

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# TRAVAUX ORIGINAUX

## CLINIQUE OTOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE DAME, (Montréal).—M. FOUCHER.

### De l'inflammation folliculaire du conduit auditif externe.

MESSIEURS.

Vous voyez souvent des malades qui se présentent à la clinique avec pâleur de la face, et contraction des traits de la figure; ils marchent avec précaution, en portant la main à leur oreille; ils articulent à peine leurs mots en parlant. Si vous les interrogez, vous apprenez que ces patients ont beaucoup souffert depuis quelques jours, que la mastication est devenue presque impossible à cause des douleurs qu'elle provoque, et qu'enfin à tous ces symptômes sont venus se joindre des bourdonnements d'oreilles et un degré plus ou moins prononcé de surdité. À en juger par l'intensité des douleurs et le cortège des autres symptômes, on se croirait, la plupart du temps, en face d'une maladie grave compromettant sérieusement les fonctions auditives. Bien souvent, heureusement, il n'en est rien. Ces symptômes qui, au premier abord, en imposent pour une otite moyenne purulente ou une ostéo-périostite de l'apophyse mastoïde, appartiennent à une maladie vulgaire: la *furunculose du conduit auditif externe*, autrement connue et décrite sous le nom d'*otite externe circonscrite* et mieux sous celui d'*inflammation folliculaire du conduit auditif externe*.

Le siège de prédilection de cette inflammation est la portion cartilagineuse du conduit auditif, là où il y a des glandes et des follicules. Tantôt cette inflammation est superficielle, tantôt elle siège profondément près du périchondre. L'étendue de l'inflammation, la profondeur à laquelle elle siège, la portion du conduit auditif où elle se développe, contribuent à donner à la maladie des caractères variables. Il ne faut pas s'attendre à toujours reconnaître l'otite externe circonscrite aux symptômes que j'ai mentionnés précédemment. Les malades n'en souffrent pas toujours à ce point, on remarque même des cas où un furoncle volumineux ne donnera lieu à aucune douleur sérieuse, tandis qu'un petit furoncle provoquera de vives douleurs.

C'est à l'endroit où se développe la lésion qu'il faut chercher la

cause de cette différence. Un furoncle au méat ou vers le méat auditif externe est moins douloureux que celui qui siège à l'extrémité interne du conduit cartilagineux.

Un furoncle développé dans les couches superficielles est plus supportable que celui qui siège profondément; si les fissures de *Santorini* deviennent atteintes, la douleur est extrême; la raison des douleurs est le plus ou moins de rigidité des tissus dans lesquels se développe l'inflammation.

Il y a aussi une différence à établir entre les furoncles qui siègent sur le plancher du conduit et sur la paroi supérieure. A ce dernier endroit, parcouru par des vaisseaux et des nerfs, les douleurs sont plus intenses.

Si la pression de la tumeur sur les parties rigides qui l'environnent cause déjà des douleurs, il est facile de concevoir que les tiraillements du pavillon de l'oreille, l'application du spéculum, la mastication et les mouvements brusques de la tête puissent les augmenter. C'est ce qui arrive en effet, et c'est pourquoi les malades portent la main à leur oreille et regardent attentivement à leurs pieds afin d'éviter de faux pas qui seraient suivis de secousses douloureuses.

En examinant l'oreille des patients il faut donc avoir présent à l'esprit que le spéculum, en augmentant la pression, déterminera de violentes douleurs, il faudra donc procéder à cet examen avec beaucoup de prudence et de ménagements.

Les patients ne manquent pas d'ailleurs de nous avertir que l'oreille est très sensible: il y a même des cas où cet examen est rendu tout à fait difficile, soit par crainte exagérée de la part du patient, soit parce que les parois du conduit sont devenues accolées l'une contre l'autre. Le conduit, pour peu que le furoncle soit développé, se ferme, et ce ne serait qu'au prix de peines inutiles que l'on parviendrait à voir le tympan.

En effet, la présence d'un furoncle étant constatée, le but du traitement est d'abord de faire cesser la pression le plus tôt possible, on obtient ce résultat par une incision ou par les cataplasmes qui hâtent la perforation de l'abcès, et l'on peut après une journée ou deux d'expectation explorer le tympan alors que la pression du spéculum n'est pas autant à redouter.

On observe la maladie à toutes ses phases, mais le plus souvent les patients viennent nous trouver après avoir passé une nuit ou deux à souffrir; c'est le plus souvent au moment où le furoncle a atteint son plus grand développement, c'est aussi au temps où il cause le plus de souffrance, c'est le meilleur temps pour faire apprécier au patient la valeur des services de notre art.

Une petite intervention chirurgicale sera suivie d'un soulagement immédiat. Si la maladie débute et qu'elle soit superficielle, on remarquera d'abord une rougeur assez étendue, puis graduellement elle se limitera à un point circonscrit qui sera l'emplace-

ment du furoncle. Si l'inflammation est plus profonde, les couches externes peuvent garder pendant longtemps leur aspect normal.

C'est d'ordinaire à la paroi antéro inférieure du conduit cartilagineux que se développe la maladie.

Le gonflement de la peau du conduit augmente graduellement, les parois s'accroissent l'une à l'autre et l'on voit le furoncle faire saillie sur la paroi opposée. La couleur de cette saillie varie du rouge foncé au rouge pâle; arrivé à un certain degré de développement, le furoncle se délimite, la base prend une apparence plus ou moins pédiculée en même temps qu'il pâlit; on peut alors confondre cette apparence du furoncle avec celle du polype. Une exploration à l'aide de la sonde, l'absence de suppuration antérieure de l'oreille moyenne, la nature des douleurs peuvent nous mettre aisément sur la voie du diagnostic. Si la suppuration existe depuis peu, il est possible que le furoncle se soit ouvert du côté interne du conduit auditif, alors que les parois intactes de cette tumeur regardent du côté du méat. Il peut arriver aussi que le furoncle existe en même temps ou peu après l'écllosion d'une otite moyenne catarrhale ou purulente aiguë. Nous en avons ce matin un exemple remarquable sous les yeux. La jeune R..... s'est présentée devant nous avec une pâleur de la face très marquée, la souffrance était peinte sur sa figure; sa première parole a été celle-ci: "prenez bien garde, mon oreille est très sensible." Nous avons constaté un gonflement inflammatoire au méat auditif externe, la présence d'un écoulement peu abondant de muco-pus, le pavillon de l'oreille étant douloureux ainsi que la région mastoïdienne; les mouvements de la mâchoire sont devenus pénibles au point que la malade n'ose pas manger depuis deux jours. On remarque un gonflement ganglionnaire audessous du lobule et en avant du tragus. La malade accuse des bruits subjectifs et de la surdité de cette oreille. Après lavage du conduit avec de l'eau tiède et assèchement avec le coton absorbant, nous constatons que la montre révèle une acuité auditive équivalente à 1/10. La maladie date déjà d'un delà de 8 jours, c'est un temps un peu long pour l'évolution d'un seul furoncle, il est donc à présumer que dans ce cas il y a deux ou plusieurs furoncles qui se sont succédés à de courts intervalles, ou qu'il y a eu une autre maladie qui est venue compliquer la première. En interrogeant la malade, nous apprenons que, à la suite d'un catarrhe nasal aigu (rhume de cerveau), elle a été prise de douleurs lancinantes dans le fond de l'oreille, que, au bout de 2 jours, son oreille a coulé abondamment; dernièrement, les douleurs ont cessé, mais pour reparaitre quelques jours plus tard. Après 2 jours de nouvelles souffrances, plus intolérables que les premières, la malade se sent un peu soulagée, quoiqu'encore très souffrante. Que s'est-il passé dans ce cas-ci? L'examen

attentif du tympan va nous le révéler : en dépit du gonflement du conduit auditif externo, on peut introduire un spéculum de petit calibre, de manière à distinguer, au fond du conduit, une surface rouge au milieu de laquelle on distingue un point blanc brillant qui subit des oscillations isochrones aux battements artériels. Il s'agit là d'une perforation du tympan au niveau de laquelle une gouttelette de pus vient faire saillie, pour vous en convaincre davantage, j'ai placé l'extrémité d'un tube en caoutchouc dans l'oreille de la patiente et l'autre extrémité dans celle de l'un d'entre vous, et au moment où j'ai introduit de l'air dans la caisse par le procédé de Politzer, votre confrère a entendu distinctement un sifflement accompagné de gargouillement, causé par le passage brusque de l'air à travers la caisse remplie de liquide et à travers le tympan perforé. Il y a donc eu ici lésion de la caisse en même temps qu'il y a otite externe folliculaire. Laquelle des deux affections a précédé l'autre ? Tout porte à croire que l'otite moyenne s'est déclarée la première et qu'elle a causé l'otite folliculaire. Le pus qui s'est écoulé au dehors après la perforation du tympan s'est introduit dans les follicules du conduit auditif, et les micrococci qu'il contient ont donné naissance au furoncle que vous voyez au méat auditif externe. L'ouverture de ce furoncle est petite et toute récente, ce que démontrent sa surface interne proéminente et bourgeonnante en un point limité et son degré de sensibilité. La surdité qui s'élève à 9/10 ne peut pas être imputée à un furoncle comme ce fut là ; l'accolement des parois du conduit n'est pas assez marqué pour en donner l'explication.

