son, langage écrit conservé, paralysie des cordes vocales). Les attaques apoplectiformes seraient particulièrement fréquentes dans les hystéries ayant débuté à l'occasion d'une intoxication (saturnine, mercurielle, alcoolique).

—Mlle B. Edwards attire encore l'attention sur une erreur fréquemment commise au sujet de la paralysie agitante. La maladie de Parkinson peut en effet avoir un début unilatéral qui rappelle l'hémiplégie par la raideur et la difficulté des mouvements d'un côté du corps ; par le facies figé qui donne l'aspect d'hébétude des ramollis ; et par la possibilité d'une déviation spasmodique d'un côté de la face. On reconnaîtra qu'il s'agit de la paralysie agitante à début unilatéral par les signes suivants : la possibilité de tous les mouvements tant actifs que passifs qui ne sont pas abolis, mais simplement difficiles ; la raideur des articulations très marquée dès le début ; l'absence de modification des réflexes, de la sensibilité, du sens musculaire ; l'absence de troubles oculaires ou cérébraux.

Le malade reste toujours en possession de son intelligence ; la raideur du dos et du cou amenant l'aspect empalé de ces malades.

C'est là un diagnostic important à faire à cause du pronostic. L'obnubilation intellectuelle et le gâtisme manquent au cours de la maladie de Parkinson.

Il est intéressant de remarquer qu'au point de vue anatomique, il n'y a pas de constance dans les lésions qui déterminent ce syndrome. Et si parfois dans l'ataxie on a trouvé une lésion variable, siégeant sur le parcours du faisceau pyramidal dans les hémiplegies durables, il y a eu d'autres cas dans les hémiplegies transitoires où on ne l'a pas retrouvée ; et dans les autres affections étudiées ici, toute lésion visible avec les moyens dont on dispose actuellement faisait défaut.—*Journal de médecine pratique.*

L'œdème bleu des hystériques.—Tandis que, parmi les troubles trophiques que peut produire l'hystérie, l'œdème blanc se trouve signalé de longue date et était déjà signalé par Sydenham, l'œdème bleu est de connaissance très récente. M. Charcot l'a signalé le premier en 1889. Cet œdème a pour caractère d'être dur, si dur que la pression du doigt ne laisse pas d'empreinte ; la coloration est lilas, violacée, bleue, parfois même presque noire.

Les parties atteintes offrent un refroidissement très notable. L'œdème bleu accompagne d'ordinaire quelque autre accident hystérique, paralysie, contracture et marche parallèlement avec lui. Par suggestion, chez une grande hypnotique, M. Charcot a pu déterminer sa production.

Comme traitement, l'hydrothérapie, à titre d'agent général, le massage, les aimants, à titre d'agents locaux, sont seuls à conseiller. La suggestion peut être parfois utile. On n'oubliera pas, d'ailleurs, que l'œdème bleu est appelé à céder de lui-même avec la paralysie, la contracture qu'il accompagne ; c'est donc surtout contre cette paralysie et cette contracture que le traitement devra être dirigé. Il faut toujours éviter l'application des bandages inamovibles, qui produit souvent sur les contractures des effets désastreux. Cette action fâcheuse des appareils inamovibles, dans l'hystérie, mérite d'ailleurs d'être méditée surtout dans les coxalgies hystériques.—*Progrès médical.*

Les pleurésies pulsatiles, par M. le Dr J. COMBY. — *Conclusions.*—Il résulte des travaux assez nombreux qui ont été publiés récemment sur les pleurésies pulsatiles, une symptomatologie nette et précise qui rend le diagnostic facile dans la plupart des cas.

Une pleurésie est dite pulsatile, quand la paroi thoracique du côté malade est animée de battements rythmiques synchrones au pouls et à la systole cardiaque.

Tantôt ces battements occupent une large surface du thorax, tantôt ils sont limités à une tumeur fluctuante qui communique

avec l'épanchement. Cette tumeur pulsatile n'est pas toujours unique, on l'a vue double. Elle peut être éloignée de la cage thoracique, on l'a rencontrée deux fois à la région lombaire.

Les pleurésies pulsatiles sont presque toujours des pleurésies gauches; elles sont presque toujours des pleurésies purulentes; le terme d'empyème pulsatile est donc parfaitement justifié.

La constatation des pulsations thoraciques a aussi une valeur séméiologique importante, puisqu'elle permet d'affirmer la purulence de l'épanchement avant toute autre exploration.

Quand on se trouve, pour la première fois, en présence d'une pleurésie pulsatile, il est naturel de penser à un anévrysme de l'aorte. L'erreur a été maintes fois commise, erreur regrettable qui peut faire remettre indéfiniment une intervention urgente.

Or, si les pulsations thoraciques sont rythmées et synchrones au pouls, si elles sont parfois assez fortes pour soulever la main qui palpe et la tête qui ausculte, il faut noter l'absence d'expansion anévrysmatique, de souffle, de thrill, etc. Il faut relever la coïncidence d'un épanchement très abondant qui n'est pulsatile que dans une faible étendue de sa vaste surface.

Toutes ces raisons sont suffisantes, sans parler des commémoratifs, pour écarter l'anévrysme.

Le diagnostic étant assuré, on fait une ponction exploratrice qui donne du pus; si l'on procède à l'évacuation de la plèvre, on ne tarde pas à provoquer la formation d'un pneumothorax qui vient prendre la place du liquide aspiré. Le poumon, en effet, est atelectasié à un degré tel qu'il est incapable de se dilater assez vite pour remplir le vide créé par la ponction. Le pneumothorax est donc presque fatal, il n'a manqué que dans quelques observations.

Ce pneumothorax est latent, il ne faut compter ni sur le souffle amphorique, ni sur le tintement métallique, la succusion hippocratique seule prouvera son existence.

Les pulsations thoraciques disparaissent après l'évacuation de la plèvre; elles reparaissent quand le liquide se reproduit avec abondance. Même dans ce dernier cas, elles peuvent finir par disparaître sans retour.

Le cœur est dévié et, pour ainsi dire, transposé à droite, il est maintenu par des adhérences qui l'empêchent de revenir à gauche après la ponction. Ses battements sont réguliers, il n'y a pas d'hypertrophie, pas de dilatation, pas de lésions valvulaires.

On a trouvé quelquefois un léger épanchement péricardique ou des adhérences pouvant aller jusqu'à la symphyse cardiaque.

Les pleurésies pulsatiles sont essentiellement chroniques; leur durée est indéfinie; abandonnées à leur évolution naturelle, elles sont souvent mortelles, d'autant plus que les malades sont souvent ou deviennent tuberculeux.

Cependant, les pleurésies pulsatiles, sont curables et leur pro-

nostic n'est pas aussi noir qu'on l'a dit. Si les pulsations thoraciques sont faciles à constater, la cause et le mécanisme de ce phénomène curieux et rare sont loin d'être élucidés.—*Archives de médecine.*

De la polyurie dans la sciatique.—Suivant M. DEBOVE, la polyurie est un phénomène très fréquent dans le cours de la névralgie sciatique, du moins dans le cours des sciatiques intenses. Dans les cas bénins la quantité d'urine reste normale.

Quand elle existe, la polyurie débute ou paraît débiter en même temps que la névralgie elle-même; elle atteint son maximum au moment où les douleurs atteignent leur plus grande acuité, puis elle disparaît progressivement en même temps que ces douleurs. La quantité d'urine émise varie avec chaque malade.

M. Debove a recueilli un certain nombre de ces faits. Voici les plus intéressants:

Un malade, âgé de 40 ans, atteint de sciatique, urinait 4 litres en 24 heures. La polyurie disparut quand la sciatique fut guérie. Trois ans avant, cet homme avait présenté les mêmes phénomènes dans le cours d'une sciatique ayant duré plusieurs mois. Dans l'intervalle de trois années qui sépara ses deux attaques, il n'y eut pas de polyurie.

Dans un autre cas, il y avait, par 24 heures, 2.500 grammes d'urine et 48 gr. d'urée. A la guérison de la sciatique, 1.250 grammes d'urine et 24 gr. d'urée. Ici, il y avait eu non seulement polyurie, mais azoturie. Ce fait peut être rapproché de plusieurs autres publiés à l'étranger et dans lesquels on a vu la sciatique produire une glycosurie ou une albuminurie transitoire.

La polyurie se montra aussi dans un cas de sciatique symptomatique, chez une femme atteinte de cancer utérin.

M. Debove a recherché la polyurie chez une malade atteinte de névralgie faciale intense; la quantité des urines était normale.

Certaines expériences physiologiques cependant font comprendre le mécanisme de la polyurie dans le cours de la névralgie sciatique. Après la section du nerf sciatique d'un chien, si on excite le bout périphérique, on observe une augmentation de la tension artérielle. Or toute augmentation de la tension artérielle détermine une augmentation de la sécrétion urinaire.

C'est là un fait physiologique intéressant à rapprocher des faits cliniques de polyurie dans le cours de la sciatique.

M. Mathieu a observé deux cas analogues, M. Debove lui ayant signalé ce phénomène il y a quelque temps. Dans un de ces cas la polyurie était assez considérable; la quantité d'urine était de 4 ou 5 litres par 24 heures, d'après l'évaluation du malade.

M. Desnos pense que cette polyurie doit être rapportée à la douleur. On l'observe aussi dans la colique hépatique.—*Concours médical.*

Acétonurie et diacéturie.—M. le Dr H. LORENZ a publié sur ce sujet, un travail important dont voici le résumé, complété sur beaucoup de points :

I.—Peters fut le premier qui attribua à l'acétone l'odeur bien connue déjà de l'air d'expiration et de l'urine des diabétiques. Il découvrit ce corps dans l'urine et dans le sang et le constata aussi dans l'urine d'un rubéolique.

La chimie de l'acétonurie fut très étudiée par Gerhardt, qui découvrit la réaction du perchlorure de fer (couleur rouge) dans les urines diabétiques. Cette réaction appartient à l'acide diacétique.

Penzold indiqua de chauffer quelques cristaux d'orthonitrobenzaldéhyde dans un peu d'eau et d'alcaliniser avec la lessive de soude; s'il y a de l'acétone, le liquide jaunit et il se sépare de l'indigo bleu. Legal ajoute au liquide une solution de nitro-prussiate de soude additionnée d'un peu de lessive de soude; il se développe une coloration rouge qui passe au pourpre par l'acide acétique.

On peut obtenir souvent dans l'urine la réaction de l'alcool de Lieben; elle consiste dans la production de lamelles d'iodoforme lorsque l'on ajoute au liquide acidifié et distillé un peu de potasse et d'iode en quantité suffisante pour donner une coloration jaune. V. Jacks a montré que la substance de l'urine qui fournit l'iodoforme est pour la plus grande partie l'acétone. Pour éliminer l'alcool avant la réaction de Lieben, Albertoni conseille de distiller le liquide avec du sulfite de soude. Il faut encore mentionner le réactif de Chautard (fuchsine décolorée par l'acide sulfureux) et celui de Reynolds.

En France, on se sert surtout de la réaction de Gerhardt et de celle de Le Nobel. Quand on ajoute peu à peu du perchlorure de fer à l'urine, il se dépose d'abord du phosphate de fer, puis le précipité se redissout en même temps que le liquide prend une teinte rouge vineux plus ou moins intense, s'il renferme de l'acide acéto-acétique. L'ébullition fait disparaître ou atténue beaucoup la couleur; il en est de même de l'addition d'acides. Une ébullition préalable empêche la réaction.

Lorsque les sujets dont l'urine est étudiée ont pris de l'antipyrine, de la thalline, de l'acide salicylique ou de l'acide phénique, on peut facilement obtenir une réaction qui rappelle celle de Gerhardt, mais la couleur ne disparaît pas par l'ébullition; du reste, avec l'acide phénique, la teinte est plus violacée, tandis qu'elle est plus brune avec la kairine. Avec l'acétate de soude, la couleur est moins pourpre, disparaît par les acides minéraux et non par l'acide acétique; à l'ébullition, la liqueur se trouble et précipite de l'hydrate de fer; enfin, la réaction se produit malgré l'ébullition préalable de l'urine (Binet).

Dans le procédé de Le Nobel, on ajoute à l'urine une certaine

quantité de solution forte d'ammoniaque et quelques gouttes d'une solution à 1/50^e de nitro-prussiate de soude (10 centig. pour 15 grammes) ; on obtient une coloration violette. Lorsque l'on emploie le procédé analogue de Legal dont nous avons parlé plus haut, la créatinine en solution alcaline donne également une teinte rouge, mais l'addition d'acide acétique efface la couleur qui devient jaunâtre.

Les analyses doivent être faites très vite, car l'acide diacétique se transforme spontanément en acide carbonique et acétone.

D'après Salkowsky et Ten Taniguti qui se sont servis du procédé de Lieben, l'acétone ne se présente pas comme telle dans l'urine, mais provient de composés qui, par distillation avec un acide, produisent de l'acétone ; on obtient plus ou moins d'iodoforme, selon qu'on acidifie plus ou moins, ou que l'on ajoute la solution iodo-iodurée au produit distillé en une fois ou par fractions.

II.—Von Jaksch et Baginsky après lui, ont admis qu'il y avait de l'acétone dans l'urine physiologique. Pour Romme, c'est là une erreur qui provient de ce qu'ils se sont servi de la réaction de l'alcool.

Von Jaksch trouva l'acétone toujours augmenté dans toutes les maladies fébriles et découvrit une acétonurie fébrile. L'acétonurie est inconstante dans un deuxième groupe de maladies : telles le diabète, certaines formes de carcinome, l'inanition et les psychoses. Dans une troisième forme, elle est une affection *sui generis*, une auto-intoxication ; ce fait est rare. Von Jaksch en a décrit cinq cas ; Parvinsky, un cas ; Juffinger, un cas. Dans ces deux derniers cas, la réaction du chlorure de fer, qui ferait connaître s'il y avait diacéturie, n'est pas signalée. Strumpf donne l'acétonurie comme constante dans l'éclampsie puerpérale. Baginsky trouve l'acétone énormément augmentée dans l'éclampsie des enfants.

D'après Von Jaksch (*De l'acétonurie et de la diacéturie*, Berlin, 1885, p. 118), la diacéturie appartient exclusivement aux états pathologiques. En outre, dans les cas avancés de diabète sucré, elle accompagne les complications fébriles à l'inverse de l'acétonurie qui n'est pas constante.

Pour Schrack, l'acétonurie se rencontre très fréquemment chez les enfants, surtout dans les maladies fébriles et les troubles digestifs évoluant d'une façon aiguë ; cependant, la fièvre peut durer quelque temps sans acétonurie. Cette dernière manque dans la tuberculose pulmonaire et existe dans beaucoup de troubles nerveux, surtout ceux qui sont localisés au larynx. La diacéturie est très fréquente dans les états fébriles prolongés et assez commune dans les états infectieux graves, même quand il n'y a pas de fièvre. Elle tient peut-être aux convulsions qui se produisent si facilement au début des affections fébriles. Au moment où la fièvre tombe, la diacéturie est remplacée par l'acétonurie. Baginsky avait déjà noté que l'acétone se montre en quantité considérable dans l'urine des

enfants atteints de convulsions, et qu'elle diminuait avec la cessation de ces dernières. Il n'a trouvé l'acétone ni dans les fèces ni dans le contenu de l'estomac des enfants dyspeptiques.

Gaube a vu la réaction de Gerhardt très nette dans l'athrepsie. Pendant l'acétonurie, dit-il, l'enfant est plongé dans un sommeil profond.

J.-L. Prévost et P. Binet ont publié l'observation d'un enfant diabétique qui succomba dans le coma; ils purent extraire du cerveau de faibles quantités d'acétone, et l'urine, au moment des accidents, présentait la réaction de Gerhardt et celle de Legal.