D'un autre côté, les lésions de la caisse et du tympan suffisent amplement pour entraver à ce degré les fonctions auditives.

Le furoncle évolue ordinairement de 3 à 6 jours ; plus il est profond, plus la rupture en est tardive. Dans ces cas-ci, le furoncle est au méat auditif externe, par conséquent, il a dû évoluer rapidement et la malade a ressenti ses premières douleurs il y a au-delà de huit jours.

Après la rupture du furoncle les douleurs commencent à disparaître ; elles cessent même complètement lorsque l'ouverture a été grande et que le bourbillon de tissu cellulaire gangrené a pu être éliminé complètement. Dans certains cas il persiste au niveau de l'ouverture de l'abcès un tissu spongieux granuleux qui retarde la guérison.

Il arrive quelquefois aussi qu'immédiatement après la guérison d'un furoncle il s'en déclare un ou plusieurs autres. Ce qui se passe alors dans le conduit auditif est en tout point analogue à ce que l'on remarque ailleurs, sur le cou par exemple, où des récurrences sont plutôt la règle générale que l'exception. Ces rechutes sont une cause d'affaiblissement et d'excitation nerveuse.

Ceci nous conduit naturellement à l'étude des causes du furon-

cle. Les découvertes de Davaine et de Pasteur sur le rôle des microbes dans la production du charbon et de la septicémie ont engagé des savants distingués à rechercher si les micro-organismes n'étaient pas en cause dans d'autres maladies. Ces études ont eu pour résultat, vous le savez, la généralisation des théories de Pasteur à la plupart des maladies virulentes et infectieuses. Il est arrivé ce qui arrive presque toujours à l'occasion de découvertes nouvelles, c'est-à-dire que l'hypothèse a été confondue avec les faits acquis. Cette généralisation trop hâtive ne doit pas nous faire croire, cependant, qu'il n'y a dans la question des microbes, comme cause de maladie, qu'un sujet d'intérêt imaginaire ; tous les jours nous constatons que les théories de Pasteur sont confirmées par des faits convaincants.

En consultant ce qui a été écrit par plusieurs auteurs sur l'étiologie du furoncle, on voit que plusieurs causes ont été invoquées pour expliquer l'origine de cette maladie. On peut les résumer comme suit : vices constitutionnels, nourriture malsaine, dérangements des voies digestives, fièvres éruptives, diabète, application de pommades irritantes, irritations mécaniques quelconques sur la peau. Ce qui a paru intriquer les auteurs c'est l'apparition fréquente du furoncle sur des sujets robustes, jouissant d'une parfaite santé, et exempts des causes ci-dessus mentionnées, ainsi que la propagation du furoncle sous forme épidémique. L'explication de ce dernier fait a toujours paru un problème difficile à résoudre, et personne n'en a donné de satisfaisante avant 1874. A cette époque, Hueter attribua la genèse du furoncle au développement d'un organisme inférieur. Mais, soit que l'auteur n'ait émis qu'une théorie sans l'appuyer sur des faits, soit que l'observation de ces faits n'ait pas été exacte, personne n'y prêta une sérieuse attention, car la théorie parut nouvelle lorsque Pasteur la fit revivre en 1880, en lui donnant pour base une expérimentation complexe contre laquelle il est difficile de trouver à redire.

Ainsi il examina le contenu des furoncles de cinq personnes différentes et y constata la présence d'un microbe aérobie, toujours le même. Au moyen de ses cultures artificielles, l'illustre savant a réussi à isoler le microbe du furoncle. Il a démontré aussi que ces micro-organismes existent dans l'air et plus particulièrement dans l'eau. M. Lowenberg, de Paris, a continué cette étude dans le domaine spécial de l'oreille, et il a fait des recherches sur le furoncle de cet organe. Il n'a pas tardé à se convaincre que le pus des clous du conduit auditif contient d'innombrables micrococci. Il arriva à cette conclusion en examinant d'abord du pus furoncleux ayant séjourné quelque temps à l'air libre, puis du pus à sa sortie de l'abcès, enfin en se servant du procédé de Pasteur, c'est-à-dire en cultivant le microbe.

L'existence du micrococcus n'est plus douteuse ; la perfection,

l'exactitude et l'honnêteté scientifique des procédés de Pasteur en disent plus long et parlent plus éloquemment que nous ne pouvons le faire.

Voyons maintenant si la théorie explique bien les causes et les phénomènes du furoncle. Il ne pourrait y avoir de doute, quand on constate que le furoncle règne quelquefois sous forme épidémique et qu'il atteint de préférence les tanneurs, les bouchers, les cardeurs de chiffons et ceux en général qui travaillent dans des milieux où il y a des matières organiques en putréfaction.

On sait, en effet, que l'air contient des micrococci, ainsi que l'eau, et que le pus desséché en contient encore en bien plus grand nombre ; il est donc possible qu'à un endroit spécial, à un moment donné, l'air ou l'eau en contiennent plus que de coutume, qu'il en résulte une espèce d'épidémie, ou que le furoncle se développe plus particulièrement chez ceux qui sont exposés aux émanations putrides. Il y a des milieux plus favorables que d'autres au développement des microbes, il y a aussi des organes plus exposés que les autres à les retenir et à les développer, ainsi le cou, les oreilles et la face sont le plus souvent atteints de furoncles. M. Lowenberg a publié un travail important sur ce sujet dans le *Progrès médical*. Voici une courte analyse de cette étude.

Le micrococcus ou son germe a besoin, pour pénétrer dans notre économie, d'une porte d'entrée ; c'est un follicule pilo-sébacé ou une glande sudoripare qui joue ce rôle. Les micrococci ont une prédilection pour les cheveux et les poils. Cela tient sans doute à ce que les cheveux sont gras et humides ; dans ces conditions ils sont aptes à retenir les microbes et leurs germes. Ce qui prouve cette prédilection du microbe pour les follicules pilo-sébacés, c'est l'absence de clous aux régions dépourvues de poils, au dedans des mains et des pieds par exemple. Les poils, par leur humidité, retiennent d'abord les germes du micrococcus et servent ensuite à les diriger vers le follicule pilo-sébacé. Arrivés là, ils se tiennent dans un milieu favorable. L'épiderme est très vasculaire et de plus très pourvu de nerfs, de là le développement rapide des abcès et les douleurs excessives qui les accompagnent. Dans l'oreille il y a d'autres conditions qui favorisent la collection et l'éclosion des germes : le pavillon de l'oreille sert de collecteur, le conduit auditif offre, selon l'expression de Lowenberg, un abri tranquille et une température éminemment propre au développement des organismes inférieurs. Le conduit auditif est long, tortueux, l'entrée du méat abonde en glandes sébacées volumineuses qui constituent des portes béantes aux germes. On a attribué le furoncle en général à des refroidissements, à des courants d'air. Il peut y avoir un commencement de vérité dans cette opinion ; les courants d'air, en effet, peuvent soulever des poussières renfermant des germes et les diriger vers un organe pourvu de poils.