Depuis ce temps, Binet a recherché la réaction de Gerhardt dans l'urine d'un grand nombre d'enfants atteints de diverses maladies. Sur 150 malades examinés, on a trouvé la réaction 69 fois. Sur ces 69 cas, trois fois seulement les malades étaient apyrétiques et il est probable qu'il y avait eu de la fièvre avant le moment de l'observation dans deux des cas. Très souvent, cependant, il y a fièvre sans diacéturie et les conditions de l'apparition du symptôme sont obscures; il ne présente pas de relations régulières avec l'intensité de la fièvre, ni avec la dyspnée, ni avec les troubles digestifs. Dans la scarlatine, la diacéturie est particulièrement forte et fréquente; elle existe dans 80 p. 100 des cas et se montre habituellement du deuxième au troisième jour, quelquefois plus tard. Quand l'éruption est indécise ou effacée, elle peut servir pour le diagnostic. La diacéturie existe dans 61,5 p. 100 des cas rougeole et est exceptionnelle dans la diphtérie simple. Si elle est intense et persistante dans cette dernière maladie, il faut craindre quelque complication, particulièrement la broncho-pneumonie.

Chez les adultes, la diacéturie a été rencontrée par Deschmuller et Litten dans les exanthèmes aigus; par Penzoldt, dans la fièvre typhoïde et la phthisie; par Seifert, dans diverses maladies fébriles; par Gerhardt, dans l'alcoolisme; par V. Jaksch, dans les psychoses et deux fois dans l'entérosténose consécutive à un cancer de l'intestin; par Hoppe Seyler, après l'empoisonnement par l'acide sulfurique; par Senator, dans un empoisonnement mortel par l'antipyrine; par Schruck, après l'administration aux enfants d'extrait de fougère mâle; par Litten, dans des maladies des appareils digestifs et chylopoïétiques; par Charton, dans un cancer de l'œsophage, etc.

La diacéturie se montre aussi comme l'expression d'une autre intoxication sous la forme de coma, tantôt dans la diabète sucré, tantôt en dehors de celui-ci: dans la carcinome de l'estomac, dans la dyspepsie, où Litten en décrit cinq cas, dans un cas de maladie d'Addison (V. Jaksch), dans deux cas de convalescence de maladies fébriles (Seifert).

Pawinsky a rapporté un cas d'acétonurie dans le cours d'une néphrite interstitielle apyrétique; il y avait des accès d'asthme pendant lesquels l'urine renfermait une forte proportion d'acétone

(2 gr. 16 en vingt-quatre heures) ; en même temps, la quantité d'albumine diminuait beaucoup. Le rapport inverse entre la quantité d'albumine et celle d'acétone avait déjà été signalé par V. Jaksch.

Pour Romme, l'acétonurie fébrile existe réellement, mais ne survient que dans les fièvres à température élevée et de longue durée.

On a attribué le coma diabétique à l'acétonurie. Actuellement, on tend plutôt à admettre la production d'acides divers, parmi lesquels seraient les acides diacétique et oxybutyrique. Ce dernier peut, par oxydation, donner l'acide acétoacétique; l'acétone serait alors un produit de dédoublement de cet acide. S. West a recherché, dans quatorze cas de diabète, les rapports entre l'acétonurie et le coma. Pour lui, le symptôme existerait fréquemment chez les diabétiques non comateux et ne serait pas constant lors du coma; il pourrait même disparaître en même temps que le coma se développe. Du reste, chez le chien, il faut administrer 8 grammes d'acétone par kilogr. pour provoquer des accidents; chez l'homme, 20 grammes d'acétone ne produisent que de la somnolence transitoire. L'acétonurie est, du reste, commune dans un grand nombre de maladies. Elle indique parfois l'imminence de symptômes graves, et il faut y attacher une certaine importance à ce point de vue.

Nothnagel a trouvé l'acétonurie dans un cas de cancer mélanique du foie.

Lorenz a divisé ses observations en trois groupes : 1^o maladies primitives de l'estomac et de l'intestin, telles qu'indigestions ou maladies anatomiques du tractus gastro-intestinal; 2^o maladies diverses, surtout de nature nerveuse, dans lesquelles l'acétonurie s'est montrée accompagnée de phénomènes gastro-intestinaux qui devaient être interprétés soit comme névroses, soit comme troubles fonctionnels; 3^o cas où l'acétonurie a été observée dans le cours de troubles nerveux graves, le plus souvent dans des états comateux, où les phénomènes gastro-intestinaux étaient secondaires.

a) 1^{er} groupe.—Dans le catarrhe gastrique aigu, et surtout dans la forme due à des toxines provenant d'aliments altérés, l'acétonurie n'a jamais manqué et la diacéturie a parfois été observée en même temps.

Dans les affections chroniques de l'estomac, l'acétonurie n'est ni si fréquente ni si intense que dans le catarrhe aigu. Elle présente les mêmes oscillations que l'intensité des symptômes pathologiques.

Le catarrhe gastro-duodéal provoque de l'acétonurie aussi souvent que le catarrhe gastrique.

Le symptôme existe dans toutes les gastro-entérites et peut être accompagné de diacéturie; il est fréquent dans l'obstruction intestinale et la copro-stase, ou lors de la présence d'un tænia.

L'acétonurie a encore été rencontrée dans quelques cas de péritonite avec vomissements et diarrhée.

b) 2e groupe.—L'acétonurie se rencontre toujours dans les crises gastriques du tabès et il y a quelquefois simultanément de la diacéturie; elle est moins commune dans la cholélithiase et la colique saturnine, et coïncide, dans l'hystérie, avec les symptômes gastriques.

c) 3e groupe —Le symptôme est très accentué pendant les crises d'éclampsie qui ne s'accompagnent jamais de diacéturie. Il y a augmentation modérée de l'acétone dans l'urine, et cette augmentation se voit aussi dans le coma, quelle que soit sa cause.

Voici quelles sont les conclusions de Lorenz :

1o Le développement de l'acétonurie dans les troubles digestifs les plus divers d'origine est un phénomène si constant que, aux formes d'acétonurie connues jusqu'ici, il faut en ajouter une nouvelle, l'acétonurie par troubles digestifs;

2o Dans ces cas de troubles digestifs, il paraît impossible de séparer la diacéturie de l'acétonurie, parce que la variation des symptômes chimiques, dans ces deux états, est faible et exclusivement quantitative et que, dans la plupart des cas graves, la combinaison ou l'alternance des deux états est presque la règle;

3o Les symptômes attribués autrefois à l'action de l'acétone ou de l'acétonurie diacétique paraissent appartenir non à ceux-ci, mais à des degrés de l'acétone moins oxydés;

4o L'albuminurie, quand elle existe, ne paraît pas dépendre de l'action de l'acétone ou de l'acétonurie diacétique;

5o Tant dans le contenu stomacal que dans le contenu intestinal (excréments), on trouve, dans beaucoup de cas, l'acétone avec certitude, quelquefois en grande quantité;

6o Il y a une différence marquée entre les maladies gastro-intestinales primitives et les affections stomacales secondaires, le plus souvent d'origine nerveuse; dans les premières, le contenu stomacal renferme presque régulièrement de l'acétone, tandis que, dans les dernières, elle y est rarement constatée;

7o On peut trouver rarement un vomissement urémique et une hystérie évoluant avec symptômes intestinaux, d'une façon passagère, outre de l'acétone et de l'acétonurie diacétique, de l'acétonurie oxybutyrique.

L'acétonurie et la diacéturie pourraient avoir une certaine importance relativement à l'état du rein. En effet, Albertoni et Pisenti ont vu que l'élimination prolongée de l'acétone et de l'acide pouvait irriter les reins et les léser. D'autre part, Maguire a observé un cas de diabète et d'albuminurie dans lequel on a trouvé, après la mort, une inflammation parenchymateuse aiguë du rein semblable à celle que produit l'éther diacétique.

III.—La pathogénie de l'acétonurie et de la diacéturie est fort mal connue.

Cependant, Rosenfeld a prouvé que l'acétonurie se produit lorsque l'on donne exclusivement de la viande et qu'elle tire probablement son origine de la désassimilation des albuminoïdes. Les acides lactique, acétique, etc., qui prennent naissance dans les fermentations intestinales peuvent produire de l'acétone; de là la fréquence du symptôme dans les maladies des voies digestives.

Enfin, Lustig a pu provoquer expérimentalement l'acétonurie, chez le chien et le lapin, en extirpant le plexus coélique. La mort peut alors survenir dans le coma acétonémique.—*Union médicale.*

CHIRURGIE.

De la résection de l'urètre.—Clinique de M. le professeur Guyon à l'hôpital Necker.—Messieurs, dans quelques instants je m'en vais opérer devant vous un malade que vous avez vu dans nos salles et qui porte un rétrécissement très serré et très dur de l'urètre. Comme il arrive presque toujours en pareil cas, la cause du rétrécissement est un grand traumatisme. En effet, il y a dix ans, cet homme a fait une chute d'une hauteur de 30 mètres. Il est difficile, dans une telle circonstance, de savoir comment les choses se passent, mais ici on peut établir que le choc a porté, en partie tout au moins, sur le périnée, et qu'il n'y a pas eu fracture du bassin. Voici les phénomènes qui se sont montrés et qui permettent de poser ce diagnostic rétrospectif:

Immédiatement après l'accident, le malade eut une hémorragie véritable; du sang s'écoula en abondance par le méat, écoulement continu qui se prolongea jusqu'au milieu de la nuit. Pendant tout ce temps, la miction fut impossible, et les besoins cependant augmentaient incessamment; le malade alors, faisant de violents efforts, expulsa par l'urètre un caillot assez gros et immédiatement la miction se rétablit. Pendant les jours suivants l'urétrorragie diminua progressivement; la miction, toujours douloureuse et difficile, s'effectua cependant régulièrement; enfin, et ce détail est important à noter, on n'observa au périnée ni ecchymose ni tuméfaction.

Il est permis d'affirmer qu'il y a eu rupture de l'urètre, car l'hémorragie ne peut reconnaître une autre origine, que cette rupture s'est faite dans l'urètre antérieur, mais en plein périnée, c'est-à-dire, à la partie la plus reculée de l'urètre antérieur, au niveau du cul-de-sac du bulbe: on peut éliminer aussi sûrement toute rupture de l'urètre postérieur, car alors le sang, arrêté par le sphincter membraneux, se serait épanché dans la vessie, il aurait été expulsé avec l'urine pendant la miction et ne se serait

pas écoulé par le méat d'une manière continue. Comme ces ruptures profondes ne se produisent que consécutivement à une fracture du bassin, vous devez éliminer cette dernière lésion.

Le malade se rétablit assez rapidement, mais un mois ne s'était pas écoulé depuis l'accident, que des difficultés de la miction apparurent. Le cathétérisme, fait à ce moment, fit reconnaître un rétrécissement de la région périnéo-bulbaire et pendant six mois, des séances de dilatation eurent lieu régulièrement; mais on ne put dépasser les numéros 10 ou 12 de la filière Charrière, la résistance étant trop grande. Vous trouvez donc réunis ici les trois signes principaux auxquels vous reconnaîtrez qu'un rétrécissement est d'origine traumatique; c'est que: 1o la lésion est localisée, unique; 2o son apparition et son évolution sont rapides; 3o enfin l'obstacle résiste aux moyens habituels de dilatation. Depuis dix ans, l'histoire de ce malade est des plus uniformes; il parvenait à se sonder deux ou trois fois par semaine, au prix de grands efforts; mais les résultats étaient de moins en moins bons; la miction était devenue de plus en plus difficile et la situation du malade l'obligea à demander un secours à la chirurgie.

En examinant ce malade nous trouvons que les lésions sont localisées dans le périnée. Ni à la vue, ni à la palpation n'apparaît de cicatrice cutanée; le fait n'a pas lieu de nous surprendre, car dans la plupart des traumatismes de ce genre, les lésions sont profondes et les téguments respectés. Par la palpation on sent sur le trajet de l'urètre un noyau dur, du volume d'une noisette résistant, peu mobile, non douloureux. L'examen intra-urétral, pratiqué avec un explorateur de gomme à boule olivaire, permet de constater l'intégrité de l'urètre antérieur; l'instrument chemine sans rencontrer le moindre obstacle; arrivé au contraire à la région périnéo-bulbaire, il est arrêté net, et on sent qu'on vient buter sur une paroi épaisse et résistante. Ce n'est qu'à l'aide d'une bougie fine qu'on traverse le rétrécissement; il est donc perméable et d'accès facile, circonstances que nous aurons à utiliser pour le traitement.

Une intervention chirurgicale s'impose ici et à bref délai; en effet, les conditions dans lesquelles se trouve notre malade sont encore satisfaisantes, mais, d'un moment à l'autre, nous pouvons assister à un changement complet de cet état; sans m'étendre sur l'évolution des lésions des différents organes de l'appareil urinaire au cours du rétrécissement de l'urètre, je vous rappellerai seulement que, en présence d'un obstacle, une vessie jeune, comme celle de la plupart des rétrécis, s'hypertrophie et, pendant un temps plus ou moins long, lutte victorieusement; de cette manière, la pression intra-vésiculaire augmente et la fonction urinaire est remplie dans des conditions à peu près satisfaisantes. Tant qu'il en est ainsi, les voies urinaires supérieures sont protégées, mais, à un moment donné, tôt ou tard, l'équilibre se rompt, la vessie ne

suffit plus à sa tâche, elle se laisse forcer; les urètres sont dilatés et ne tardent pas à être infectés. Aussi, les malades, dont la santé générale est restée bonne jusque-là, se trouvent tout d'un coup exposés à un danger beaucoup plus grand. Il faut donc saisir le moment où la vessie est encore puissante, et ne pas temporiser outre mesure.

C'est ce que vous observez chez notre malade, et voilà pourquoi je suis décidé à l'opérer sans tarder. Plusieurs méthodes s'offrent à nous. L'urètre, je vous l'ai dit, est perméable; il permet le passage d'une bougie conductrice; par conséquent, l'urétrotomie interne serait praticable. Mais, en face d'un rétrécissement traumatique, cette opération ne donne ordinairement que de résultats temporaires. Elle n'agit que sur la paroi supérieure; or, celle-ci est toujours plus ou moins respectée dans les traumatismes, exception faite pour les énormes délabrements à la suite desquels l'urètre est pour ainsi dire broyé; chez notre malade, la rupture urétrale a sans doute été partielle, car il n'a pas eu de rétention, ni d'infiltration d'urine après l'accident, et la paroi inférieure seule est probablement intéressée. En incisant la paroi supérieure au moyen d'une urétrotomie, j'opérerai donc sur un bon terrain, sur des tissus peu modifiés par le travail cicatriciel, et j'utiliserai en effet cette voie; mais si je bornais à cela mon intervention, je laisserais vis-à-vis de moi une incision une trop grande masse de tissu cicatriciel rétractile qui comblerait bientôt la voie nouvellement frayée.

Au contraire, en portant une incision sur la partie inférieure, on passe bien au travers de la cicatrice, et en recourant à l'urétrotomie externe de dehors en dedans, on est forcé de traverser toute l'épaisseur de la cicatrice, et il semblerait que l'opération dût être ainsi plus radicale. Il n'en est rien, et une incision intéressant des tissus fibreux et indurés se répare au moyen d'une cicatrice elle-même fibreuse et rétractile; le résultat serait plus éphémère encore qu'après une urétrotomie interne sur la paroi supérieure.

Ce n'est donc ni à l'une ni à l'autre des urétrotomies qu'il faut s'adresser exclusivement, mais pratiquer une autre opération qui nous est indiquée par l'étendue des lésions anatomiques.