Ce qui confirme encore les opinions de Pasteur à ce sujet, ce sont les poussées successives et interminables auxquelles donne souvent lieu le furoncle. Lowenberg explique ce phénomène par l'auto-contagion. Pour lui, le pus du furoncle, injecté directement dans un follicule, ou introduit autrement, détermine la même maladie. "Une fois le premier furoncle ouvert, le pus qu'il contient se répand sur la surface cutanée, charriant les microbes spéciaux dont l'introduction dans un autre follicule ou dans plusieurs peut donner naissance à un furoncle nouveau ou à un certain nombre de ces abcès. Le pus de ceux-ci peut transporter à son tour les microbes dans d'autres follicules et quelquefois cela se continue ainsi jusqu'à la mort de l'individu. L'écoulement du pus dans le voisinage du furoncle explique les clous surgissant dans presque tous les cas aux alentours du premier; d'autres furoncles plus éloignés de ceux-ci semblent dus au transport des microbes par les doigts du malade ou par les pièces de pansement et les linges." Tandis que le microbe qui produit le furoncle n'existe que çà et là dans les milieux extérieurs, le pus qui s'écoule d'un clou contient le micrococcus en grande quantité et c'est surtout cette circonstance qui semble expliquer la facilité avec laquelle un furoncle donne naissance à plusieurs autres. Ce fait est d'une observation journalière pour les furoncles du cou, on le remarque souvent aussi pour le furoncle de l'oreille. Un abcès ouvre la scène au méat auditif externe, et il est suivi par d'autres situés plus profondément, au grand désespoir des malades. Il y aurait dans ces cas auto-contagion. M. Pasteur, tout en admettant que le sang est impropre à la culture du microbe du furoncle, croit cependant que la transmission sur le même individu se fait par le sang qui charrie le microbe dans d'autres parties du corps. Lowenberg trouve cette opinion peu compatible avec l'apparition de furoncles multiples chez des sujets robustes ou bien portants. D'après ce dernier, le sang ne charriait les microbes que dans le furoncle confluent ou anthrax. Dans ce cas il y aurait irruption de microbes dans la masse sanguine, et c'est ce qui constituerait la gravité de l'anthrax. L'anthrax étant constitué par l'agglomération de plusieurs furoncles, on conçoit qu'il y ait dans ces cas plus de chances pour l'absorption par les vaisseaux.

Aussi la mort en est elle quelquefois le résultat. Des autopsies ont démontré dans ces cas des foyers purulents dissimulés dans les tissus voisins du furoncle, dans les poumons, les reins, la rate, etc. Il est probable que ces abcès métastatiques étaient constitués par les microbes du furoncle qui avaient émigré dans ces organes par les vaisseaux sanguins.

En dernier lieu on peut expliquer pourquoi les diabétiques sont plus exposés au furoncle et à l'anthrax. Chez les diabétiques, en effet, les fonctions de la peau ne s'opèrent pas bien, la sueur est gluante et rend la peau apte à retenir les micrococci.



Voici, résumées, les principales raisons alléguées pour attribuer la genèse du furoncle à l'invasion des microbes. Si la théorie est vraie, comme elle en a toute l'apparence, et comme le cas que vous venez de voir tend à le prouver, le traitement doit consister à tuer le microbe et à prévenir le développement de ses germes. Ainsi donc, aussitôt qu'un furoncle fait son apparition, il faut se hâter de l'inciser, d'enlever tout ce qu'il contient et de laver la plaie avec des liquides antiseptiques. On peut espérer par ce moyen enrayer la marche de la maladie et prévenir des auto-inoculations.

En conformité avec sa théorie, Lowenberg proscrit l'emploi des cataplasmes qui favorisent l'accroissement du furoncle et la repullulation de la maladie dans d'autres follicules. Il conseille d'ouvrir l'abcès immédiatement, que ce soit au début ou à la fin de la maladie, et d'introduire dans les lèvres de la plaie et aux alentours une solution alcoolique d'acide borique.

Il n'y a pas de doute que l'ouverture de l'abcès folliculaire est le plus prompt moyen de couper court à la maladie et de faire cesser les douleurs qui tourmentent les malades, mais il n'y a pas à se dissimuler que cette pratique n'est pas toujours facile et possible. Chez un grand nombre de sujets, la douleur qui accompagne l'opération est telle qu'il en résulte une perte de connaissance chez les sujets nerveux et déjà affaiblis par de longues souffrances; on ne peut recourir à cette opération qu'en utilisant l'anesthésie. Inutile d'ajouter que la cocaïne ne peut rien faire dans un cas semblable, et que c'est à l'éther ou au chloroforme qu'il faut avoir recours.

Bien peu de patients consentent à cet appareil des grandes opérations, lorsque surtout ils ont acquis la certitude que les cataplasmes atteindront le même but dans l'espace d'une journée ou deux. Il y a donc des cas où, en dépit de la théorie, il faudra avoir recours aux moyens qui hâtent l'éclosion de l'abcès folliculaire.

Ces moyens n'excluent pas les précautions antiseptiques. Ainsi, tout en employant des douches de vapeurs chaudes, ou des petits cataplasmes sur le méat auditif externe, on peut faire des instillations souvent répétées d'une solution d'acide borique alcoolisée. J'ai pour habitude de faire l'incision du furoncle toutes les fois que les malades peuvent la supporter sans l'emploi du chloroforme : dans les autres cas, j'emploie les douches de vapeurs ou les cataplasmes combinés au traitement antiseptique. Je puis vous dire que je n'ai pas encore eu l'occasion de constater de récurrences du furoncle dans de telles conditions.

Lorsque l'inflammation folliculaire a cessé, la sécrétion cérumineuse disparaît, ou il se produit un exsudat squameux qui détermine de pénibles démangeaisons. Il faut conseiller aux patients de ne pas céder à la tentation de se gratter le conduit avec

des corps durs de toute espèce, cette pratique peut donner lieu à des récidives du furoncle. Pour calmer ces démangeaisons, ou peut proscrire avec avantage une pommade à l'acide borique (1. p 20 de vasoline), et avoir soin de ne pas en faire des applications trop fréquentes.

---

## THERAPEUTIQUE GENERALE.

---

UNIVERSITÉ LAVAL (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

### Les progrès de la thérapeutique, de 1884 à 1886. (1).

Les recherches thérapeutiques des trois dernières années n'ont pas porté seulement sur les *anciens* médicaments, tels que le calomel, le sulfuro de carbone, la quinine etc. Tous les remèdes d'introduction relativement récente, ceux que j'appellerai les *jeunes*, ont continué d'être l'objet d'études et d'expérimentations qui ont eu pour résultat de nous les faire mieux connaître, et de les affecter à des usages nouveaux et plus étendus. C'est ce dont nous allons nous convaincre en passant en revue des médicaments tels que l'iodoforme, l'acide salicylique et les salicylates, la résorcine, le nitrite de sodium, le quebracho, la nitro-glycérine, la caféine, etc.

Ce n'est qu'en 1836 que l'*iodoforme* a été, pour la première fois, employé dans la médication interne, et qu'en 1853 qu'on l'appliqua à la pratique chirurgicale. Mais c'est surtout de 1866 à nos jours que ses usages ont été généralisés. L'iodoforme continue d'être tenu en grand honneur parmi les chirurgiens et les gynécologistes, à titre d'antiseptique. Dans le cours des trois dernières années, on l'a appliqué au traitement des abcès froids (injection d'une solution d'iodoforme dans l'éther), à celui des suites de couches (suppositoires utérins), et de la septicémie puerpérale (en insufflations dans l'utérus). De même on l'a prescrit contre le goître, tant à l'intérieur que localement (injections interstitielles), et en badigeonnages, sous forme de collodion iodoformé, dans les névralgies. Enfin, dans les pansements chirurgicaux son emploi s'est généralisé de plus en plus, comme celui de tous les antiseptiques.

L'an dernier, l'iodoforme a été conseillé dans le traitement de la méningite tuberculeuse. On l'emploie, dans ce cas, sous forme de pommade dont on pratique des frictions sur le cuir chevelu. Les résultats publiés feraient croire à une action vraiment efficace de l'iodoforme contre l'élément tuberculeux, mais il faut plus que cinq ou six cas de guérison apparente pour nous convaincre de

---

(1) Suite—Voir la livraison de février.

l'efficacité d'un médicament pour combattre une maladie aussi fatalement mortelle.

Remplacé par le salicylate de soude dans le traitement du rhumatisme articulaire, l'acide salicylique a gardé sa place comme antiseptique et antifermentescible. Cet acide, en solution concentrée ou à l'état de poudre, devient un véritable caustique que Hébra utilisait dans le traitement abortif du chancre mou, et au moyen duquel il obtient la guérison complète du chancre en quatre ou six jours. Hébra vante ce procédé parce qu'il est sans douleur, propre, et surtout parce qu'il prévient la formation du bubon. Je mentionne encore, parmi les usages nouveaux de l'acide salicylique, le traitement des sueurs des phthisiques et de l'eczéma du cuir chevelu.

Combiné au camphre, l'acide salicylique, sous le nom de camphre salicylé, vient d'être recommandé en frictions contre les névralgies lombo-abdominales.

À côté de l'acide salicylique, les salicylates continuent d'attirer l'attention des thérapeutistes. Le salicylate de soude, toujours très employé dans le rhumatisme articulaire aigu et sous-aigu, vient d'être préconisé contre les névralgies supra-orbitaires, la péricardite, l'iritis, la variole (Saint-Philippe) et le diabète sucré (Da Costa). En traitant la variole par le salicylate sodique, Saint-Philippe a surtout en vue de ralentir la suppuration, de combattre l'hyperthermie, les congestions viscérales et la septicémie. Durant la dernière épidémie variolique qui a visité Montréal, j'ai traité par le salicylate de soude deux cas de variole survenue chez des sujets jeunes et non-vaccinés. La maladie a évolué fort naturellement, sans complication d'aucune sorte, la température ne dépassant pas 102° Fahr., et la fièvre secondaire étant à peu près nulle; mais, vous le comprenez, il n'y a absolument aucune conclusion à tirer de deux cas isolés.