Le fait capital à considérer ici, c'est que la lésion est *localisée*. Contrairement à ce qui se passe dans la blennorrhagie, qui produit des rétrécissements multiples, ici la partie rétrécie est unique, en un point limité qu'il est facile de reconnaître et de préciser d'avance. On peut donc concevoir la possibilité de supprimer cette portion toujours plus ou moins restreinte de l'urètre, au moyen d'une résection de ce conduit dans une étendue déterminée.

L'idée n'est pas nouvelle et cette opération a été pratiquée, il y a longtemps déjà, par Sédillot, Voillemier, Bourguet d'Aix, etc. Ces chirurgiens ont eu à enregistrer, il est vrai, une forte proportion de décès; mais ceux-ci étaient dus à la pyohémie, cette ter-

rible complication des plaies, que l'antisepsie nous permet de ne plus redouter aujourd'hui. Beaucoup de ces malades sont morts à une époque relativement éloignée de l'opération, au 10^e, 12^e, 20^e jour, alors que leur plaie était en bonne voie de cicatrisation; enfin, plusieurs ont guéri, et—ceci est un fait capital— Bourguet a suivi un de ses opérés, dont le canal était resté largement perméable, six ans après la résection.

De nos jours, plusieurs chirurgiens, Valette, Mollière, Poncet, etc., l'ont pratiquée avec succès, et, dernièrement, M. Horteloup présentait à l'Académie un malade, jadis porteur d'un rétrécissement traumatique, à qui il avait enlevé toute une virole cicatricielle. La guérison s'était faite rapidement; trente jours après, on passait par le canal une bougie de Béniqué n^o 50 et, trois ans après, une large perméabilité s'était maintenue. Cette constatation ultérieure est ici des plus importantes, c'est le nœud de la question et le meilleur procédé opératoire est assurément celui qui donne une guérison durable.

Aujourd'hui, les opérés sont assez nombreux et les procédés opératoires assez variés pour qu'on puisse établir trois catégories de faits. La première comprend les cas dans lesquels on n'a tenté aucune réunion immédiate des tissus après la résection. Une portion de l'urètre a été enlevée, puis on a comblé la plaie de pièces de pansements, de la profondeur vers la superficie, pour obtenir une cicatrisation par bourgeonnement. Dans un second groupe de faits on a réuni les parties molles depuis l'urètre *exclusivement*, jusqu'à la peau; c'est-à-dire qu'on laisse les deux bouts du canal écartés l'un de l'autre de toute l'étendue de la portion réséquée et que la réparation s'est faite grâce à la cicatrisation des tissus périneaux; là encore le canal s'est reconstitué par bourgeonnement; mais il n'y a pas de muqueuse dans cette partie restaurée.

Enfin, dans ces derniers temps, plusieurs chirurgiens ont tenté de rapprocher les deux extrémités de l'urètre réséqué, d'en faire la suture bout à bout; dans ces cas non seulement il y a réparation de toute l'étendue de l'urètre, mais réparation sans solution de continuité de la muqueuse. Ce résultat paraît être l'idéal qu'on doit rechercher, théoriquement tout au moins. Je l'ai tenté et je dois vous dire qu'une telle opération est pratiquement possible sur le cadavre; mais elle est d'une exécution délicate et il est vraiment difficile de faire une suture sur la solidité de laquelle on puisse compter. Les parois de l'urètre sont très minces; ce tissu est peu résistant et si vous considérez que l'écartement des deux extrémités est relativement considérable, vous comprendrez pourquoi leur rapprochement laisse souvent à désirer. Dans les observations qui ont été publiées, soit dans la thèse de Parisot soutenue devant la Faculté de Lyon et comprenant surtout des opérations faites par Mollière, soit dans une communication de M. Poncet au

Congrès de chirurgie, on voit que la suture a réussi seulement dans un peu plus de la moitié des cas. Il ne faut pas trop compter sur ce temps opératoire, car la suture manque souvent. D'ailleurs au point de vue le plus important, celui du maintien de la guérison, il importerait de savoir si ces malades ont obtenu un résultat plus durable que ceux chez lesquels on a tenté la réunion des parties molles à l'exclusion des parois de l'urètre.

C'est cette dernière manière d'agir qui me paraît devoir être préférée en principe. Il est maintenant bien établi qu'on peut supprimer toute la partie de l'urètre qui porte un épais tissu cicatriciel, en se bornant à réséquer la partie inférieure si la supérieure paraît saine, en enlevant au contraire toute la virole cicatricielle si les tissus indurés entourent tout l'urètre. Cela fait, vous pouvez ne plus vous occuper de l'urètre et laisser les deux bouts antérieurs et postérieurs écartés l'un de l'autre. Une pièce intermédiaire va se constituer par bourgeonnement. Pour obtenir une cicatrisation régulière vous procéderez à une autoplastie en rapprochant les parties écartées au moyen de plans de suture successifs et superposés. La réunion se fera par première intention, et en agissant ainsi, vous aurez des chances d'avoir un canal régulier à parois relativement souples. On pourrait craindre de voir l'urine s'épancher dans le périnée ou tout au moins amener une désunion de la plaie. Une sonde à demeure, que je place d'habitude pendant deux ou trois jours, permet d'éviter ce danger, de plus, j'ai pris soin jusqu'à présent, de ne pas faire porter mes sutures sur toute l'étendue de la plaie, mais de laisser en avant une partie non réunie par laquelle les quelques gouttes d'urine qui s'insinueraient dans le canal, auraient toute liberté pour s'écouler librement par le périnée; cette précaution a toujours été superflue.

C'est ainsi que vous allez me voir opérer le malade dont je viens de vous parler. Chez lui, comme il est très probable que la paroi supérieure est restée saine, je pourrai ne pas la réséquer; aussi vais-je commencer, avant toute incision périnéale, par pratiquer l'urétrotomie interne qui augmentera encore la circonférence du canal. puis arrivant couche par couche sur le tissu fibreux, le disséquer et l'énucléer; une sonde restant à demeure, je placerai une série de sutures des parties profondes vers la superficie, par étages et plans successifs, en mettant ainsi l'urètre, je l'espère du moins, dans les meilleures conditions pour que sa reconstitution se fasse et lui conserve autant que possible sa souplesse et sa solidité.—
Gazette médicale de Paris.

Diagnostic précoce du rachitisme et traitement phosphoré.

—Il est très important en pratique de pouvoir reconnaître le rachitisme dès son début, car le succès du traitement dépend beaucoup de son application rapide, et par conséquent du diagnostic précoce. Ce diagnostic est basé sur l'examen de la grande

fontanelle; le Dr VOUTE (d'Amsterdam), attache du moins une très grande importance à la détermination suivie de ses dimensions. Il considère que les mesures de la grande fontanelle, sont dans les cas douteux un moyen sûr de diagnostic, dont la valeur lui a été démontrée dans l'examen de quelques enfants qui, en apparence, jouissant d'une bonne santé, présentaient à l'âge de deux ans des mesures de la grande fontanelle de 22 millimètres de longueur sur 32 millimètres de largeur, et de 1 centimètre de longueur sur 2 de largeur, dans un cas où l'enfant était âgé de trois ans et demi.

Les dimensions de la fontanelle sont très variables chez des enfants âgés de six mois au plus, et peuvent varier de 22 à 75 millimètres de longueur, sur 3 à 5 centimètres et demi en largeur; de petites dimensions même n'excluent pas le rachitisme. Mais, si à dater de cette époque, les dimensions ne diminuent pas au bout de quelques semaines sans traitement, il faut considérer l'enfant comme atteint de rachitisme.

Les mensurations faites avec un compas à bout arrondis, muni d'un arc gradué, servent d'ailleurs à contrôler les effets du traitement phosphoré.

Le phosphore exerce une influence des plus heureuses sur le rachitisme, mais pour qu'il soit toléré, il faut le donner à très petites doses.

Le Dr Voute déclare avoir par ce moyen obtenu un chiffre de guérison de 63 o/o. Voici comment il prescrit le phosphore :

Phosphore	0,01 gramme.
Huile de foie de morue.....	100 grammes.

Une cuillerée à café par jour, ou bien une demi-cuillerée le matin et le soir.—*Revue de thérapeutique.*

Luxation ischio-iliaque traumatique primitive, par le professeur Augustin PACI.—Nous savons que la luxation ischio-iliaque est constituée par la position que la tête du fémur prend dans l'espace compris entre le bord postéro-externe du cotyle, et le bord antérieure de l'échancrure sacro-ischiatique. Cette lésion est assez rare, et elle a été presque toujours confondue avec la luxation iliaque simple. M. Paci y a expérimenté sa méthode de réduction, dans un cas très intéressant, et pour l'âge de l'individu et pour le laps de temps écoulé depuis l'accident.

R. V. âgé de 5 ans, fils de parents très-bien portants, en essayant de faire une trop longue enjambée, tomba sur un terrain humide et boueux, en faisant un mouvement exagéré d'abduction de la jambe gauche avec rotation du corps et chute de ce côté.

La hanche et le membre inférieure étaient déformés, les mouvements étaient impossibles : avec l'immobilisation, la douleur disparaissait.

Le membre inférieur gauche était en abduction exagérée, le

bord externe du pied s'appuyait presque complètement sur le plan du lit, le pli inguinal était peu marqué.

Des mouvements de l'articulation, *l'adduction* et la flexion étaient conservées: l'abduction et la rotation externe étaient presque impossibles.

Il espérait obtenir la réduction avec le mouvement rationnel de cure orthopédique employé pour la luxation congénitale du fémur.

1o Le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin et de la jambe sur la cuisse a été très facile.

2o En prenant sur le genou il a tenté de porter en bas la tête fémorale, en faisant ensuite un léger mouvement d'abduction pour faire glisser la tête fémorale sur la face antérieure de la tubérosité isiatique.

3o Mouvement de rotation externe jusqu'à porter l'axe de la jambe perpendiculairement à l'axe du corps.

4o Porter le membre inférieur très-lentement en extension.

La difformité avait disparu, la symétrie était parfaite, les mouvements étaient revenus.

On appliqua un appareil plâtré, et deux mois après, la guérison était parfaite.

Ce cas est très important à plusieurs points de vue :

1o Pour la variété de la lésion; la luxation ischio-iliaque étant très peu connue parce qu'on a oublié les études de Fabbri et de ses élèves.

2o Le mode de sa production, en commençant par l'abduction du membre confirme ce que Fabbri a appris avec sa méthode de circumduction.

3o Une luxation fémorale *traumatique* complète chez un enfant de 5 ans : c'est un cas si rare qu'on n'en trouve pas dans la littérature médicale.

4o La difficulté du diagnostic, d'autant plus qu'il n'y a pas de raccourcissement du membre.

5o L'intérêt du pronostic, et pour l'âge de l'enfant, et pour l'avenir.

6o La démonstration que la méthode de M. Paci pour la luxation congénitale peut très-bien être appliquée aux luxations traumatiques postérieures, et qu'elle est encore plus faible que la méthode de circumduction de Fabbri.—*Annales d'orthopédie.*

Traitement de l'ozène par les pulvérisations de nitrate d'argent. — Les bons effets obtenus dans la simple rhinite chronique par les pulvérisations de solution de nitrate d'argent engagèrent M. le docteur P. MEIJER, d'Amsterdam, à essayer le même moyen contre l'ozène. Le résultat fut brillant et tel que notre confrère hollandais n'hésite pas à déclarer ce traitement (qu'il a déjà employé avec succès dans trente cas d'ozène) supérieur à tous les autres.

M. Meijer commence par introduire dans chaque narine un tampon de coton sec, qu'il laisse en place pendant vingt à trente minutes. Au bout de ce temps, les tampons sont retirés et on

les trouve recouverts abondamment de croûtes et de muscosités claires et liquides. Par ce moyen, on réussit à débarrasser la muqueuse nasale des croûtes qui la recouvrent, beaucoup mieux que par les injections. Après avoir encore enlevé, à l'aide de petits morceaux d'ouate sèche, les derniers restes des muscosités, on introduit profondément, dans l'orifice nasal, la canule d'un pulvérisateur (de von Troltsch) et, au moyen d'un insufflateur à double poire, on pulvérise 10 à 12 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 2 p. 100, tout en ayant soin de ne pas mouiller les parties antérieures de la muqueuse nasale, ce qui pourrait entraîner, comme on sait, certains symptômes pénibles pour le malade, tels que céphalalgie, larmoiement, etc. Les pulvérisations sont d'abord quotidiennes. A chaque nouvelle séance, on augmente la concentration du liquide de façon à employer, au bout de quatre jours, une solution à 15 p. 100 et, au bout de huit jours, une solution de 25 p. 100, et l'on continue l'usage quotidien de cette dernière pendant une semaine. Ensuite, on ne pulvérise que tous les deux jours, puis deux fois par semaine seulement. Le traitement est continué jusqu'à ce qu'il ne se forme plus de croûtes.

La guérison s'obtient en quelques semaines, résultat magnifique si l'on se rappelle qu'avec les procédés habituels (tampons, irrigations, glycérine iodée, etc.), le traitement de l'ozène, même entre les mains de spécialistes éminents, dure parfois deux et même trois années.—*Semaine médicale.*

Chute du rectum.—Le procédé opératoire (proktorrhaphie) imaginé par M. B. ROBERTS a été employé par l'auteur chez une jeune femme qui, depuis plusieurs années, était affligée d'une chute du rectum : un fragment en forme de V, avec pointe dirigée en haut, a été excisé de la paroi postérieure du rectum ; les bords de la plaie ont été réunis au moyen de sutures ; la lumière du gros intestin et l'orifice anal se sont rétrécis de la sorte.

L'incision des parties molles a été faite tout près de la pointe du sacrum, sur la ligne médiane ; avec un instrument mousse, la paroi postérieure du rectum a été détachée de ses attaches. Puis, le sphincter anal a été incisé en deux points situés de part et d'autre et à un demi-pouce de la ligne médiane ; les deux incisions ont été prolongées de façon à converger vers l'incision primitive. Ainsi se trouvait taillé un lambeau triangulaire, dont le sommet touchait la pointe du sacrum et dont la base comprenait un fragment du sphincter anal de 1 pouce de long. Ensuite la paroi postérieure du rectum a été entaillée avec les ciseaux, comme il a déjà été dit, la base du fragment triangulaire incisé correspondant à la base du lambeau cutané, et son sommet étant situé à 3 pouces au-dessus de l'orifice anal. La solution de continuité de l'intestin a été suturée avec du catgut, et les bords de la plaie superficielle avec du fil de fer ; un drain a été introduit entre le rectum et le sacrum.—*Gazette médicale de Strasbourg.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

De l'influence psychique exercée par la mère sur le fœtus.
—En 1866, j'ai déjà parlé, dit M. LEBVAULT (de Nancy), de l'influence de l'esprit des mères sur leurs fœtus. Je me basais alors sur 25 faits—depuis j'ai eu connaissance de beaucoup d'autres—et j'écrivais que : “ Les préoccupations mentales des parents rejaillissent sur les produits de la conception en caractères tranchés, soit sur le moral, soit sur le physique, par des idées-images répercutées dans trois circonstances différentes : 1o lors de l'acte très court de la copulation ; 2o et 3o lors de la grossesse, ou à la suite d'un appel subit de l'attention accumulée sur une idée émotive, ou par une incubation lente et continue de cette force sur une idée prédominante.”

J'ai cru devoir rapporter aujourd'hui devant la Société, un dernier et important tribut à cette question de l'influence psychique de la mère sur le fœtus ; il consiste en une seule observation ; la voici :

Le 23 juillet 1889, Mme L... m'amena sa fille, âgée de onze ans. Cette enfant présentait, sur la joue gauche et le cou, une tache lie de vin de 12 centimètres de largeur sur 20 centimètres de hauteur, tache partant de la clavicule et remontant au-dessus de l'oreille.