Plusieurs auteurs (Ebstein, Spillmann, Sawyer, etc.) avaient publié des observations de diabète heureusement traité par la médication salicylée. Mais celle-ci ne paraissait pas avoir été plus efficace que les autres méthodes. Dernièrement, DaCosta, de Philadelphie, a insisté sur l'emploi du salicylate dans le diabète, disant qu'il en avait obtenu de meilleurs effets que de tout autre médicament.

L'autorité de DaCosta en vaut bien d'autres assurément, et mérite qu'on s'appuie sur elle pour mettre à l'épreuve le salicylate de soude dans le traitement du diabète.

L'acide salicylique a été l'objet de nouvelles combinaisons, et nous avons le salicylate de bismuth, préconisé dans le traitement de la fièvre typhoïde, à titre d'antiseptique et d'antithermique,

le salicylate d'atropine, destiné à remplacer le sulfate, et celui de chinoline employé en insufflations dans l'otite moyenne chronique et la méningite parasitaire, et en injections sous cutanées dans le tic douloureux.

---

Le *viburnum prunifolium*, recommandé d'abord par des médecins américains dans les cas d'avortement et de menace d'avortement, a été assez employé en France, depuis trois ou quatre ans, pour qu'on ait pu en venir à certaines conclusions au sujet de sa valeur thérapeutique. On le considère aujourd'hui comme un sédatif utérin assez efficace, non seulement quand il y a menace d'avortement, mais aussi dans la dysménorrhée, l'ainénorrhée etc., M. le prof. Dagenais m'informe qu'il s'est presque toujours bien trouvé de l'emploi du viburnum dans les cas de douleurs utérines post puerpérales (*after pains*).

---

Introduite dans la thérapeutique française en 1880, par M. Dujardin-Beaumetz, la *résorcine* a surtout été étudiée en ces derniers temps comme anti-fermentescible et antiseptique, et à ce titre, recommandée contre la gonorrhée, en injections, ainsi que dans la fièvre typhoïde, la fièvre des tuberculeux, la diphthérie. On l'a aussi prescrite dans la coqueluche, probablement à cause de ses propriétés antiseptiques.

---

C'est contre les différentes formes de dyspnée que le *quebracho* a d'abord été employé, lors des premiers essais qui en ont été faits, de 1879 à 1880. A mesure qu'on en a mieux étudié l'action, on a découvert à ce remède des propriétés antithermiques, et M. Henri Huchard, dans une étude publiée en avril 1886, dans les *Archives de physiologie*, a donné les résultats de longues et patientes recherches (faites sur les animaux) sur les vertus du quebracho et de ses alcaloïdes. Ces résultats, les voici en substance: " De tous les alcaloïdes du quebracho, l'aspidospermine seule est douée de propriétés antidyspnéiques. Tous les principes actifs du quebracho ont le pouvoir de modifier la température: le plus antithermique est la quebrachine, qui peut abaisser la température de 50 à 70 c. en quinze minutes. Sous l'influence de ces principes, il y a diminution quantitative de l'hémoglobine sans altération qualitative de celle-ci. Il y a hypersécrétion du rein, des glandes intestinales et salivaires. Quant à leur toxicité, ces produits peuvent tous produire la mort. Les plus toxiques sont la quebrachine et l'hypoquebrachine qui agissent sur la motilité en produisant rapidement des convulsions et des paralysies suivies de mort rapide. La mort survient, soit dans l'asphyxie par paralysie des muscles respiratoires, quand les doses sont très élevées, soit plus lentement, par l'arrêt des échanges, quand les doses sont physiologiques et l'élimination partielle."

M. Huchard, voulant vérifier sur l'homme les effets antithermiques du quebracho, a employé les injections hypodermiques de sulfate d'aspidospermine aux doses croissantes de 2 à 4 grains, dans une vingtaine de cas de fièvre typhoïde et n'a réussi que dix fois environ à abaisser la température de 3 à 4 dixièmes de degré. Ce défaut de concordance entre les effets obtenus chez les animaux et ceux constatés chez l'homme fait voir que le quebracho et l'aspidospermine ne sont pas doués chez l'homme d'une action physiologique qui permette encore de fonder de grandes espérances sur leur emploi thérapeutique, "mais, ajoute en terminant M. Huchard, en nous autorisant du résultat de nos expériences concernant le faible pouvoir toxique de l'aspidospermine pure, de son action réelle sur la respiration, nous pensons qu'on doit continuer de nouvelles recherches sur ce dernier produit."

M. le Dr. H. C. Wood, professeur à l'Université de Pensylvanie, a publié en 1885, dans la *Therapeutic Gazette*, les résultats de recherches entreprises dans le but d'établir les propriétés sédatives (sur la moëlle) et hypnotiques de l'*hyoscine*, un des alcaloïdes de la jusquiame. Ces résultats sont tout-à-fait encourageants. Wood a prescrit l'*hyoscine* dans des cas de démence aiguë avec accès maniaques, de manie aiguë compliquant l'hystéro-épilepsie, la mélancolie religieuse ou la démence sénile, de delirium tremens etc., et presque toujours le succès a couronné l'administration du remède, les malades ayant pu jouir de quelques heures de sommeil et les accès ayant été considérablement calmés.

L'*hyoscine* présenterait sur le chloral et les bromures l'avantage de pouvoir être administrée à petites doses ( $\frac{1}{150}$  à  $\frac{1}{10}$  gr.) et chez les sujets récalcitrants, en injection hypodermique. En outre, elle n'est pas toxique pour le cœur comme le sont la morphine et le chloral; jusqu'à présent, aucun mauvais effet, dit Wood, n'a été produit par le médicament qui semblerait donc être aussi sûr qu'efficace.

La *caféine* a décidément pris rang parmi les médicaments dont l'action est d'augmenter l'énergie des battements du cœur, aussi est-elle aujourd'hui universellement prescrite comme tonique cardiaque, dans les cas où le cœur ne peut plus suffire à sa tâche, et où la digitale est impuissante à lui venir en aide. Dans ses *Nouvelles médications*, M. Dujardin-Beaumetz a appuyé sur ce fait de l'action éminemment tonique de la caféine sur l'organe central de la circulation, ainsi que sur ses effets diurétiques déjà bien établis par Gubler :

"Le grand avantage de la caféine, dit-il, c'est qu'elle paraît jouir d'effets diurétiques même lorsque le rein est altéré; aussi est-ce aux périodes ultimes des maladies du cœur que la caféine, prescrite à dose convenable, vous donnera ses plus beaux succès.

Vous pourrez voir dans notre service de véritables résurrections faites avec cet agent thérapeutique, et cela même chez des individus âgés; aussi devez-vous toujours avoir sous les yeux de pareils faits, et vous rappeler qu'à la période asystolique, cardioplégique, comme disait Gubler, lorsque tous les toniques du cœur auront épuisé tous leurs effets utiles, vous pouvez encore obtenir de véritables résurrections avec la caféine."

---

Tonique cardiaque aussi lui, le *muguet* (*convallaria maialis*), dont le principe actif est la convallamarine, a d'abord été mis en usage par les médecins russes comme diurétique. Depuis l'étude qu'en ont fait le professeur Germain Sée et M. Bochefontaine en 1882, on l'a employé, non seulement comme diurétique, mais comme succédané de la digitale contre les maladies organiques du cœur à leur période d'asystolie. Le muguet ne fait pas de miracles assurément, mais on s'en trouve bien dans les cas où il importe de remplacer la digitale par un de ses auxiliaires, de peur de voir survenir des symptômes de digitalisme.

---

La *nitroglycérine* dont nous avons étudié, l'an dernier, les propriétés physiologiques si semblables à celles du nitrite d'amyle, est aussi un des nombreux médicaments que l'on a affectés au traitement des maladies du cœur. Son action sur la tension vasculaire, qu'elle abaisse comme vous savez, la rend propre à soulager le travail du cœur dans les cas de lésion de l'orifice aortique, et d'amener la cessation des attaques d'angine de poitrine. Un usage plus nouveau de ce médicament est le traitement des néphrites et en particulier de la néphrite interstitielle. Elle agit ici très probablement en diminuant la pression sanguine anormalement élevée. Sous son influence on voit diminuer la quantité d'albumine dans l'urine, en même temps qu'augmente la quantité d'urine des vingt-quatre heures. Cette augmentation se maintiendrait encore quelque temps après la cessation de l'emploi du médicament. Dans la néphrite, la nitroglycérine se donne aux mêmes doses que dans les affections du cœur dont j'ai parlé: de une à cinq gouttes de la solution alcoolique au 100<sup>e</sup>, 3, 4, 5, 6 ou 7 fois par jour, suivant l'effet produit.