Mme L... me raconta qu'au cours de la gestation de cette enfant, se trouvant dans une rue de Nancy, elle se vit tout à coup face à face avec une femme dont la moitié de la figure était affreusement colorée d'une teinte vineuse. A sa vue, prise d'un grand émoi, Mme L..., qui avait une fluxion dentaire et la joue gauche recouverte d'un tampon de ouate retenu par un bandeau, porta machinalement une main sur son bandeau, là où elle souffrait. Mais aussitôt qu'elle eut accompli ce mouvement involontaire, elle s'aperçut, avec étonnement, que la plupart des personnes qui parcouraient la rue, présentaient, à ses yeux, sur un côté de la figure une tache semblable à celle qu'elle venait de voir avec un subit effroi.

Cette vision lui parut alors une réalité. elle n'arriva que peu à peu, par les raisonnements qu'elle fit et grâce aux affirmations négatives de son mari, à croire qu'elle était fictive. Quand cette profonde émotion se produisit, Mme E... avait été réglée depuis peu de temps, et ce ne fut que plus tard qu'elle soupçonna être enceinte et qu'elle eut enfin une preuve que son émotion violente avait eu lieu dans le premier mois d'une grossesse. Chose étrange, depuis, en rencontrant les passants, au moins une fois sur quatre

personnes, cette vision d'une moitié de la face marquée en rouge, persista tout le temps qu'elle fut enceinte, et ne s'éteignit qu'après son accouchement. De plus, tant qu'elle fut grosse, elle n'eut jamais l'idée que l'enfant qu'elle portait dans son sein pourrait être affligé des stigmates dont elle voyait si souvent la marque sur la figure d'autrui. Ce ne fut qu'après la naissance de sa fille, trouvant qu'on tardait bien à la lui montrer, car on n'osait la lui présenter, qu'elle se douta que cette enfant avait une marque rouge à la figure, et aussitôt elle en exprima la crainte à haute voix.

Ayant obtenu ces renseignements de Mme L..., je fus presque certain qu'elle avait dû se suggestionner ce signe à l'égard de sa fille, il est vrai sans avoir conscience, lors de la rencontre de la femme atteinte de pareille infirmité, aussi, j'en conclus que Mme L... devait être très sensible à l'affirmation suggestive. Pour m'en assurer, je lui proposai de se laisser endormir, ce qu'elle me permit, et par l'énonciation que je lui fis des principaux signes du sommeil, elle tomba en moins d'une minute, dans l'état de somnambulisme léger où elle n'avait jamais été mise, ce qui confirme mon induction.

Cette observation n'a pas besoin de commentaires; elle parle d'elle-même. A ce propos, je demanderai à mes confrères, non pas de rechercher chez les femmes qui ont eu des enfants avec marques anormales, s'il y a eu des rapports de cause à effet, s'étant exprimés à leur su, par un contre-coup de la pensée de chacune sur chacun de leurs fœtus, mais de vouloir bien tenter d'obtenir des suggestions de la mère à son fœtus.

J'entends par là que la mère, par exemple, suggère une lentille, une tache quelconque sur une partie de la peau de l'enfant ordinairement couverte; en résumé, un tatouage du fœtus par action morale.

Pour tenter de pareilles expériences on doit choisir des femmes qui, de même que Mme L..., peuvent tomber dans un état analogue au somnambulisme le plus profond, c'est-à-dire dans l'état conditionnel qui nous a déjà permis, sur 4 ou 5 sujets sur 100 de déterminer expérimentalement des hallucinations post-hypnotiques de tous les sens, et parfois même de créer sur quelques personnes le phénomène, par cause morale, de la stigmatisation cutanée, phénomène si longtemps nié. Car c'est dans l'expérimentation par suggestion hypnotique de la mère au fœtus sur des dormeuses au plus haut degré, que repose la solution de la question d'avenir des influences maternelles. Pour moi, le résultat des expérimentations qui seront établies n'est pas douteux: il confirmera mes inductions.—*Abeille médic. le.*

La chorée des femmes enceintes.—La chorée constitue une complication grave de la grossesse, puisque les relevés de Fehling

et de Spiegelbert accusent 39 morts sur 137 cas, soit 28 p/ 100. À défaut d'indications causales bien déterminées, le traitement doit être avant tout hygiénique et tonique. L'hydrothérapie bien conduite peut rendre de bons services. Parmi les médicaments les plus vantés, citons surtout l'arsenic, le bromure de potassium et le chenopodium ambrosioides. Tous les antispasmodiques, du reste, ont été tour à tour essayés. Strumpell recommande d'être très prudent dans l'emploi des narcotiques et déconseille l'hydrate de chloral comme pouvant entraîner des conséquences désastreuses.

Dans les cas graves, le Dr E. HUBERT, qui donne ces détails, estime que la provocation de l'accouchement prématuré se trouve indiquée.

La chorée des femmes enceintes est un accident assez rare, et les auteurs qui s'en sont le plus spécialement occupés ne sont parvenus à en recueillir que 200 cas environ. On la rencontre surtout chez les primipares de vingt à vingt-cinq ans. Dans un cas, Wasseige (de Liège) pratiqua l'accouchement forcé: dilatation et débridement du col; application du forceps; perforation de la voûte du crâne; et, une demi-heure après la délivrance, il survint un accès qui se termina en quelques minutes par la mort.

L'auteur cite un cas remarquable de chorée gravidique dû à Rombault. Les moyens antispasmodiques qui avaient jugulé la chorée à la première grossesse furent complètement impuissants à la seconde. La situation devint si grave qu'il fallut procéder à l'accouchement provoqué. L'appareil élytrocyste est appliqué pour amener la dilatation du col. L'application faite avec quelque difficulté amène, au bout de vingt minutes, une dilatation de la largeur d'une pièce de 2 francs, mais aucun travail. La chorée cessa définitivement, le col est resté ouvert, mais la grossesse a poursuivi son cours et l'accouchement s'est fait heureusement à terme.—*Revue de thérapeutique.*

Antipyrine contre les contractures tétaniques de l'utérus.

—M. WRIGHT a employé avec un succès éclatant, dans un cas de contracture tétanique de l'utérus, l'antipyrine à l'intérieur à la dose de 90 centigr. répétée tout les quarts d'heure. La contracture devint moins prononcée dès la première dose et disparut complètement après la troisième. Il faut recourir à ce traitement dès le début de l'affection, avant que les nerfs utérins et les centres nerveux soient épuisés par la contracture tonique du muscle utérin par trop prolongée.—*Praticien.*

Une langue intempérante a prétendu que dans le duel entre le malade et le médecin, tout l'avantage est pour ce dernier, parce que s'il n'y a pas toujours de profit à prendre une médecine, il y en a toujours à la prescrire.

PÆDIATRIE.

Formes de la gangrène chez l'enfant.—Clinique de M. GRANCHER à l'hôpital des Enfants-Malades.—Je désire vous montrer aujourd'hui trois petits malades atteints d'accidents gangréneux. Chez deux d'entre eux, il s'agit d'une gangrène symétrique des extrémités; chez le troisième, au contraire, de gangrènes disséminées d'origine infectieuse. Si l'accident local a abouti chez tous trois à la gangrène, les causes, l'évolution, le pronostic de cette gangrène sont singulièrement différents.

Vous connaissez la gangrène symétrique des extrémités si bien étudiée par Maurice Raynaud. Cette affection n'est pas absolument exceptionnelle chez l'enfant, puisque je vais pouvoir vous en montrer deux exemples. Vous savez qu'avant d'aboutir à la gangrène, la maladie présente d'ordinaire toute une série d'autres accidents, doigt mort, sclérodémie, asphyxie locale des extrémités. Elle peut même ne jamais franchir ce stade préliminaire et rester bornée à l'un ou à l'autre de ces accidents. Le doigt mort a été également désigné sous le nom de syncope locale du doigt. Un des doigts, un des orteils devient pâle, blanc, exsangue, absolument insensible. Cet état persiste quelques minutes, puis la réaction se fait, le doigt devient un peu rouge, le malade éprouve souvent des picotements, des douleurs assez vives. Dans l'asphyxie locale, le doigt ou l'orteil sont, au contraire, bleuâtres, violacés, noirs même soit en totalité, soit en partie. Ils sont tuméfiés, gonflés. Les douleurs sont d'ordinaire très intenses, très pénibles. Syncope ou asphyxie locale sont d'ordinaire symétriques: non, bien entendu, mathématiquement symétriques, mais il est rare, que, quand un des mains, un des pieds est touché, l'autre main, l'autre pied ne présente pas quelques accidents.

Les crises de syncope et d'asphyxie locale en se répétant, en se prolongeant, amènent souvent, du côté de la peau, des modifications analogues à celles de la sclérodémie. La peau devient dure, atrophique, parcheminée. Ces crises peuvent aussi amener la gangrène partielle ou totale des doigts, des orteils atteints; le lobe du nez, les oreilles ont été même quelquefois touchés. Cette gangrène débute par une phlyctène, puis par une plaque dure, sèche, noirâtre, plus ou moins profonde. Autour de cette escharre se forme bientôt un sillon d'élimination. Suivant la profondeur atteinte par la gangrène l'élimination porte soit sur les parties molles, soit en même temps—et la chose est fréquente—sur les os des doigts et des orteils.

A côté de ces accidents locaux graves, la conservation parfaite de la santé générale forme un contraste frappant. Il y a ni fièvre, ni amaigrissement, ni cachexie, ni troubles vicéraux. Raynaud a bien insisté sur la surprise particulière qu'on avait, lorsque le visage était touché, à voir un enfant aux joues fraîches et vermeilles, au lobule du nez noirâtre et partiellement détruit.

Maurice Raynaud attribuait tous ces troubles à une névrose, à un spasme réflexe des artères périphériques. Il ne se fondait, d'ailleurs, pour admettre cette intégrité du système vasculaire, que sur les symptômes cliniques, l'intégrité du cœur et des battements artériels, et n'avait pas eu occasion de faire d'autopsie. Mais depuis Recklinghausen, chez une femme morte après des poussées successives de gangrène, a pu constater une endartérite des petites artères. Les artéριοles, visibles à l'œil nu, sont encore indemnes, mais les petites artères microscopiques sont profondément touchées. Leur oblitération est souvent complète. Chez cette malade, les accidents d'endartérite et de gangrène ne s'étaient pas seulement bornés aux extrémités. Le poumon, le cœur, les reins offraient également des foyers de nécrobiose, produite, elle aussi, par l'endartérite. Il s'agissait donc, dans cette affection, d'une endartérite végétante et oblitérante des artéριοles terminales. On trouve en même temps de la phlébite, mais dont le rôle paraît être accessoire. Le système nerveux, ou tout au moins le système nerveux périphérique, n'est pas touché. Existe-il des lésions des centres nerveux? L'examen de ces centres n'a malheureusement pas été fait dans l'observation de Goldschmidt et Recklinghausen.

Voici deux petites malades atteints de cette curieuse affection. Le premier est un enfant de dix ans, entré d'hier seulement à l'hôpital, très misérable, très cachectique, mais n'ayant qu'une cachexie de misère sans lésions viscérales spéciales. Au pied gauche, la première phalange du second orteil, la première phalange du quatrième orteil sont détruites. Au pied droit, la destruction est restée limitée aux parties molles. Les lésions doivent être assez anciennes : à côté de plaques sphacéliques en voie d'évolution, on en trouve d'autres en voie de réparation ; on en trouve même où la cicatrisation est déjà faite. Malheureusement il est impossible d'avoir aucun renseignement sur l'époque exacte du début des accidents. Les mains, le nez, les oreilles sont indemnes ; pourtant cet enfant aurait eu des poussées de gonflement bleuâtre sur les doigts.

La petite fillette de trois ans qui est atteinte de la même affection a, vous le voyez, perdu entièrement le premier et le cinquième orteil du pied droit. L'amputation est nette comme si elle avait été faite par un chirurgien. Elle a perdu également une partie de la dernière phalange et l'ongle du quatrième orteil. Au pied gauche, le gros orteil est particulièrement touché : il est

violacé, la deuxième phalange est partiellement détruite. C'est en quatre mois que ces divers accidents ont évolué. Ils ne sont, d'ailleurs, expliqués par aucun antécédent morbide, soit héréditaire, soit personnel.

Le diagnostic, chez elle, a donné lieu à une discussion intéressante et qui se retrouve souvent dans le diagnostic de la gangrène symétrique infantile. Le médecin qui la soigna, tout d'abord, crut simplement à des engelures. On était alors en plein hiver, le froid était des plus rigoureux, cette méprise s'expliquait facilement. Elle est extrêmement fréquente, la distribution topographique, les accidents locaux des engelures étant, jusqu'à un certain point, ceux de la gangrène symétrique. Toutefois, jamais l'engelure n'atteint à la coloration violacée, bleuâtre, noirâtre, de l'asphyxie locale; elle prend des blocs assez étendus sur le pied et la main débordant sur le métacarpe, le métatars et se limitant moins nettement sur l'extrémité de l'orteil. Ses picotements, ses cuissons diffèrent des douleurs profondes de la gangrène symétrique.

Il est un autre diagnostic auquel la teinte bleuâtre des extrémités fait, parfois, songer chez l'enfant: la cyanose par malformation congénitale du cœur; mais cette cyanose des malformations congénitales frappe également le visage, elle ne s'accompagne pas d'accidents gangréneux. L'auscultation, les commémoratifs viennent bien vite, d'ailleurs, lever tous les doutes.

Notre autre malade offre une variété de gangrène toute différente et fort intéressante. Il s'agit, chez elle, d'une affection n'ayant pas le moindre rapport avec la maladie de Raynaud. Cette fillette est pourtant intéressante à rapprocher des deux malades précédents, par la différence même de la pathogénie de son affection.

C'est, vous le voyez, une petite fille de trois ans et demi, très amaigrie, profondément cachectique. Elle était atteinte de coqueluche et est entrée dans notre salle, le 20 avril. Le 22 avril elle était vaccinée. Une des pustules de vaccin ne tarda pas à devenir une plaque brune, noirâtre, gangréneuse. Cette lésion était assez inquiétante. On se demanda s'il ne s'agissait pas d'un chancre transmis non par le vaccin, puisque la vaccination avait été faite au vaccin animal, mais par une lancette malpropre. La courte durée de l'incubation, l'absence d'induration, d'adénopathies, firent abandonner cette hypothèse. Les lésions locales n'en étaient pas moins sérieuses, et vous pouvez voir encore les traces profondes qu'elles ont laissées.

Mais bientôt apparaissaient d'autres plaques gangréneuses. Ces plaques étaient multiples, irrégulièrement disséminées sur le dos, les fesses, les jambes. Elles débutaient par une ampoule, une phlyctène, puis survenait une escharre noirâtre plus ou moins étendue. Au dos une de ces escharres a certainement dépassé la dimension d'une pièce de 5 francs. Actuellement une semaine après la vaccination, un mois après le début des accidents, l'élimi-

nation des diverses escharres s'est faite, la cicatrisation des plaques gangrénées semble partout en bonne voie.

Malheureusement, l'état général est resté des plus inquiétants. Cette enfant, très cachectique à l'entrée, s'est, sous l'influence de cette infection secondaire, cachectisée encore. Si nettes qu'aient été et que soient encore parfois les quintes de coqueluche, c'est une autre affection qui, chez elle, domine actuellement, c'est une broncho-pneumonie, et une broncho-pneumonie qui est certainement tuberculeuse.