---

Je viens de parler de l'angine de poitrine et de son traitement par la nitroglycérine. M. Huchard emploie beaucoup, pour combattre cette maladie, le *nitrite de sodium* dont l'action physiologique ressemble à celle de la glonoïne et du nitrite d'amyle. Il en fait également usage dans certaines formes d'épilepsie.

---

Parmi les jeunes médicaments dont on continue à s'occuper je mentionnerai de plus: *l'hydrastis canadensis*, astringent naguère employé en injections dans la blennorrhagie, et plus récemment

usité dans les ménorrhagies; l'*hamamelis virginica*, qui, vanté dans les cas de varices et d'hémorrhoides, n'a pas donné cependant des succès bien marqués: le *casgara sagrada*, purgatif doux qui est devenu un peu à la mode dans la médication infantile; le *piscidia erythrina*, analgésique analogue à l'aconit, employé comme lui dans les névralgies faciales rebelles, mais analgésique infidèle, suivant l'expression de Dujardin-Beaumetz; le *valériana-te de cérium* prescrit, comme l'oxalate, contre les vomissements de la grossesse; le *jequirity* si usité dans les cas de trachôme et même un peu contre les ulcères chroniques ayant faible tendance à se cicatrizer; le *chlorure d'or et de sodium* vanté par Bartholow contre le mal de Bright; le *coto* et le *cotoïne*, dans les diarrhées (Huchard), la *pilocarpine* dans le hoquet, et le *kava* dans la blennorrhagie.

Je termine cette seconde partie de notre revue thérapeutique en vous disant que le *lavage de l'estomac*, d'usage courant dans les cas de catarrhe gastrique et de dilatation de l'estomac, a été récemment appliqué au traitement de l'iléus, par Kussmaul et Senator. Discutée devant la Société de médecine de Berlin, la nouvelle méthode a rencontré des partisans convaincus, et des adversaires qui ne l'étaient pas moins. Il y a là du pour et du contre, et l'avenir nous dira ce qu'il en faut penser.

Demain je terminerai cette leçon en vous parlant de médicaments *tout-à-fait nouveaux*, et dont la découverte ou les usages thérapeutiques ne remontent pas au delà de 1883.

**Traitement de la diphthérie.**—1o. Donnez le calomel chimiquement pur; 2o Donnez-le à hautes doses; 3o. donnez-le à doses fréquemment répétées; 4o. Continuez-en l'administration jusqu'à production de l'effet purgatif caractéristique; 5o. Diète légère nutritive; 6o. A part cela, peu ou pas de médicaments.—Dr. DALY in *N. Y. Medical Journal*.

**Quinine en frictions.**—M. le docteur William Moore ayant à traiter une fille de 7 ans, atteinte de fièvre, et qui ne pouvait pas prendre la quinine par la bouche, la fit appliquer en onctions, avec une pommade au tiers, toutes les trois heures, sur l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. Après trois jours, la malade entra en convalescence, alors que son frère, moins gravement atteint, et qui avait pris la quinine par la bouche, ne fut guéri qu'après quinze jours.—*Nouveaux Remèdes*.

Les bains locaux de sublimé (Liquor de Van Swieten, Eau: parties égales,) prolongés dix minutes matin et soir, sont le procédé le plus efficace pour la cure du psoriasis syphilitique.—Gilles de La TOURETTE.

## REVUE DES JOURNAUX

## MEDECINE

**Le mutisme hystérique.**—Clinique de M. le professeur CHARCOT, à la Salpêtrière.—La maladie dont je vais vous entretenir aujourd'hui et dont vous avez sous les yeux un type bien net, n'est pas une affection très rare; elle a été décrite, depuis longtemps, par les auteurs, mais, jusqu'à présent, d'une façon qui ne mettait pas assez en relief certains faits d'une réelle importance. C'est pourquoi je profiterai du malade que j'ai fait amener à l'amphithéâtre pour insister de nouveau sur ces faits à propos desquels j'ai fait, au commencement de cette année, une leçon qui a été reproduite dans le *Progrès médical* par M. le docteur Cartaz. Il s'agit du mutisme hystérique.

Cette affection présente des caractères si spéciaux, des allures si constamment les mêmes, une forme si identique à elle-même dans tous les cas, qu'elle est des plus faciles à reconnaître. On a voulu faire passer les individus atteints de mutisme hystérique, bien plus encore que tous les autres hystériques, pour des simulateurs. Non seulement c'est insensé, mais encore cela peut avoir les conséquences les plus graves, et je maintiens absolument que le syndrome qui caractérise ce mutisme ne peut jamais être simulé; je vous le démontrerai d'ailleurs dans quelques instants.

Voyons donc quels sont ces caractères spécifiques. La maladie atteint les hommes tout aussi bien que les femmes, les adolescents comme les adultes (notre muet hystérique est un homme et il est âgé de 33 ans).

Le début en est subit; le mutisme survient tout-à-coup, à la suite d'une émotion violente, d'une frayeur vive, d'une colère violente, ou bien encore à la suite d'une attaque d'hystérie; la terminaison en est aussi subite que le début; le mutisme cesse tout à coup; les causes occasionnelles sont, comme je viens de le dire déjà, l'émotion, la peur, la colère, une attaque, quelquefois aussi la moindre petite laryngite. Chez notre malade, c'est cette dernière cause que nous rencontrons dans les deux accès de mutisme auxquels il a été sujet dans sa vie. Je dis les deux accès, car l'affection est sujette à récurrence. Chez cet homme, le mutisme a débuté vingt-quatre heures après le commencement d'une laryngite légère, la première comme la seconde fois. La première crise a eu lieu il y a trois mois, elle a duré quinze jours et a cessé subitement après un simple examen laryngoscopique. La seconde crise de mutisme, celle qui existe actuellement, dure de trois semaines.



Ce qui caractérise encore cette affection, c'est que tantôt le retour à la parole est soudain; tantôt, et c'est le fait le plus constant, il existe une phase de transition pendant laquelle, après avoir recouvré la voix, le malade est sujet à bégayer tout mot un peu long pendant un espace de temps plus ou moins considérable.

Enfin, grand caractère du syndrome, c'est que chez les muets hystériques, il n'existe aucune espèce de paralysie, de parésie des nerfs de la langue, dont les mouvements volontaires sont entièrement conservés. Ainsi les malades peuvent souffler, siffler, tirer la langue, l'agiter dans toutes les directions. Point de parésie non plus des lèvres. Mais ce qui manque aux muets hystériques, c'est la faculté de produire les mouvements spéciaux, nécessaires pour l'articulation du langage, c'est-à-dire la faculté motrice du langage, la possibilité même de simuler l'articulation de la parole. Le muet hystérique est donc bien muet, plus muet qu'un muet ordinaire, qu'un sourd-muet, celui-ci pouvant encore parler, lorsqu'il est instruit par la méthode orale; il est plus que muet enfin, car il ne peut même pas crier comme un sourd-muet.

Vous savez qu'il y a des hystériques aphones, mais ils parlent, quoique à voix basse; ils articulent encore et ce n'est pas là du mutisme, car chuchoter c'est parler; tandis que notre muet hystérique ne parle pas parce qu'il ne peut articuler, parce qu'il est un aphasique moteur, parce qu'il a perdu la mémoire des mouvements, la partie motrice du langage. Il est, je le répète un aphasique moteur plus aphasique que les aphasiques ordinaires, lesquels ont conservé presque toujours quelques syllabes, syllabes constamment les mêmes, mais qu'ils articulent nettement. Les muets hystériques n'ont rien conservé, pas la moindre syllabe. De plus, chez les aphasiques, il y a presque toujours autre chose, c'est-à-dire un peu de surdité verbale; il y a, dans l'immense majorité des cas, perte du langage graphique. Notre malade n'a pas cette complexité morbide; il peut écrire comme par le passé; il n'a pas la moindre surdité verbale; il ne peut répondre par le langage, mais il entend, il comprend et répond par l'écriture.