Deux éléments se rencontraient donc chez elle pour expliquer ces accidents gangréneux multiples : 1o un terrain débilité favorable à toutes les infections ou plutôt à tous les effets destructeurs de certaines infections ; 2o une infection produite au moment de la vaccination. Quel a été le mécanisme de cette infection ? L'agent pathogène était-il dans le vaccin employé, la lancette mise en usage ou simplement sur la peau malpropre au point piqué, c'est un fait que nous ignorons. Nous ignorons également la nature de l'agent infectieux. Beaucoup de micro-organismes sont susceptibles dans certaines conditions de produire la gangrène. J'ai vu dans un cas, à la suite d'une tentative d'inoculation d'impetigo, de simples staphylocoques amener une gangrène étendue et profonde. Le terrain joue donc parfois un rôle plus important que l'agent infectieux. Cependant, d'après les recherches bactériologiques de Demme, on trouverait dans les plaques gangréneuses, à côté des micro-organismes ordinaires de la putréfaction, un organisme spécial en forme de petit bâtonnet : l'inoculation de cet organisme donnerait toujours la gangrène.

Ces notions du rôle réciproque du terrain et de l'infection ont une grande importance au point de vue de la prophylaxie de certaines gangrènes chez l'enfant. Le noma, si fréquent autrefois dans les hôpitaux d'enfants, si terriblement meurtrier, à tout à fait disparu sous la seule influence de conditions hygiéniques meilleures et d'une propreté plus grande. On peut, en employant des précautions antiseptiques minutieuses, en soutenant autant que possible l'état général, éviter la plupart du temps les gangrènes infectieuses de l'enfance. Nous nous trouvons malheureusement complètement désarmés contre les accidents d'endartérite, causes de la gangrène locale des extrémités.—*Abeille médicale.*

Diabète sucré chez l'enfant.—KUNL signale un certain nombre de particularités qui distinguent le diabète sucré chez l'enfant du diabète sucré chez l'adulte.

Ainsi, dans l'enfance, le diabète sucré est beaucoup plus fréquent chez les filles que chez les garçons, tandis que chez les adultes, la fréquence l'emporte de beaucoup chez le sexe masculin.

Chez les enfants, l'étiologie du diabète est en quelque sorte dominée par l'hérédité pathologique ; les ascendants ont eu le

diabète, ou quelque maladie des centres nerveux. Assez souvent, le traumatisme intervient comme cause du diabète dans le jeune âge.

Dans les cas de diabète infantile, la glycosurie atteint toujours un intensité plus considérable, d'un pronostic plus grave. L'évolution est en général plus rapide que chez l'adulte. La transformation du diabète léger en diabète grave se fait d'autant plus vite, en thèse générale, que le sujet est plus jeune.—*Gazette médicale de Paris.*

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Ether comme véhicule des médicaments pour l'usage externe. — L'inefficacité des médicaments employés en frictions dépendant en partie de leur insolubilité dans les sécrétions des glandes sébacées, SAWYER recommande de se servir dans ces cas, au lieu des frictions huileuses ou avec des substances dissoutes dans l'axonge, des substances dissoutes dans l'éther. L'iode, le menthol, le camphre, le capsicum et la belladone lui ont donné de bons résultats. La solution étherée de menthol s'est montrée très active contre les douleurs accessibles à un traitement externe.—*Praticien.*

Traitement de la furonculose par l'acide borique intus et extra.—Si le traitement du furoncle isolé est habituellement simple et facile, il n'en est pas de même pour les furoncles multiples à répétition, pour la *furonculose*. En effet, les pulvérisations phéniquées qui, dans cette affection, ont donné d'excellents résultats à M. le professeur Verneuil, les bains de sublimé et autres moyens analogues, commodes à l'hôpital, sont souvent difficiles à mettre en œuvre dans la pratique urbaine et rurale.

Aussi, est-il bon de noter que, d'après un travail sur ce sujet, adressé à l'Académie de Médecine de Paris, par M. le Dr ALISON (de Baccarat), l'emploi simultané de l'acide borique, à l'intérieur et à l'extérieur, paraît constituer un moyen aussi simple qu'efficace pour combattre la furonculose.

Notre confrère administre à ses malades, pendant huit à quinze jours, de 0 gr. 80 centigr. à 1 gramme d'acide borique par jour, en deux cachets. Il fait faire en outre, quatre à cinq fois par jour, des frictions douces sur les furoncles et leur pourtour avec de l'eau boriquée chaude à 2 pour 100; dans les intervalles entre les frictions, les parties sont recouvertes de compresses trempées dans la même solution boriquée.

Ce traitement ferait avorter les furoncles qui sont encore au début de leur développement, guérirait rapidement les furoncles déjà arrivés à maturité et préviendrait les nouvelles éruptions.

Il serait également efficace contre l'anthrax. Sous l'influence de la médication boriquée, on obtient, au dire de M. Alison, une grande amélioration de l'état local et général, la douleur, la rougeur périphérique et la dureté de l'anthrax diminuent ; il se forme rapidement des pertuis multiples pour l'élimination du bourillon ; la fièvre tombe, l'agitation et l'insomnie s'amendent et l'anthrax guérit, dans la majorité des cas, sans qu'aucune intervention chirurgicale ait été nécessaire.— *Normandie médicale.*

Traitement du coma diabétique.—La fréquence et la gravité du coma diabétique justifient les nombreuses tentatives thérapeutiques qui ont été faites ces derniers temps. C'est ainsi que Stadelmann et Lépine ont injecté de grandes quantités d'eau alcaline, en se fondant sur l'hypothèse que le coma serait dû à un excès d'acides dans le sang. Le résultat a été un retour très net de la conscience, une disparition des symptômes menaçants presque complète, mais très momentanée. Hilton Faggo et Dickinson ont fait des injections intrapéritonéales de plusieurs litres d'une solution contenant du chlorure de sodium et de potassium, du sulfate, du phosphate et du bicarbonate de soude. Le résultat a été aussi marqué, mais aussi passager que dans les cas de Stadelmann. T. Reynolds a mieux réussi en introduisant l'eau tout simplement dans l'estomac, chez des malades qui n'étaient pas encore comateux, mais chez qui tout faisait craindre l'imminence du coma. Son traitement consiste à faire rester le malade au lit, à le purger légèrement, à lui permettre un régime quelconque, à lui donner des doses élevées de citrate de potasse (30 centigrammes toutes les heures), enfin, et surtout, à lui faire ingérer une quantité considérable de liquide, lait, limonade, thé, eau d'orge, eau pure, en variant la nature des boissons, de façon à atteindre une dose de quatre litres par douze heures.

Reynolds insiste sur la nécessité de reconnaître la menace de coma de bonne heure ; il s'annonce par une sensation profonde de l'expiration, l'odeur d'acétone de l'haloine et de l'urine, la réaction de l'acétone dans l'urine (coloration brun rouge par le perchlorure de fer), albuminurie et diminution de la glycosurie.

Les deux malades que Reynolds a traités par cette méthode ont guéri et ce sont les seuls cas de guérison qu'il ait observés sur une vingtaine de cas de coma diabétique qu'il rapporte avoir vus.— *Journal de médecine de Bordeaux.*

FORMULAIRE

Acné.—*Bernier.*

P.—Naphthol camphré.....	75 grains.
Résorcine.....	75 “
Acide salicylique.....	75 “
Amidon.....	6 drachmes.
Vaseline.....	6 “
Soufre précipité.....	6 “

M.—Usage local.—*Pharmaceutical Era.*

Arthrite rhumatoïde.—*DaCosta.*

P.—Iodure d'ammonium.....	3 grains.
Eau de cannelle.....	1 drachme.

M.—A prendre trois fois par jour. En même temps, faire le massage des articulations malades.—*College and Clinical Record.*

Eczema.—*J. P. Munn.*

P.—Aristol.....	$\frac{1}{2}$ drachme.
Lanoline.....	1 “

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

Pilule purgative.—*Hare.*

P.—Aloïne.....	5 grains.
Extrait de belladone.....	5 “
Extrait de noix vomique.....	5 “
Extrait de fève de calabar.....	2 “

M.—Pour 20 pilules. Dose : Une pilule chaque soir.—*College and Clinical Record.*

Uréthrite.—*Dr J. M. White.*

P.—Salol.....	7 parties.
Oïéorésine de copahu.....	2 “
Baume de copahu.....	20 “
Pepsine.....	2 “

M.—Divisez en capsules de 20 grains chacune. Dose : Une capsule, trois fois par jour.—*National Druggist.*

Rigidité du périnée.

P.—Chloroforme.....	2 onces.
Éther sulfurique.....	2 “
Eau de cologne.....	16 “

M.—Usage local. Effet prompt et sûr.—*Weekly Medical Review.*

Lavement purgatif.—Noble.

P.—Sulfate de magnésie.....	2 onces.
Glycérine.....	2 “
Essence de térébenthine.....	$\frac{1}{2}$ once.
Eau.....	2 onces.

M.—Pour un lavement.—*Medical News.*

Pharyngite chronique.

P.—Ergotine.....	15 grains.
Teinture d'iode.....	1 drachme.
Glycérine.....	1 once.

M.—Appliquer trois fois par jour, au moyen d'un pinceau.

Asthme.

P.—Ether.....	1 once.
Essence de térébenthine.....	4 drachmes.
Acide benzoïque.....	4 “
Baume de tolu.....	2 “

M.—Inhaler, durant l'attaque.

Asthme bronchique.

P.—Iodure d'ammonium.....	2 drachmes.
Extrait fluide de grindelia.....	4 “
Extrait fluide de réglisse.....	4 “
Teinture de lobélie.....	2 “
Teinture de belladone.....	2 “
Sirop de tolu, q.s. pour faire.....	4 onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé trois fois par jour, augmentant les doses durant les paroxysmes.—*Western Druggist.*

Goutte chronique.

P.—Teinture étherée de capsicum.....	1 once.
Esprit d'ammoniaque.....	1 “
Essence de térébenthine.....	1 “
Huile de lin.....	1 “

M.—En frictions. Excellente application [à faire aussi dans le rhumatisme articulaire et musculaire chronique et dans la bronchite chronique.

Rhumatisme.—Hollister.

P.—Iodure de potassium.....	$\frac{1}{2}$ once.
Bromure de potassium.....	$\frac{1}{2}$ “
Teinture de colchique.....	1 “
Sirop d'orange amère.....	$1\frac{1}{2}$ “
Eau.....	$5\frac{1}{2}$ onces.

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé trois ou quatre fois par jour, augmentant graduellement jusqu'à action des intestins.—*Western Druggist.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

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

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1891.

BULLETIN.

La tuberculine de Koch.

La question de la *tuberculine* vient d'être remise à nouveau sur le tapis par Koch lui-même, dans une communication au *Deutsche Medicinische Wochenschrift*. Il s'agit cette fois, non plus du vulgaire produit naguère lancé sur le marché par son inventeur sous le nom de *Tuberculinum*, mais bien d'une espèce de quintessence de ce même produit, comme qui dirait le principe actif de la tuberculine.

Par une série d'opérations chimiques qu'il serait oiseux de reproduire ici et qui se résument en une précipitation par l'alcool, M. Koch prétend avoir réussi à isoler la substance vraiment active de la lymphe. Cette substance serait 50 fois plus active chez les animaux et 40 fois plus chez l'homme que la solution de tuberculine dans la glycérine, telle qu'employée d'abord.

Malheureusement, là se borne la découverte du savant. Il ne nous dit pas si le principe nouvellement isolé est plus efficace contre la tuberculose que ne l'était la tuberculose elle-même, de composition plus complexe.

Si c'est à ces découvertes stériles que les savants teutons consacrent leur temps et leurs veilles légendaires, il y a tout lieu de se féliciter de n'être pas Allemand. Ce qui nous frappe surtout dans ces faits c'est la réclame outrée que l'on a tenté de faire, dans le public médical berlinois, en faveur des deux ou trois communications de Koch, comparée aux minces résultats obtenus. Relisons notre bon La Fontaine et méditons un peu sur " *la montagne qui accouche*."

L'examen médical des compagnies d'assurance sur la vie.

Nous lisons dans le *Medical Record* :

“ En Angleterre, trois compagnies d'assurance ont mis entièrement de côté l'examen médical de leurs candidats. Elles espèrent trouver une compensation aux pertes possibles dans le fait qu'elles s'engagent à ne payer qu'une partie de la somme au cas où l'assuré mourrait avant l'expiration d'un certain nombre d'années.”

Ce que ce nouveau mode d'assurance peut donner de résultats favorables, l'avenir le dira sans doute, pour peu que les Compagnies qui l'ont adopté y mettent de la persévérance et soient bien résolues à subir quelques pertes. En attendant, nous basant sur l'expérience du passé, et sur des faits aussi nombreux que probants, nous croyons que la mesure en question est radicalement préjudiciable aux intérêts bien entendus des compagnies. Que de sujets inacceptables vont être admis à bénéficier des avantages de l'assurance ! Si, même avec l'examen médical, il est encore des cas risqués ou compromis qui passent en contrebande, *a fortiori* en sera-t-il de même, et dans une plus grande proportion, si l'on va jusqu'à mettre entièrement de côté l'examen du médecin.

On peut nous répliquer : “ Tel qu'il est fait aujourd'hui par nombre de médecins, l'examen d'assurance n'est plus qu'une farce dont on peut se dispenser, nombre de sujets étant admis qui ne devraient pas l'être, et cela par suite du peu de soin qu'y met l'examineur.” A cela, une seule réponse est possible : que les Compagnies n'emploient que des médecins compétents ; qu'elles leur paient un salaire proportionné, non pas tant à la besogne faite qu'à la responsabilité encourue et à l'importance d'un examen minutieux ; qu'elles exercent enfin un contrôle scrupuleux sur les rapports des examinateurs, de façon à faire éliminer les cas douteux.

Nous l'avouons, de telles précautions auraient pour effet de faire baisser le nombre des assurés, mais il y aurait également une diminution notable dans le chiffre des sommes payées au décès. Au reste, si nous avons bonne mémoire, on a déjà, dans le passé, essayé le système dont nous parlons, et force a été de l'abandonner bientôt en face du nombre *d'applicants* esclopés qui se précipitèrent à l'assaut des compagnies. Ou nous nous trompons fort, ou il devra en être de même à l'occasion de cette nouvelle tentative.

Le *Charivari* annonçait récemment le fait suivant, aux dernières nouvelles :

Une querelle a éclaté entre deux de nos médecins connus. On assure qu'un duel est résolu :—Ils se battront à l'ordonnance !

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

DESROCHES DR. J. I.—L'Hygiène dans l'Éducation.—Conférence faite devant l'Union Catholique de Montréal, le 15 mars 1891.

—Préceptes de l'Hygiène Scolaire, Montréal, 1891. 1 fascicule de 16 pp.

Onzième rapport annuel de l'hôpital Notre-Dame, Montréal, 1890-91.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Le nombre des médecins exerçant dans toute l'étendue du *Dominion* est actuellement de 4,190, d'après le Dr P. W. Powell, (*Montreal Medical Journal*). Ces 4,190 praticiens sont répartis comme suit :

Ontario	2,300
Québec.....	1,110
Nouveau-Brunswick	170
Nouvelle-Ecosse.....	300
Ile du Prince Edouard.....	60
Manitoba.....	140
Territoires du Nord-Ouest.....	50
Colombie Anglaise.....	60
	4,190

Les robes à la symphyse.—Sigault inventa, en 1777, la symphysiologie pour remplacer l'opération césarienne. Son heureux succès le rendit célèbre en un instant, et les femmes portèrent des robes, des rubans et même des coiffures à la symphyse.—*Intermédiaire des Chercheurs et des Curieux.*

Association des internes de l'Hôpital Notre-Dame.—Le troisième banquet annuel de l'Association des internes de l'Hôpital Notre-Dame, a eu lieu jeudi, le 5 novembre. Trente convives y ont pris part, parmi lesquels se trouvaient, outre les anciens internes, MM. les Drs Brosseau, Lamarche, Fafard, Foucher et Laviolette, tous chefs de service actuellement en exercice à l'Hôpital

Une opération princière.—On lit dans les journaux politiques que le prince Charles Théodore, duc de Bavière, qui est, comme on le sait, un oculiste distingué, a encore effectué une opération heureuse. Le patient était un mécanicien de Kaiserslautern, qui avait reçu dans l'œil un fragment d'acier. Une opération faite à Heidelberg n'ayant pas réussi, le mécanicien se rendit à Tegernsee, où il fut logé au château et rapidement guéri.

Les étudiants pauvres et leurs bienfaiteurs.—Une célèbre hanteuse d'opéra, Mme Wilt, de Vienne, qui avait gagné pendant sa carrière artistique une grosse fortune, a consacré, il y a quelques années, 100,000 florins à la création d'un fonds de secours pour les étudiants sans ressources de l'Université de Gratz, où elle habitait. Voilà un bel exemple à suivre. Il est vrai qu'elle vient de se suicider, à 60 ans, par désespoir d'amour pour un étudiant en philosophie. Voilà qui n'est pas à imiter, mais qui est aussi rare.

Crachats des phtisiques.—D'après le docteur Nuttall, chaque phtisique expectore de 250,000 à 4 milliards de bacilles par 24 heures. En prenant comme moyenne le chiffre de 1 milliard par jour, un phtisique expectore donc 365 milliards de bacilles par an. En estimant à 50,000 le nombre des phtisiques qui habitent Paris, on voit donc que le problème sanitaire suivant se pose devant les hygiénistes : détruire chaque année 50,000 fois 365 milliards de microbes tuberculeux. Et il n'est pas question des spores !—*Lyon médical.*

Drame médical.—M. le Dr Breton, médecin-major à Courbevoie, au 89^e, chevalier de la Légion d'honneur, a tué, cette semaine, M. Génisset, médecin dentiste à Paris, à la suite d'une série de circonstances dont la cause a été Mme Ribaud, dontiste diplômée de l'École dentaire de Paris. Le colonel du 89^e régiment, M. Burlin, a reçu du médecin-major Breton une lettre, datée de Paris, disant en substance : " Mon colonel, je remets entre vos mains mon épée. Je n'ai pas besoin de vous dire que je regrette l'acte que j'ai commis et auquel j'ai été poussé par des vexations intolérables ; je vous demande seulement quelques heures pour me recueillir et prendre conseil de ma conscience." Il semble, en effet, établi que le major Breton, sur lequel les meilleurs renseignements ont été recueillis, recevait depuis longtemps de Génisset des lettres de menaces et d'injures.

Civilisation et suicide.—D'après William Matthews, le nombre des suicides par an serait de 180,000. Ce chiffre irait en augmentant d'année en année. L'augmentation des cas de suicide serait en rapport direct avec la civilisation progressive. L'auteur a

établi une statistique d'après laquelle les habitants des montagnes n'attendent presque jamais à leurs jours et les habitants des pays marécageux très rarement. Par contre, les habitants des régions traversées par de grands fleuves fournissent le plus grand contingent. On observe le maximum des suicides au mois de juin et le minimum en décembre ; puis, c'est toujours les dix premiers jours du mois qu'on constate le plus grand nombre de suicides. Quant aux nations, ce sont les Allemands qui se suicident le plus et les Slaves le moins souvent. La France vient en 2^e et l'Angleterre en 3^e ligne.—*Bulletin médical.*

Les boules puantes.—Certains camelots vendent, sous le nom de *boules puantes*, des ampoules de verre remplies d'un liquide qui dégage une odeur repoussante lorsque l'ampoule est brisée. Ce sont ces ampoules qui ont été projetées par les coryphées du désordre, lors des premières représentations de *Lohengrin*, dans le but d'empester la salle de l'Opéra.

M. le Préfet de la Seine ayant consulté le conseil d'hygiène sur la question de savoir s'il y avait lieu d'en interdire la vente, cette assemblée a adopté les conclusions du rapport de M. Riche, que nous analyserons brièvement.

Les ampoules ont une contenance de 3 à 5 centimètres cubes ; le liquide qu'elles renferment est jaune et soluble dans l'eau ; traité par les acides, ce liquide donne un dépôt de soufre et un dégagement d'acide sulfhydrique ; chauffé avec la soude, il émet des vapeurs ammoniacales ; il précipite en noir par les sels d'argent, de plomb et de fer, et en blanc jaunâtre par les sels de zinc ; ce sont là les caractères du sulfhydrate d'ammoniaque.

En raison de la petite capacité des ampoules, le liquide qui s'échappe, lorsqu'elles sont brisées, n'offre guère de dangers d'intoxication ; mais, comme elles ne présentent aucune utilité et ne sont vendues que pour servir à de mauvaises plaisanteries, M. Riche estime qu'il y a lieu d'en interdire la vente.—*Lyon médical.*

Médecins morphinomanes.—Le *Mercredi médical* publie la note suivante : " Un drame de famille s'est déroulé hier à Nancy. Vers midi, M. Michel Lévy, âgé de soixante-dix ans, rentier, rue Montesquieu, à Nancy, s'affaiblissait sur le trottoir au moment où il sortait de sa maison ; il venait d'être atteint de deux coups de feu dans le bas-ventre ; la mort fut immédiate. Les voisins arrêtaient aussitôt le meurtrier, Louis Lévy, âgé de trente-trois ans, docteur en médecine à Metz, neveu de la victime. Louis Lévy, à bout de ressources, était venu demander un secours à son oncle, qui refusa. C'est alors qu'il tira sur lui deux coups de revolver. Mme Lévy, accourant au bruit de la détonation, son neveu la mit en joue, mais le coup, heureusement, rata. Louis Lévy avala ensuite le contenu d'un paquet de morphine ; mais, dans sa préci-

pitation, il n'en prit qu'une faible partie. On croit que le meurtrier est un morphinomane. Il déclare ne rien se rappeler." Ce n'est pas la première fois que, depuis assez peu de temps, on parle de médecins morphinomanes. On se souvient du fameux procès Wladimiroff-Dida, Mme Dida était la veuve d'un médecin morphinomane qui avait jugé bon de faire participer sa femme à son intoxication, pour la rendre peu ardente, a-t-on dit, parce que lui-même avait de la frigidité. Quelques semaines plus tard se déroulait devant les tribunaux un procès en adultère où les coupables étaient un médecin morphinomane et la femme d'un pharmacien, rendue morphinomaue. Il paraît, d'ailleurs, que la morphinomanie à deux n'est pas très rare. À ce propos, rappelons un fait signalé il y a quelques jours par l'*Union médicale* : un mari voulant plaider en divorce, rendit exprès sa femme morphinomane et de là tira argument pour faire prononcer un jugement contre elle."

Le lit à deux.—Un argument pour les ménages qui aiment à faire chambre à part. C'est *The Lancet* qui le leur fournit. " Rien, dit ce journal, ne détraque autant le système nerveux d'une personne qui élimine de la force nerveuse, comme de coucher toute une nuit avec une autre personne, qui absorbe cette même force nerveuse. Celle-ci dormira profondément toute la nuit et se lèvera le matin allègre et bien reposée, tandis que l'autre passera une nuit abominable et se réveillera sans forces, découragée, abattue, bourruée et irritable. Deux personnes ne devraient jamais dormir ensemble d'une manière habituelle. L'une gagne ce que l'autre perd. C'est la loi."

On se demande où *The Lancet* a découvert cette loi, et à quoi se reconnaissent les personnes qui éliminent et celles qui absorbent de la force nerveuse ? Il y a bien quelque chose d'analogue dans l'histoire du roi David, à qui les médecins de l'époque conseillèrent de mettre dans sa couche une " jeunesse " pour reconforter ses forces défaillantes. Mais ce fait manque d'autorité scientifique.

Cependant, un autre journal, non moins sérieux que *The Lancet*, les *Annals of Hygiene*, partage l'opinion du journal. " Un grand nombre, dit-il, des malaises nerveux dont on se plaint souvent le matin au lever sont dus à l'habitude de coucher à deux. Il se fait pendant la nuit des échanges électriques entre les organismes en présence, et la répartition inégale de ces forces électriques dégagées finit par amener des résultats fâcheux."

À la bonne heure ! Et voilà peut-être l'explication de bien des brouilles domestiques et de ruptures conjugales, l'incompatibilité nocturne électrique ! Et quelle belle cause à plaider pour les avocats de divorce : la puissance absorbante de madame épuisant les courants électriques de monsieur !—*La médecine moderne.*

Les veuves des médecins.—O. Montprofit, qui sous le pseudonyme de Tabar écrit à l'*Echo de Paris*, contaît récemment une navrante histoire, dont nous extrayons les quelques lignes qui suivent :

..... Le long d'une mare, je rencontre tous les matins une vieille femme, d'aspect minable en son vêtement sordide. Elle a un panier où elle a placé quatre maigres bouquets de genêts qu'elle ne vend jamais... La marchande de bouquets pleura abondamment et me répondit : " J'ai été la femme d'un médecin. J'ai eu chevaux et voitures. Mon mari a été fou pendant douze ans. Deux enfants que j'ai, une fille mariée et un fils, m'ont tout pris. Je n'ai plus rien. Mes enfants refusent de me nourrir. Mon bon ami, voici pour vous prouver que je dis vrai." Ce disant, ma vieille infortunée tira péniblement de sa poche un gros paquet de papiers froissés, usés, dé-honorés dans le long contact des hardes fripées. L'acte de naissance, l'acte de mariage, l'extrait mortuaire du mari, des suppliques au maire de V..., tout y était de la triste vie de la pauvre mendicante... " Si j'avais un habillement propre, me disait ma marchande de bouquets, je ferais le voyage de Paris et m'irais jeter aux pieds de Mme C..., Mon défunt mari a soigné dans le temps le père de M. C., qui avait de l'amitié pour lui. On dit que Mme C... est secourable à ceux qui souffrent. Mais Paris est si loin, et avec mes loques ! "

Je n'ose pas, moi, écrire le nom des personnes dont me parlait ma vieille amie. Ce sont les personnes les plus illustres, les premières, qui soient en France. L'indiscrétion servirait mal, peut-être, les souhaits de ma commisération. Mais que voilà donc un roman cruel !

La lettre C... désignerait-elle le premier magistrat de la République ? En tous cas, nous n'avons pas cru devoir laisser passer, sans le signaler à nos confrères, l'article de notre ami.

La profession médicale au Japon.—Dans un de ses derniers numéros, le *Sei-I-Kwai Medical Journal* contient un article intéressant sur l'état actuel de la profession médicale au Japon, article dans lequel nous voyons que nos confrères de ces îles lointaines ne se sont pas laissés distancer dans leurs efforts par leurs concitoyens s'intéressant à d'autres branches.

Il existe quatre classes dans les écoles : 1o le *Kampô-ka* ou école chinoise ; 2o le *Kawran settô-ka* ou école hollando-(germano-) chinoise ; 3o *Seijo-ka* ou école européenne ; 4o *Senmon-ka* ou école de spécialistes.

Les médecins chinois comprennent peut-être la moitié du nombre total des praticiens de l'Empire, mais leur nombre diminue rapidement depuis la promulgation de la nouvelle loi. La plupart appartiennent à la vieille génération ; quelques-uns seulement ont moins de 50 ans. Ils sont profondément ignorants ; leurs médica-

ments consistent en herbes et en racines de végétaux qu'ils ordonnent toujours sous forme de décoction; ils n'emploient que rarement quelques préparations minérales.

L'École hollando-chinoise compte environ 10,000 membres, la moitié de l'École chinoise. Comme pour les premiers, la plupart de leurs connaissances sont empruntées aux vieux traités chinois, mais ils les ont complétés par la lecture de quelques autres vieux ouvrages qui ont été traduits. Ils recourent aux mêmes médicaments que les praticiens chinois, mais ils emploient en outre des agents des pharmacopées européennes, tels que le calomel, l'opium, le fer, la soude, l'assa foetida, l'aloës, la santonine, etc. Ils ont des vues très larges et ils encouragent les progrès faits par la médecine d'Europe qu'ils ne savent pas suivre, mais qu'ils cherchent à faire répandre parmi la jeune génération. Il en est quelques-uns qui se sont mis au courant des acquisitions de la médecine moderne et qui comptent parmi les praticiens savants et distingués.

L'École européenne compte environ 5000 membres; celle-ci s'accroît constamment. Elle est constituée par les praticiens qui ont été étudier à l'étranger ou qui ont fait des études complètes dans les écoles indigènes soumises à l'inspection gouvernementale. Ceux-ci occupent les chaires des Universités et des différents Collèges médicaux ainsi que les principales positions publiques et privées.

La quatrième classe est formée par les spécialistes. Quelques-uns ont une science toute moderne et professent soit l'obstétrique, soit l'ophtalmologie, soit une autre branche.

Les médecins praticiens de la nouvelle école japonaise constituent une classe d'hommes supérieurs; ils sont intelligents, énergiques et enthousiastes. Ils ont fondé des Sociétés Médicales et des journaux médicaux et ont même créé une Association Médicale nationale, dont la première réunion a eu lieu en avril 1890. Ils se rendent de plus en plus indépendants de l'étranger au point de vue du recrutement du corps médical.—*Medical Record.*

Mariage.

LERICHE-MAINVILLE.—A Montréal, le 23 novembre 1891, par M. l'abbé Troie, M. le Dr L. E. LeRiche, à Mademoiselle Marie-Rose-Anna Mainville.

VARIÉTÉS.

Déontologie médicale.

Leçon de M. le professeur EUGÈNE HUBERT.

Ce que le médecin doit aux malades. (1)

La question des honoraires.

Peut-on se baser, pour la fixation des prix, sur la nature du service rendu ?—Pas absolument, car si le malade à qui vous avez sauvé la vie vous devait tout, les héritiers de celui que vous n'avez pu empêcher de mourir ne vous devraient rien.

Sur la nature de la maladie ?—Les risques de contagion ne peuvent s'estimer, et rançonner les individus atteints d'affections honteuses sous prétexte qu'ils n'oseront pas crier, serait un chantage et une exploitation indignes d'un honnête homme !

Sur la fortune du client ?—Mais alors les Rothschild devraient payer 100,000 écus la visite qu'un petit rentier paie cent sous. Sans doute il faut tenir compte de la situation pécuniaire des clients et il est équitable de les ranger en quelques catégories, de faire payer en plus aux très riches ce que l'on demande en moins aux besoigneux. Rappelez-vous cependant qu'obliger les premiers à payer pour les seconds, c'est les obliger à une charité forcée... et qu'en ayant l'air de leur demander pour les pauvres, c'est pour vous que vous demandez !

Sur la réputation du médecin ?—On ne s'attend pas sans doute, en consultant certaines célébrités, à être traité dans les prix doux. Elles peuvent alléguer, comme circonstances atténuantes, qu'elles ont leur temps à défendre, qu'à se déplacer elles négligent d'autres besognes lucratives, et que les premiers ténors n'émargent pas comme les choristes. Tout cela est vrai, mais cela justifie-t-il les prétentions exorbitantes ressemblant à des extorsions ?

Le prix doit être en rapport avec la marchandise.

“ Je comprends, dit M. Dechambre, le haut prix demandé pour une œuvre d'art qui sera signée d'un nom célèbre. Ce que j'achète a un corps, une valeur appréciable, et c'est à mes risques et périls que je conclus le marché. Mais si je commandais à ce grand artiste un tableau à de dures conditions et qu'il m'apportât un barbouillage, je me croirais parfaitement autorisé à ne pas lui

(1) Suite. Voir la livraison de novem bre.

verser la somme convenue et le tribunal éclairé par des experts me donnerait raison.”