Je vous rappellerai l'histoire, que je citais il y a quelques mois, d'un jeune Espagnol, âgé de 25 ans, atteint depuis un an, disait-on, d'épilepsie syphilitique et restant aphasique pendant quelques jours après chacune de ses attaques. Le jour où je fus mandé auprès de lui, il était aphasique, il ne pouvait parler; fait des gestes pour m'expliquer qu'il ne pouvait répondre à aucune de mes questions. Aussi mon diagnostic était-il immédiat: mutisme hystérique; car si cet homme eût été un aphasique ordinaire, il aurait essayé de causer, de prononcer quelques mots, quelques syllabes; tandis que, impatienté de ne pouvoir répondre verbalement, il prenait bien vite la plume pour m'expliquer d'une façon très lucide, très intelligente, ce qu'il en était. Je déclarai donc qu'il s'agissait d'un cas de mutisme hystérique. Or comme ce mutisme est

rarement un symptôme isolé de l'hystérie, et que l'on trouve à peu près constamment ailleurs des traces ou stigmates de cette affection, je cherchai chez mon Espagnol quelles traces d'hystérie nous pourrions rencontrer. Je trouvai aussitôt une anesthésie du pharynx, une hémianesthésie et une hémichorée du côté droit. De plus, la description de ses attaques me confirma dans l'idée que nous étions bien en face d'un hystérique et non d'un épileptique, comme on l'avait prétendu par erreur. Quant à la syphilis, il n'en était non plus nullement question; le malade n'en avait eu que la peur et non la réalité. Ce jeune homme était le neveu d'un homme tabétique, constamment de mauvaise humeur, véritable tyran pour son neveu qui, par suite de la vie difficile, toute de peur, à laquelle il était condamné, était tombé dans l'état où nous le trouvions.

Vous savez qu'il y a encore actuellement un certain nombre de médecins qui n'admettent pas l'hystérie et voient partout des simulateurs, surtout dans les cas de mutisme hystérique. Or, pour croire en pareil cas à la simulation, il faudrait admettre que ces prétendus simulateurs connaissent à fond l'histoire naturelle de ce mutisme pour la reproduire sans arrangements ni broderies d'aucune sorte. Si j'insiste autant sur ce fait, c'est en raison des conséquences, parfois de la plus haute gravité que cette croyance à la simulation, de la part de quelques médecins, peut avoir dans l'armée par exemple, ou quand il s'agit de prévenus. Tout médecin qui ignore l'histoire de ce mutisme et croit à la simulation peut devenir féroce, exposant les malades à de véritables dangers, à de réelles tortures, en voulant faire passer, par exemple, un courant électrique à travers les muscles du cou en guise de traitement, etc.

À propos de prévenus, je vous citerai le fait suivant, qui s'est passé il y a quelques mois. Certain jour de la fin de l'hiver, M. Brouardel me demande de venir voir, à la prison Saint-Lazare où elle était détenue, la fille C... qui, chassée d'un château du Nord où elle était employée, avait attribué son renvoi au curé de la localité et avait juré de se venger. Aussi ne trouva-t-elle rien de mieux pour cela que d'envoyer au dit curé, le jour de la fête de la commune où elle savait chez lui ses amis, un colis postal portant comme indication de contenu: "Fromage". Le panier est ouvert sur la table au moment du dessert, et qu'y trouve-t-on? le cadavre d'un enfant nouveau-né, avec ces mots manuscrits: "Priez pour celle que vous avez perdue." Tabeau! Vous voyez d'ici l'émotion générale, le scandale. La police s'en mêle alors, et comme aucun doute ne pouvait exister sur l'auteur de cet envoi, la fille C... est arrêtée, conduite et enfermée à la prison Saint-Lazare. Or, après avoir avoué sa culpabilité aux gendarmes chargés de la mener en prison, après avoir reconnu cet enfant pour le sien, l'émotion de son arrestation l'avait rendue subitement muette et mise, par

suite, dans l'impossibilité de répondre aux questions du juge d'instruction, à celles du Tribunal. Simulait-elle donc le mutisme ? Pourquoi ? Quel intérêt y avait-elle, puisqu'elle avait fait par écrit l'aveu de sa faute ? Son mutisme était donc, bien au contraire, parfaitement caractéristique et d'une pureté absolue. Nous cherchâmes donc, M. Brouardel et moi, s'il existait chez elle quelque stigmate d'hystérie ; nos recherches ne furent pas de longue durée, car bientôt nous trouvions une anesthésie complète avec rétrécissement du champ visuel, une anesthésie totale du pharynx, etc. En un mot, cette femme présentait l'histoire naturelle parfaite du mutisme hystérique. J'ai su depuis lors,—mais cela n'a rien à faire avec son mutisme et je n'en parle que pour compléter son histoire,—qu'elle avait été condamnée, non pas pour infanticide, le fait n'avait pas pu être prouvé, mais pour suppression d'enfant.

Ce mutisme hystérique, d'ailleurs, nous parvenons très bien à l'obtenir artificiellement, avec tous ses caractères, chez certains sujets hystériques, par suggestion, pendant le sommeil hypnotique. —*Journal des connaissances médicales.*

**Hygiène des diarrhées.**—Au point de vue alimentaire, on doit distinguer les flux abdominaux déterminés par des affections de l'intestin grêle de ceux qui résultent de celles du gros intestin. C'est surtout avec les premiers que l'hygiène alimentaire peut donner de bons résultats.

D'abord établissons ce fait que, dans les diarrhées chroniques, le seul traitement efficace est un régime alimentaire approprié. Ce régime est absolument basé sur l'emploi des quatre moyens suivants : le lait, la viande crue, les peptones et les poudres de viande.

Le lait occupe ici la première place, et c'est par le régime lacté rigoureusement suivi que l'on vient à bout des diarrhées chroniques, et je n'en connais qu'une qui soit rebelle à ce traitement et d'ailleurs à tous les autres traitements, c'est la diarrhée tuberculeuse. J'ai dit rigoureusement suivi, car ici les infractions au régime exclusif du lait perpétuent la diarrhée au lieu de la guérir, et nous voyons bien souvent, chez nos troupes qui reviennent de l'extrême Orient, les tristes conséquences de ces infractions au régime lacté.

Le malade, se trouvant un peu mieux, abandonne le lait pour le reprendre sitôt que la maladie augmente d'intensité, la diarrhée se perpétue et le malade finit par succomber. Donc, régime exclusif au lait : puis emploi de la viande crue et des poudres de viande ; je préfère de beaucoup la seconde à la première, mais il faut aller avec une extrême lenteur et proportionner les doses de viande crue et de poudre de viande à l'état de l'intestin.

Bazile Férís préfère les peptones à la viande crue et aux pou-

dres de viande, et il faisait prendre à ses malades les peptones unies au régime lacté. Je crois que vous pouvez aussi essayer ces peptones, puis alors augmenter peu à peu l'alimentation en vous guidant sur la digestibilité des aliments que vous ordonnez.

De même que l'on a donné à certains aliments des propriétés laxatives, de même aussi on a attribué à d'autres aliments des propriétés constipantes. Je signalerai particulièrement le coing, les substances qui contiennent du tannin, comme l'artichaut : on a aussi pensé que le blanc d'œuf pouvait être utile dans ce cas. Tous ces moyens sont absolument secondaires et ne jouent qu'un rôle effacé dans la cure de la diarrhée.

Pour la diarrhée de l'enfance, c'est encore le lait qui est le grand guérisseur, et surtout le lait qui est approprié à l'âge de l'enfant, et toutes les fois que vous verrez se produire cette diarrhée verte chez vos petits malades, soyez persuadés qu'elle résulte soit de l'action du froid, soit des infractions au régime alimentaire. Il est bien entendu que vous pouvez augmenter les propriétés constipantes du lait par l'addition de l'eau de chaux, et c'est là une des principales indications de cette eau calcaire. — Dr DUJARDIN-BEAUMETZ, in *Bulletin de thérapeutique*.

**Curabilité de l'ascite dans la cirrhose.**—*Société médicale des hôpitaux*.—séance du 6 juillet 1886 — M. TROISIÈRE présente un malade âgé d'une cinquantaine d'années, exerçant le métier de jardinier, et qui est entré dans son service pour une ascite assez notable. Cet homme est manifestement alcoolique, et l'examen clinique permet de porter le diagnostic de cirrhose probable du foie. Le régime lacté fut institué et les urines, qui jusqu'à-là étaient rares et foncées, devinrent claires et très abondantes; en même temps l'épanchement ascitique diminua et disparut. Depuis lors il ne s'est pas reproduit, et la guérison paraît assez complète. La percussion révèle une légère augmentation du volume du foie, comme il en existe parfois dans la première période de la cirrhose atrophique. Il semble donc résulter de ce fait que la disparition de l'ascite en particulier, et peut-être l'arrêt du processus morbide, peuvent être obtenus au moins pendant les premiers temps de l'évolution d'une cirrhose hépatique.

M. MOUTARD-MARTIN est d'avis que les faits de ce genre, sans être communs, sont cependant connus d'un grand nombre de médecins. Il a observé deux fois, pour sa part, la disparition assez rapide de l'ascite chez des cirrhotiques à la suite de l'administration de purgatifs drastiques; mais il s'agit évidemment de la simple disparition de l'un des symptômes de l'affection hépatique, et non de la guérison de la maladie elle-même: l'ascite ne tarde guère, en effet, plus d'un ou deux mois à reparaitre.