S'il convient de placer dans les plateaux de la balance et la célébrité du médecin, et la nature du mal, et l'importance du service rendu, et la position sociale du client, tous ces éléments réunis cependant ne fournissent pas le chiffre que votre probité a à fixer... et c'est le moment d'appeler le joueur de flûte à votre secours.

Ne vous faites jamais citer parmi les rapaces ou les exploités qui amènent la ruine après la maladie; ne guérissez pas en ruinant et laissez la formule: “la bourse ou la vie!” aux opérateurs de grand chemin. Qui prend trop, prend plus que le sien..., et le bien d'autrui, il est défendu de se l'approprier injustement.

Si la rapine est odieuse, l'excès de générosité est une duperie: le donquichottisme n'est plus de cette fin de siècle. *Ne quid nimis*; ni trop ni trop peu: *In medio virtus... medium tenere... honesti!*

Ne faites pas de médecine au rabais: ce serait vous déconsidérer vous mêmes aux yeux de vos clients et de vos confrères. Faites de meilleure médecine qu'eux, si vous pouvez, mais ne faites pas de la médecine à meilleur marché!

Quant à la médecine gratuite, oh! celle-là, faites-en tant que vous voudrez: elle ne peut ruiner que vous et cela ne regarde personne!

Le médecin doit tâcher de vivre en bonne harmonie avec le pharmacien et n'entrer avec lui—comme dirait M. Frère-Orban—ni en *collision* ni en *collusion*: la collision des deux puissances serait fâcheuse pour leurs intérêts; la collusion pour leur bonne renommée. Ne poussez jamais vos malades dans une officine déterminée, d'où vous reviendraient en reconnaissance les recommandations, des cadeaux ou seulement des primeurs. Quant à toucher des tantièmes sur les fournitures prescrites, est-il besoin de faire remarquer que c'est un tripotage dont le public paie les frais et qui serait aussitôt flétri que connu?

Le praticien peut-il vendre des médicaments?—S'il doit laisser les panacées et les remèdes secrets aux marchands d'orviétan, je ne puis admettre que la loi lui interdise d'avoir, pour des cas urgents, des médicaments en poche et, les ayant employés, de se les faire rembourser.

Au sortir de l'Université, j'ai remplacé quelques jours, dans un village voisin de Bruxelles, un camarade d'études malade qui tenait sa pharmacie lui même. Avant de me lâcher sur sa clientèle, il m'avait fait deux recommandations: Pour certains cas chroniques, changer la couleur du sirop... *ut videar aliquid fecisse!*—pour tous les malades indistinctement, prescrire quelque chose, poudre, potion ou pilule. Et comme je m'étonnais, il me dit à l'oreille: “C'est bien simple: la visite se paie 50 centimes et le médicament 1 fr. 50!” Il avait trouvé ces usages établis de temps immémorial, et là

droguerie était pour lui le seul moyen de procurer à sa médecine une rémunération convenable.

Le médecin peut-il entreprendre une cure à forfait?—A la rigueur oui, bien que le mot *forfait* répugne; mais, à moins qu'il ne s'agisse d'un abonnement de bureau de bienfaisance ou d'usine, je vous conseille de ne pas trop vous laisser lier les bras par des contrats.

Il y a quelques années, un chirurgien allemand, récemment établi dans le pays, a posé un fait dont il a été beaucoup parlé. Il s'agissait d'un homme très riche, atteint d'un cancer des intestins; il lui tint à peu près ce langage: "Vous êtes certainement perdu à courte échéance; il n'est pas impossible qu'une résection hardie vous guérisse, mais il se peut aussi qu'elle vous tue. Si l'essai tourne mal, il fera grand bruit et nuira beaucoup à ma réputation, de sorte que pour l'entreprendre, j'exige 35,000 fr." Et comme il ajoutait aussi: "Si vous voulez entrer dans mon service d'hôpital, je vous opérerai pour rien" je ne trouve pas trop à blâmer dans l'affaire.

Le malade resta dans l'opération... mais il avait consenti librement le contrat dont il connaissait les alicés et les clauses.

Dans la plupart des villes les médecins se sont entendus pour établir un tarif qui évite beaucoup de difficultés et auquel il convient de se tenir, parce qu'il donne, sinon une moyenne absolument juste, du moins les prix usuels et acceptés.

Ces tarifs varient selon les localités, et sont basés sur l'état de la fortune du client et la nature du service qui lui est rendu.

Dans quelques villes il existe ce qu'on appelle—par opposition sans doute aux *livres d'or*—le *livre noir*, sur lequel sont inscrits les noms de certains clients mis à l'index pour leurs mauvais procédés. J'éprouve pour cette institution, dont la convenance ne m'est pas démontrée, plus de répugnance instinctive que d'enthousiasme.

Les Chinois, ai-je lu quelque part, paient régulièrement leur médecin aussi longtemps qu'ils restent bien portants; aussitôt qu'ils tombent malades le paiement de la redevance convenue est suspendu.

Ce mécanisme, ingénieux comme celui des sociétés d'assurance sur la vie, n'est pas aussi *chinois* qu'il pourrait le paraître à première vue, et, voyez, tout le monde y trouve son compte! Le médecin a intérêt: 1o à ce que ses clients ne soient jamais malades; —ce qui l'oblige à leur prêcher l'hygiène et à faire de la médecine préventive... c'est-à-dire la meilleure de toutes! 2o à ce que le malade soit promptement rétabli, afin que les appointements reprennent au plus tôt leur cours normal. Mais peut-être en sera-t-il de cet usage comme de la boussole, que les Chinois ont trouvée plusieurs siècles avant nous.

A Londres, le médecin trouve sur la cheminée le prix de deux visites lors de sa première visite, et le prix d'une seule, aux visites

suivantes. Le jour où il ne trouve plus rien, c'est qu'on ne s'attend plus à le revoir.

“ De cette manière, dit Dechambre, il n'y aurait plus lieu à contestation, et le praticien pauvre, obligé quelquefois de vivre au jour le jour, pour qui un retard de paiement équivaut à une *avance de fonds*, rentrerait dans les conditions habituelles des autres professions. On doit seulement se demander si chez nous un pareil usage n'aurait pas pour résultat de diminuer sensiblement le nombre des visites. On est toujours mieux disposé à une dépense future qu'à une dépense actuelle, dont les moyens d'ailleurs peuvent faire défaut.”

Je n'aime pas beaucoup cette mode anglaise qui oblige le médecin à fureter sur les meubles et, si elle le dispense de tenir des livres et lui procure de l'argent comptant, ces avantages ne me paraissent pas suffisamment compensés par ces deux inconvénients assez graves que le malade taxe lui-même les visites et juge seul du moment où elles peuvent cesser.

Chez nous il est d'usage d'envoyer sa note d'honoraires au bout de l'an. Ne commettez jamais l'erreur de laisser passer les années : vous arriveriez à des chiffres si gros que vous n'oseriez plus les envoyer.

“ Ne souffrez pas, a dit l'auteur de la *médecine du cœur*, que la reconnaissance s'accumule en longues dettes : ainsi que la mémoire elle s'use par les années.”

Votre comptabilité doit toujours être très exactement tenue, car, si vous ne devez pas envoyer des comptes détaillés, comme M. Fleurant, vous devez au moins toujours être à même de les justifier vis à vis du client qui réclame et devant les juges.

La plupart des médecins inscrivent sur un carnet les visites qu'ils ont à faire dans la journée ; il vous arrivera souvent de voir de ces listes ; les très longues, surtout, s'étalent complaisamment.

En rentrant il est bon de reporter chaque soir le *Journal* au *Grand livre*, en notant à côté de chaque visite la particularité qui pourrait en faire varier le prix. Vous aurez ainsi toujours vos comptes en règle et vous éviterez les erreurs en trop, qui feraient suspecter votre probité, comme les erreurs en trop peu, contre lesquelles on protestera moins souvent. Quelques praticiens laissent volontiers l'ennui du *Grand livre* à leur femme. Je crois qu'ils ont tort : le nez de Madame, quelque discret fût il, est aussi déplacé dans le registre aux visites, que le nez de Monsieur dans le livre de cuisine. *Cuique suum*, à chacun ses recettes et son département.

Quand faut-il envoyer vos comptes ?

À qui vous les demande, tout de suite. C'est un client ou qui veut se mettre en règle vis-à-vis de vous avant de vous quitter—ou qui a ses raisons pour vouloir s'acquitter en ce moment et qu'il ne faut pas faire attendre, puisqu'il est bien disposé, et que plus

tard il pourrait vous répondre : " il fallait venir quand je l'ai demandé ! "

En général, c'est dans la première quinzaine de janvier que s'en-voient les notes : elles n'ont à cette époque rien d'inattendu dont les susceptibilités les plus irritables puissent se froisser, et témoignent simplement que vous avez de l'ordre. A qui ne répond pas à cet appel de fonds régulier, il est permis d'en adresser un second en juillet, et même un troisième au nouvel an suivant, pour ne pas laisser s'établir de prescription.—On peut même, pour cette troisième sommation, avertir que, sauf avis contraire, on fera toucher les arriérés par la poste. Le client qui se fait ainsi tirer l'or ille a fait montre de trop de négligence ou de mauvais vouloir pour avoir le droit de se formaliser du mode de recouvrement employé.

Devez-vous attirer les récalcitrants en justice ?—Vous le pouvez, sans doute, mais je vous engage à ne mettre aucun empressement à appeler Thémis au secours d'Esculape. C'est frayeux et, même lorsque les juges ne vous jouent pas le tour de réduire ridiculement vos honoraires, c'est toujours désagréable et fâcheux. Au barreau de Paris, il est dans les usages que les avocats ne poursuivent pas leur client en paiement d'honoraires : la dette passe ainsi au rang des dettes d'honneur. A moins que votre amour-propre ne soit engagé ou que le mauvais payeur n'attaque votre réputation, plutôt que de plaider, classez la créance rebelle dans la colonne des pertes... et n'y pensez plus.

Ne vous laissez pas marchander : céder serait ou reconnaître que vous avez demandé trop, ou livrer au rabais—or, les bonnes maisons sont à *prix fixe*.

Cela ne veut pas dire qu'il ne faille jamais se laisser apitoyer par certaines infortunes méconnues, plus nombreuses qu'on ne le pense. A en juger sur les apparences, on s'est trompé : la propreté et l'ordre de la maison n'indiquaient pas l'aisance mais masquaient le dénuement. Dans ces conditions, le rabais accordé devient une rectification ou une charité.—(A suivre).

* * *

Très farceur, le docteur X... Sa gaieté va même parfois jusqu'au cynisme.

—Docteur, lui demandait quelqu'un, est-ce que vous chassez ?

—Oui, à Paris.

* * *

Consultation :

—Docteur, je crains d'être dans une situation intéressante.

—Comment cela ?

—J'ai des envies folles.

—Des envies ?

—Oui..... d'être veuve.

TABLE DES MATIÈRES.

- Abcès froids, traitement des, 169.
Abus de charité, 269.
Accouchées, soins à donner aux nouvelles, 539.
Accouchement provoqué, technique de l', 594.
Acétourie et diacéturie, 630.
Acide borique, dans la tuberculose, 45; en solution concentrée, 102; contre la furonculose, 650.
Acide osmique, en inhalation dans la tuberculose pulmonaire, 374.
Acné, formule contre l', 652.
Adénite périphérique comme signe de tuberculose, 208.
Albuminurie chez les jeunes enfants, 371.
Alcooliques, descendance des, 182.
Alcoolisme chronique tendant à la démence, 182.
Alopécie, traitement, 605.
Amblyopies toxiques, traitement des, 349.
Aménorrhée, traitement, 441.
Amygdalite, 350.
Anémie, état du cœur dans l', 141.
Anesthésie par l'éther phéniqué, 291.
Anesthésique local, 48.
Annexes, leur ablation chez les femmes nerveuses, 201; parallèle entre les traitements des maladies chroniques des, 202.
Antipyrétiques dans les affections infantiles, 210.
Antipyrine, dans la chorée, 323; contre les contractures utérines, 645.
Antisepsie, par l'eau oxygénée, 17; des nouvelles accouchées, 539.
Argent, traitement de l'ozène par le nitrate d', 641.
Aristol, traitement de la tuberculose par l', 494; et collodion, 160.
Arthrite rhumatoïde, traitement, 652.
Arthritisme et la tuberculose pulmonaire, rapports entre l', 538.
Arthropathies syphilitiques, 192.
Asepsie et antisepsie en obstétrique et en gynécologie, 232.
Association des internes de l'hôpital Notre-Dame, 620, 656.
Association médicale du Canada, 445.
Association médico-chirurgicale de Saint-Hyacinthe, 127, 239.
Association de secours mutuels, 176.
Assurances sur la vie, analyse des urines dans les examens pour, 217; l'examen médical des compagnies d', 655.
Asthme, des affections du nez comme causes fréquentes de l', 584; traitement de l', 379, 653; essentiel chez les enfants, 315.
Autographisme, l', 336.
Avortement provoqué dans un cas de néphrite, 311.
Avortements réitérés, 259.
Bains tièdes dans l'entéro-colite aiguë des jeunes enfants, 370.
BISSENETTE, Dr Arthur O.—De la thoracentèse, 172.—Petites notes médicales, 345.
Blennorrhagie, salol dans la, 215; déterminations cutanées de la, 361.
BOISLEUX, Dr Ch.—Asepsie et antisepsie en obstétrique et en gynécologie, 232.
Broncho-pneumonie des enfants, traitement, 604.
Bright, les épistaxis dans le mal de, 592.
Brûlures, des, 31.
Bulletin bibliographique, 53, 111, 164, 220, 272, 329, 384, 444, 499, 557, 608, 656.

- Bureau provincial de médecine, 328, 380, 547.
- Caféine, action physiologique et thérapeutique, 375 ; en injections sous-cutanées dans l'hémorragie puerpérale, 102.
- Calcul vésical, étude clinique d'un, 416.
- Calculs hépatiques, moyens de les expulser, 142.
- Calvitie, traitement, 379.
- Camphre, en injections sous-cutanées, 372.
- Cancer, traitement du, 48.
- Carter's little liver pills*, 160.
- Cautérisation épidermique ponctuée, la, 483.
- Cellulites pelviennes, 367.
- Céphalalgie, traitement de la, 104.
- Céphalées dans l'enfance, 319.
- Chaleur, pathogénie et traitement du coup de, 533.
- Chancre simple, traitement du, 46, 154, 156, 213.
- Charlatanisme, 442, 497.
- CHÉVRIER, Dr R.—Notes d'obstétrique et de gynécologie, 11, 70, 229.—Étiologie et pathogénie des déviations utérines, 121.—Amputation sous-vaginale du col, 281.—Contribution à l'étude du traitement électrique des fibro-myômes utérins par la méthode Apostoli, 505, 561.
- Chlorate de potasse, en lavements dans la colite glaireuse, 375.
- Chloroforme, en inhalations dans la phthisie pulmonaire, 375.
- Chlorose, diagnostic de la, 135, 183.
- Chlorure de zinc contre la sueur des pieds, 265, 324.
- Chorée, antipyrine dans la, 323 ; des femmes enceintes, 644.
- Chronique et nouvelles scientifiques, 55, 111, 165, 221, 272, 329, 384, 444, 499, 558, 610, 656.
- Cirrhose hépatique d'origine alcoolique, période prodromique de la, 534.
- Cocaïne, de l'anesthésie locale par la, 1 ; en obstétrique, 323.
- Cœur, son état dans l'anémie, 141.
- Coliques chez les enfants, formule contre les, 325.
- Colite, 22 ; glaireuse, traitement de la, 103 ; traitement par les lavements de chlorate de potasse, 375.
- Coma diabétique, traitement du, 651.
- Constipation, régime dans la, 77 ; traitement de la, 216.
- Contusion du poumon, traitement, 253.
- Coqueluche, traitement de la, 216, 378, 441.
- Cors, traitement des, 160.
- Créoline, traitement des chancres mous par la, 46.
- Créosote en injection, sous-cutanée dans la phthisie, 266 ; son administration en lavements, 492.
- Curettage de l'utérus, du, 363 ; après l'accouchement et l'avortement, 364.
- Cystite chez les diabétiques, 83.
- Cystocèle vaginale, traitement de la, 312.
- Dacryocystite, étiologie de la, 449.
- Délire alcoolique, ses modes de terminaison, 183.
- Délivrance, de la, 428.
- Dentition douloureuse, traitement, 441.
- Déontologie médicale, 168, 224, 277, 335, 338, 559, 615, 662.
- Dépopulation en France, la, 330.
- Désinfectant, 268.
- Désinfection des organes génitaux externes chez les accouchées, abus de la, 256.
- DESROCHES, Dr J. I. — A propos de statistiques, 528.
- Déviations utérines ; étiologie et pathogénie, 121.
- Diabète, traité par le jambou, 214 ; contagion du, 251 ; sulfonal contre le, 324 ; chez l'enfant, 649 ; associé à la cystite, 83.
- Diacéturie et acétonurie, 630.
- Diarrhée, accompagnée d'obstruction intestinale et de rétention d'urine, 393 ; tuberculeuse, son traitement, 496.

- Digitale, à hautes doses dans la pneumonie, 373.
- Diphthérie, prophylaxie de la, 163 ; traitement de la, 441.
- DUPLAY et RECLUS.—*Traité de chirurgie*, 133.
- Dysenterie, traitement de la, 212, 496.
- Dysménorrhée, traitement de la, 48.
- Dyspepsie, traitement, 605 ; flatulente, traitement, 378.
- Eau oxygénée, 47.
- Eclampsie, puerpérale, 620 ; et épilepsie, 261.
- Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, 331, 386, 501, 558.
- Eczéma, traitement, 325, 379, 496, 652 ; infantile, traitement, 96, 378 ; vulvaire, traitement, 96.
- Emmet (opération d'), 43.
- Endocardite puerpérale droite, et ses complications pulmonaires, 310.
- Endométrite, chronique, traitement de l', 434 ; d'origine puerpérale, fréquence de l', 595.
- Entéro-colite aiguë des jeunes enfants, les bains tièdes dans l', 370.
- Entéroptose et rein flottant, 75, 140.
- Epaules, tête première, dégagement des, 543.
- Ephélides, traitement des, 268.
- Epilepsie et éclampsie, 261.
- Epistaxis dans le mal de Bright, 592.
- Epithélioma bénin de la face, 194.
- Eschares occipitales chez les jeunes enfants, 370.
- Ether, comme véhicule des médicaments externes, 650 ; phéniqué, anesthésie par l', 291.
- Euphorine, comme analgésique, l', 377.
- Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, 51, 222, 386, 501, 558.
- Fécondation de la femme, époque de la, 543.
- Femmes-pharmaciennes en Russie, les, 440.
- Fer le perchlorure dans le chancre mou, 213.
- Fétidité de l'haleine, traitement, 605.
- Fièvre typhoïde, perforations intestinales dans la, 623.
- Fibrômes utérins, 87, 158, 159.
- Fibro-myômes utérins, leur traitement électrique par la méthode Apostoli, 505, 561.
- Fistules à l'anus dans la phthisie, de l'opération des, 253.
- Flatulence, traitement, 546.
- Fœtus, influence psychique exercée par la mère sur le, 643.
- Foie, tuberculose du, 23, 78 ; hypertrophie, traitement, 546.
- Forceps, règles générales de son application, 87.
- FOUCHER, Dr A. A.—Contribution à l'étiologie de la dacryocystite, 449. —Du glaucôme, 57, 114.
- Furonculose, traitée par l'acide borique intus et extra, 650.
- Gangrène, ses formes chez l'enfant, 646.
- Gargarismes, méthode et limite d'action, les, 491.
- Gastralgie, 587.
- Gastrite chronique, 587.
- Gastrostomie, de la, 65.
- Genu-valgum et son traitement, 352.
- Glaucome, du, 57, 114.
- Glycérine iodée contre les affections hémorrhoidales, 490.
- Glycosurie, traitement de la, 486.
- Goître exophtalmique, traitement du, 138.
- Goutte, traitement de la, 100, 216, 605, 653.
- Grippe, traitement, 546.
- Grossesse, affections dentaires pendant la, 257 ; gémellaire, diagnostic, 366 ; tubaire, diagnostic et traitement, 43.
- Gynécologie et ses rapports avec la pratique générale de la médecine, 13.
- Haleine fétide, formule contre l', 104.
- Hémicranie, traitement de l', 216.

- Hémiplégie dans quelques affections nerveuses, de l', 625.
- Hémoptisie, formule contre, 325.
- Hémorrhagies, en obstétrique et gynécologie, sources et traitement de quelques, 199 ; après la délivrance, traitement, 255 ; intestinales chez les nouveau-nés, 205 ; intestinales et gastriques dans les altérations hépatiques, 77.
- Hémorrhoides, traitem. des, 157, 268.
- Herpès, traitement de l', 325.
- Honoraires, question, d', 622.
- Hydrocèle, traitement de l', 225.
- Hystérie, comment il faut rechercher l', 404 ; infantile, à forme convulsive, 91 ; sénile, tableau clinique de l', 26.
- Ictères graves, traités par la térébenthine, 264.
- Ichthyol dans les affections utérines, de l', 545.
- Incontinence d'urine chez les enfants, les jeunes filles et les femmes, 84.
- Indications thérapeutiques chez l'enfant, les grandes, 600.
- Inertie utérine traitée par l'ipeca, 323.
- Infection purulente spontanée, 20.
- Inflammations syphilitiques des doigts et des orteils, 194.
- "Institut Pasteur" de N. Y., l', 219.
- Intertrigo, traitement, 496.
- Iodol, dans la syphilis, 46.
- Ipecacuanha contre l'inertie utérine, 323 ; dans le travail, 374.
- Jambul dans le diabète, 214.
- Koch, la méthode de, 49, 105.
- Kochine, action révélatrice de la, 110.
- Kystes hydatiques du foie, traitement des, 472.
- LACHAPELLE, Dr S.—Noma, 62.
- Langue, lésions syphilitiques secondaires de la, 35.
- LARAMÉE, Dr J. A.—Du scorbut, 113.
- Lavement purgatif, 652.
- LAVIOLETTE, Dr C.—Des affections du nez comme causes fréquentes de l'asthme, 584.
- Laxatif pour les enfants, 104.
- LIPPÉ, Dr J.—Association de secours mutuels, 176.
- Loi médicale, amendements à la, 606.
- Louis XVII, le cœur de, 614.
- Luxation ischio-iliaque primitive, 640.
- Luxations de l'épaule compliquées de fractions de l'humérus, 191.
- Lymphé de Koch, la, 275.
- Maillot, suppression du, 313.
- Main, physiologie de la, 127.
- Médecine au 20e siècle, la, 332.
- Menthol dans les maladies de l'oreille, 214.
- MERCIER, Dr O. F.—De la gastrotomie, 65.—Bibliographie du *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, 133.—Du traitement des abcès froids, 169.—Du traitement de l'hydrocèle, 225.—Traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale préliminaire, 337 ; Traitement des kystes hydatiques du foie, 472 ; Abcès chronique du sein, 617.
- Métrorrhagie, traitement de la, 325, 379.
- Monstres, des, 447, 503.
- Morphine, administration par voie nasale, 266.
- Morphinomanie à deux, 1.
- Mortalité des enfants hérea. syphilitiques, 212.
- Myosites et cellulites pelviennes, 367.
- Naphtaline comme vermifuge et tœnifuge, la, 376.
- Néoplasmes, leur traitement par des injections de matières colorantes, 251.
- Néphrite artérielle, de la, 243.
- Néphrites partielles, des, 348.
- Nez, ses maladies comme causes fréquentes de l'asthme, 584.
- Noma, 62.
- Notes médicales, 345.
- Nouveautés thérapeutiques, 161.
- Obésité, traitement hygiénique de l', 534.
- Obstétrique et de gynécologie, notes d', 11, 70.
- Œdème bleu des hystériques, 627.

- Orchite, traitement par la réfrigération, 360.
- Oreille, menthol dans les maladies de l', 214.
- Otalgie, traitement, 605.
- Ovaire, kyste de l', 621.
- Oxyures vermiculaires, traitement, 266, 325, 379.
- Ozène, traitement par le nitrate d'argent, 641.
- PALARDY, Dr M. J.—Physiologie de la main, 127.—Singulier cas d'hémorragie interne avant l'accouchement, 239.—Singulier cas de la diarrhée accompagnée d'obstruction intestinale et de rétention d'urine, 393.
- Palpitations, valeur séméiologique et traitement des, 186.
- Paralyse infantile, traitem de la, 263
- Paralysies faciales, des, 409.
- Pâte antiseptique, 48.
- Perforations intestinales dans la fièvre typhoïde, 623.
- Périnée, formule contre la rigidité du, 652.
- Péritonite tuberculeuse, traitement chirurgical, 189.
- Perte de connaissance, ses variétés, 144.
- Pharmaciens, la pratique de la médecine par les, 327.
- Pharyngite chronique, traitem. 653.
- Phénidine, 215.
- Phtisie, traitement par les inhalations de chloroforme, 375.
- Pied-bot, 73.
- Pilule purgative, 652.
- Pityriasis, traitement des, 268.
- Plaies traumatiques, traitement antiseptique des, 420.
- Pleurésie de l'enfance, traitem. 369; purulente chez les enfants, 439.
- Pleurésies, latentes et secondaires, 177; pulsatiles, 597
tonie traitee par la digitale à es doses, 373.
du nez, procédé simple et e d'extraction, 254.
- rie dans la sciatique, de la, 629.
- Potion expectorante, 242.
- Poumon, de la résection du sommet du, 355.
- Prurit, traitement du, 160, 268, 379.
- Pseudo-alopécie chez les jeunes enfants, 370.
- Psychose nicotinique, de la, 347.
- Pyosalpingite, traitement par la dilatation de l'utérus, 201.
- Quinine, la synthèse de la, 326.
- Rachitisme et traitement phosphoré, 639.
- RECLUS.—De l'anesthésie locale par la cocaïne, 1.
- Rectum, chute du, 642.
- Réfrigération dans le traitement de l'orchite, de la, 360.
- Régime des gens constipés, 77.
- Rein, incisions du parenchyme du, 39, 149; flottant, 75, 140.
- Requiescât, 271.
- Révulsion, 97.
- Rhubarbe, contre les oxyures vermiculaires, 266.
- Rhumatisme, aigu, traitement, 379, 653; musculaire et son traitement, 399; blennorrhagique, traitement, 492.
- Rhumes, traitement des, 48, 264.
- Rigidité syphilitique du col utérin, 260.
- Robes longues et robes courtes, 440.
- Saignée, indications de la, 213.
- Salicylate de soude dans le traitement des rhumes, 264.
- Salol, son action sur les reins, 103; dans la blennorrhagie, 215.
- Salpingite blennorrhagique, 85.
- Salpingites suppurées, traitem. 312.
- Sciatique, traitement de la, 104.
- Scorbut, du, 113.
- Séborrhée du cuir chevelu, 546.
- Sein, abcès chronique du, 617.
- Sel d'Epsom dans la dysenterie aiguë, 212.
- Simulo, son emploi contre l'ovosalpingite, 96.
- Sinus du nez, diagnostic et traitement des, 80.
- SMITH, Dr Laphorn.—La gynécologie et ses rapports avec la pratique générale de la médecine, 15.
- Société médico-chirurgicale du district d'Iberville et des comtés voisins, 73.
- Son, élevage dans le, 312.
- Splénomégalie primitive, 351.

- Statistique, à propos de, 396, 528.
 St GERMAIN, Dr J. H. L.—A propos de statistique, 396.
 Sudamina sont-ils un phénomène banal, les, 482.
 Sueur des pieds traitée par le chlorure de zinc, 265, 324.
 Suicide à Berlin, le, 558.
 Sulfonal contre le diabète, 324.
 Suppurations pelviennes, leur traitement par l'hystérectomie vaginale préliminaire, 337.
 Suture tendineuse, nouveau procédé de, 152.
 Syncope chez l'enfant, état de, 315.
 Syphilis, traitement de la, 46 ; cérébrale, diagnostic et traitement, 297, 478 ; héréditaire des pommuns, 292 ; héréditaire chez les enfants, accidents méningitiques de la, 435 ; pendant la grossesse, traitement, 494.
 Système décimal, le, 383.
- Tabes dorsalis, sur les formes précoces du, 21.
 Tarsectomie postérieure, de la, 360.
 Térébenthine à hautes doses dans l'ictère grave, 264.
 Testicule, tuberculose du, traitement, 193.
 Tétanie de l'enfance, 95.
 Tétanos, traitement, 546.
 Thoracentèse, de la, 172.
 Thym, contre la coqueluche, le, 378.
 Tonsille linguale, 196.
 Tremblement hystérique chez les enfants, 93.
- Trépanation pour épilepsie, paralysie et tumeur, 253.
 Trochantérite, de la, 152.
 Tuberculine de Koch, la, 654.
 Tuberculose, traitement par l'arsénol, 494 ; du foie, 78 ; pulmonaire, traitement par l'acide osmique, 374 ; traitement par la créosote, 266 ; et arthritisme, 538.
 Tumeurs blanches du genou, traitement des, 305.
 Tympanite, traitement de la, 104.
- Ulcère simple de l'estomac, 587.
 Ulcères variqueux, pathogénie, marche et traitement, 301.
 Urémie, lavage de l'organisme dans la cure de l', 491.
 Urèthre, examen de l', 155 ; résection de l', 635.
 Uréthrite, traitement de l', 48, 652.
 Urine, son analyse dans les examens d'assurances, 217.
 Utérus, du curettage de l', 363.
- Vaccination antirabique, 166.
 Vaginite, traitement antiseptique de la, 367.
 Végétations génitales, traitement des, 160.
 Verge, nouvelle méthode d'amputation de la, 156.
 Version céphalique pour présentations du siège, 198.
 Vertige de Ménière, 477.
 Vomissements des enfants, formule contre les, 216.
 Vulvites, diagnostic des, 158.

COLLABORATEURS

AU VOLUME XX DE "L'UNION MÉDICALE DU CANADA"

BISSONNETTE, Dr A. O., Paris.
 BOISLEUX, Dr C. H., Paris.
 CHEVRIER, Dr R., Paris.
 DESROCHES, Dr J. L., Montréal.
 FOUCHER, Prof. A. A., Montréal.
 LACHAPELLE, Prof. S., Montréal.
 LARANEE, Prof. Alfred, Montréal.

LAVIOLETTE, Dr Camille,
 LIFFE, Dr J., St-Ambroise.
 MERCIER, Dr O. F., Paris.
 PALARDY, Dr M. J., St-H.
 RECLUS, Prof. P., Paris.
 ST GERMAIN, Dr J. H. L.,
 SMITH, Prof. A. L., Mon.

L'ASSOCIATION DES INTERNES DE L'HOPITAL NOTRE-DAME, Montréal.

L'ASSOCIATION MÉDICO-CHIRURGICALE DE ST HYACINTHE, St Hyacinthe.

LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DU DISTRICT D'IBERVILLE ET DES VOISINS, St Jean.