M. RICHARD a vu un fait du même genre se produire chez une femme, cirrhotique avérée. On dut pratiquer une première ponc-

tion abdominale pour évacuer un épanchement ascitique abondant ; puis trois autres ponctions furent faites à six semaines d'intervalle. M. Richard avait perdu de vue la malade, lorsqu'il apprit six semaines plus tard qu'elle était complètement guérie. Il y a deux ans que la santé se maintient très satisfaisante ; à peine un peu de liquide ascitique s'est-il produit depuis un an environ.

M. FERÉOL a soigné dernièrement dans son service un homme, alcoolique avéré, atteint de cirrhose avec ascite considérable. Il dut pratiquer deux ponctions et s'attendait à une terminaison rapide par suite de l'état de cachexie avancée dans lequel était tombé ce malade. Cependant, la seconde ponction fut suivie d'une guérison au moins apparente, et le liquide ne se reproduisit pas. Quelque temps après, cet homme fut pris d'une pleurésie avec épanchement qui nécessita la thoracenthèse ; le liquide pleural était franchement hémattique et transparent ; il renfermait beaucoup d'hématoidine, mais peu de globules sanguins. Après une seconde thoracenthèse, l'épanchement pleural ne se produisit plus, et depuis plus de deux mois cet individu semble bien portant ; il reste certainement amaigri, mais la guérison ne paraît pas se démentir. Il n'est ni tuberculeux, ni cancéreux.

M. LÉGRoux a vu, il y a quelques années, un alcoolique atteint de cirrhose avec ascite, et auquel on administrait tous les deux ou trois jours quatre pilules de Bontius ; chaque fois l'ascite disparaissait rapidement. Lorsqu'elle s'était reproduite, on recommençait le même traitement et l'on obtenait toujours le même résultat. L'autopsie montra, au bout de trois ans, que le diagnostic était bien exact.

Il observe en ce moment un individu, ancien obèse, alcoolique manifeste qui a été diabétique, puis albuminurique ; ce malade a une cirrhose atrophique et on l'a ponctionné plusieurs fois ; en outre, il est soumis au régime lacté et aux purgations répétées. Sous l'influence de ce traitement, le sucre et l'albumine ont disparu de ses urines, l'ascite est restée près d'un an sans se reproduire. Elle commence à acquérir de nouveau un certain volume, et la ponction devra sans doute être prochainement renouvelée. On voit que, dans ces faits comme dans celui de M. Troisième, l'ascite a pu disparaître pendant un temps plus ou moins long au cours d'une cirrhose avérée.

M. ÉDOUARD LABBE dit que le diagnostic de cirrhose s'établit le plus souvent par exclusion ; qu'on ne songe pas assez à la possibilité d'une pyléphlébite, et ce cas est plus fréquent qu'on ne le suppose. Il a observé chez une malade soignée à la maison Dubois pour une ascite liée à la cirrhose, et qui succomba, l'existence d'un kyste de l'ovaire ; l'autopsie ne laissa aucun doute sur la réalité d'une pyléphlébite antérieure au développement du kyste de l'ovaire.

Chez un autre malade que l'on avait eu pendant plus de six

mois atteint d'une cirrhose avec ascite, on a constaté un carcinome du bassin. Rien ne ressemble autant en clinique à une cirrhose atrophique qu'une pyléphlébite; le léger mouvement fébrile et la rapidité du début des accidents peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

M. GUYOT a suivi pendant cinq ans un malade syphilitique atteint de cirrhose du foie et chez lequel l'ascite a disparu à diverses reprises pendant un temps considérable. L'autopsie est venue confirmer le diagnostic. D'ailleurs il a souvent recherché l'existence de la pyléphlébite, mais depuis trente ans il n'a pu parvenir à en rencontrer aucun cas.

Séance du 13 juillet.—M. TROISIÈRE a reçu deux observations relatives à la disparition de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique. L'une est celle d'un homme de 40 ans, alcoolique présentant une ascite considérable, avec œdème des membres inférieurs, ictère, urines rares et foncées. M. Vulpian diagnostiqua une cirrhose atrophique, bien que le volume du foie fût masqué par l'abondance de l'épanchement, et porta un pronostic grave. Le malade guérit. Des accidents analogues, suivis également de la disparition de l'ascite, se seraient montrés quatre ans auparavant chez ce même malade.

La seconde observation est celle d'un homme qui souffrait, depuis quatre à cinq ans environ, de douleurs abdominales, et chez lequel M. Siredey avait diagnostiqué une cirrhose alcoolique. Il présentait de l'ascite avec œdème des jambes, urines rougeâtres, épistaxis; le foie était petit. Sous l'influence du régime lacté et des purgatifs répétés, l'ascite disparut et la guérison sembla complète. Depuis lors sont apparus des signes de tuberculose pulmonaire non douteuse. Aussi pourrait-on se demander s'il ne s'est point agi dans ce cas de la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse terminée par la guérison. M. Lancereaux a décrit une péritonite alcoolique chronique, et M. Ludet, de Rouen, rapporte l'ascite de certains alcooliques à l'irritation péritonéale consécutive à une inflammation subaiguë des voies digestives. M. Dieulafoy a également attribué l'ascite, du moins en partie, à une lésion des origines périphériques de la veine porte. On pourrait, dès lors, expliquer la disparition de l'ascite chez les alcooliques par la guérison de l'irritation péritonéale, indépendamment de la marche des lésions de cirrhose hépatique. Quoi qu'il en soit, on est amené par les faits à regarder comme un peu moins sombre le pronostic de la cirrhose alcoolique.

M. DIEULAFOY a recueilli trois observations analogues. La première est celle d'une femme qui présentait les signes d'une cirrhose de Laënnec vulgaire; son ascite, considérable, rétrocéda rapidement à la suite d'un flux diarrhéique spontané, très intense; l'épanchement disparut en huit ou dix jours. La malade ayant succombé peu de mois après à la tuberculose, l'autopsie permit de constater une cirrhose atrophique des plus évidentes.

La seconde observation appartient à un malade ponctionné deux ans auparavant; c'était un alcoolique avec ascite volumineuse; le foie ne semblait pas modifié dans son volume, il n'y avait pas de dilatation veineuse cutanée. La ponction fut pratiquée et le liquide ne se reproduisit pas. L'ascite essentielle est tellement exceptionnelle, que l'on est en droit d'admettre une cirrhose atrophique chez ce malade, bien qu'il n'ait pu être suivi davantage.

Dans la troisième observation, il s'agit d'un brightique atteint de cirrhose au cours du mal de Bright. La ponction de l'ascite fut faite et le liquide ne se reproduisit pas. Le malade mourut deux ans plus tard d'accidents brightiques épileptiformes.

Pour expliquer le mécanisme de l'ascite dans la cirrhose du foie, on doit tenir grand compte de l'obstacle à la circulation porte. Mais on voit parfois l'ascite se montrer comme premier symptôme d'une cirrhose atrophique, alors que l'obstacle mécanique au niveau du foie est absolument insuffisant pour en expliquer la production. D'autre part, cet obstacle peut exister très marqué sans entraîner l'ascite. Il existe donc des causes d'ascite autres que l'obstacle à la circulation veineuse. Ce sont d'abord des lésions de péritonite localisée, de périhépatite, ou même de péritonite subaiguë plus ou moins diffuse; ce sont enfin des altérations des rameaux d'origine de la veine porte, d'une périphlébite analogue à celle qui existe dans le foie. Cette périphlébite a été constatée par M. Dieulafoy dans quatre cas où il n'existait pas de péritonite. Les parois des racines de la veine porte sont doublées ou triplées de volume, par suite de la sclérose de la tunique externe, les autres tuniques ont disparu; dans quelques points, on voit des prolongements fibreux, vestige de la veine, unis à d'autres prolongements voisins et enserrant l'artériole et le rameau nerveux. Peut être des lésions semblables pourraient-elles expliquer aussi les hémorragies du tube digestif qui surviennent souvent au début de la cirrhose du foie.

M. LETULLE rapporte deux observations dans lesquelles l'ascite a disparu chez des cirrhotiques, à la suite d'une ponction dans le premier cas, et d'un purgatif drastique dans le second. Il est conduit à considérer l'ascite en pareil cas comme le résultat d'une hydropéritonite séreuse subaiguë.—*Praticien.*

### Diarrhée infantile.—*Dr K. Chambers.*

P.—Teinture d'opium.....	10 minimes
Poudre d'ipécac.....	2 grains
Bicarbonate de soude.....	10 "
Sirop.....	½ once
Eau.....q.s. pour faire.....	½ once

M.—*Dose*: Une cuillerée à thé toutes les heures.—*Leonard's Medical Journal.*

## CHIRURGIE.

**Des abcès froids.**—Clinique de M. TERRILLON, à l'hospice de la Salpêtrière.—Nous allons aborder aujourd'hui l'étude d'une affection que vous aurez fréquemment l'occasion de rencontrer dans la pratique et dont le traitement a fait, dans ces dernières années, de si importants progrès; je veux parler des *abcès froids*.

Les abcès froids, vous le savez, comprennent deux grandes variétés: les uns, les *abcès froids* proprement dits, dûs, le plus ordinairement, à une *tuberculose locale* du tissu cellulaire, les autres, dits *abcès ossifluents*, ayant leur point de départ dans une maladie osseuse, presque toujours d'origine tuberculeuse. La première variété nous occupera tout d'abord.

Vous avez pu récemment observer, dans nos salles, un exemple remarquable d'abcès froid, chez une de nos malades âgée de 60 ans et affaiblie depuis deux ans environ. Cette femme présentait à la partie inférieure et externe de l'avant bras, une petite tumeur arrondie, assez résistante d'abord, qui, insensiblement, a augmenté de volume, s'est ramollie peu à peu, au point de présenter bientôt une fluctuation très évidente. Tout cela sans inflammation apparente, sans douleur; à peine la malade éprouvait-elle quelque gêne dans les mouvements du poignet et du pouce. Pendant longtemps on a essayé les applications externes de teinture d'iode, sans succès du reste. Dans ces derniers temps cependant, soit sous l'influence d'un traumatisme, soit sans cause apparente, la petite tumeur a subi une légère poussée inflammatoire.

C'est dans ces conditions que la malade a été traitée primitivement. On a d'abord pratiqué une ponction de la tumeur fluctuante pour en connaître le contenu, et ensuite, par une étroite ouverture, on a favorisé l'écoulement du contenu liquide. Chaque jour, ont été pratiquées dans la cavité de l'abcès des injections phéniquées, sans obtenir de guérison. Cette absence de résultat, malgré la thérapeutique employée, n'a rien qui doive nous étonner. Vous trouverez dans la constitution même de l'abcès les causes de cet insuccès.

En effet, si vous en examinez les parois, vous constatez que la cavité est limitée par un tissu épais, induré, et qu'il persiste, malgré le traitement précédent, deux fistules par lesquelles s'écoule un liquide jaunâtre, séreux. Le gonflement périphérique ne tend nullement à disparaître. De plus, l'examen local montre encore, au niveau du radius, une tuméfaction allongée et dure qui masque complètement l'os sous-jacent. La pression fait sourdre un pus séreux.



En face de ces phénomènes, on peut soulever deux hypothèses: ou bien il s'agit d'un abcès froid ossifluent, ou bien l'os sous-jacent est sain et il ne s'agit alors que d'un abcès froid simple ou mieux d'une tuberculose locale suppurée.

Pour élucider la nature de la lésion et dans le but d'agir plus activement sur cette maladie locale, j'ai pratiqué une large incision et, à travers cette large ouverture, j'ai pu alors explorer la cavité. Je vous ai montré qu'elle était tapissée de végétations fongueuses, d'aspect gélatiniforme, peu vasculaires et faciles à détruire par le raclage. Au dessous de cette couche, on ne peut sentir aucune saillie osseuse dénudée; partout, au contraire, au fond de la cavité, dans les culs-de-sac, le doigt se promène sur une membrane œdémateuse, d'aspect fibreux; tout autour, enfin, les tissus sont indurés. Remarquez de plus qu'elle est située entre la peau et l'aponévrose profonde fortement épaissie; que le tendon du grand palmaire, lisse et intact, la traverse dans toute sa longueur. Après avoir ouvert cet abcès, j'ai ouvert avec une curette les fongosités, j'ai nettoyé toute la cavité de façon à mettre à nu l'enveloppe fibreuse et blanchâtre de la poche; alors j'ai bourré celle-ci avec de la gaze iodoformée et puis entouré le tout de ouate hydrophile.

De tout ceci, reprenez bien le mode d'évolution de cette tumeur: tout d'abord, apparition d'une tuméfaction au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Plus tard, ramollissement de la tumeur et fluctuation, puis, après une ouverture insuffisante, production de deux fistules et ensuite constatation des fongosités qui garnissent la poche et entretiennent la suppuration. Telle est l'évolution ordinaire des abcès froids.

Étudions maintenant plus en détail leurs caractères anatomiques.

L'examen histologique des parois montre qu'il s'agit là d'une altération de nature toute spéciale. Sur une coupe de la paroi on voit qu'elle est constituée par trois couches assez distinctes: tout d'abord la surface interne, inégale, irrégulière, parsemée d'anfractuosités et de fongosités, déchiquetée en un mot; il s'en détache de petits fragments qui tombent dans l'intérieur de la cavité et se mêlent au pus qu'elle contient. Cette première couche se laisse détruire très facilement par le grattage. Il n'en est plus de même de la seconde couche formée de cellules embryonnaires, elle est plus solide et résiste davantage. La troisième couche est formée par une membrane plus résistante, formant une zone solide, c'est la membrane limitante.

L'examen histologique montre les parois infiltrées de tubercules. En effet, au niveau de la couche interne, on trouve une accumulation d'éléments embryonnaires, devenus caséeux, entourant la cellule géante, caractérisée par ses noyaux multiples et l'irrégularité de ses prolongements, puis çà et là des capillaires oblités.

rés. La couche moyenne est infiltrée de tubercules embryonnaires, c'est-à-dire de petits nodules microscopiques, dont le centre est occupé par une cellule géante, puis autour se massent des cellules embryonnaires et, plus extérieurement, des cellules plus larges, dites cellules épithélioïdes. Ces corpuscules tuberculeux sont séparés les uns des autres par une infiltration de cellules embryonnaires, et se présentent sous la forme de petits nodules arrondis, éloignés les uns des autres ou confluent. Virchow a également signalé l'existence d'un certain nombre de nodules tuberculeux privés de cellule géante. Ces deux couches que je vous ai décrites séparément pour la facilité de la description, ne sont point, en réalité, aussi distinctes, elles se soudent l'une à l'autre. L'intérieur de la poche est primitivement organisé, mais, par suite de la caséification des tubercules, de leur désagrégation, elle se ramollit, tombe en détritibus, et, peu à peu, la destruction envahissant les couches successives, la cavité de l'abcès augmente.

La couche la plus extérieure de l'abcès froid est constituée par de nombreuses cellules embryonnaires, tassées, agglutinées les unes contre les autres, mais sans aucune organisation, et parsemée çà et là de nodules tuberculeux. Il n'est pas rare dans ces variétés d'abcès, de rencontrer des anfractuosités et des prolongements de la cavité principale sous forme de boyaux secondaires qui présentent les dispositions les plus variées et les ramifications les plus complexes. Au point de vue clinique, ces prolongements ont une importance capitale, ils expliquent la difficulté de guérison, car ce sont autant de foyers secondaires qui deviennent le point de départ de nouvelles poussées tuberculeuses et par suite de nouveaux abcès froids.

Étudions maintenant les rapports de ces abcès avec les tissus de voisinage. Dans bien des cas, la poche est facilement isolable; elle peut être décortiquée lorsqu'elle est bien limitée, surtout au début; mais, plus tard, naissent les prolongements dont nous avons parlé, qui envahissent les muscles, les gaines tendineuses, etc., et qui rendent l'énucléation impossible. Dans d'autres cas, vous trouverez des cloisonnements plus ou moins complets, dus à ce que les prolongements de la poche se sont étalés et ont pris du développement, alors que leur communication avec la poche s'élargissait peu à peu. Attendez-vous donc à trouver dans la conformation de ces abcès les variétés les plus grandes.

Quant à leur contenu, c'est ordinairement un pus mal lié, diffus, presque séreux, mais il renferme souvent des grumeaux formés par les détritibus de la surface interne qui nagent dans le liquide. Ces grumeaux expliquent la difficulté d'évacuer ces abcès par l'aspiration; quelquefois même, en employant un trocart assez gros, on ne peut les vider.

Le contenu de ces abcès est toujours soumis à une assez forte

pression, aussi s'échappe-t-il avec violence lors de l'incision de ses parois.

Si le liquide diminue de quantité et tend à disparaître, alors que les éléments solides sont très abondants, on observe alors une variété décrite sous le nom d'*abcès caséux*, dont la cavité est remplie par une masse blanchâtre plus ou moins épaisse. Enfin, dans les abcès très anciens, il peut se faire une résorption lente des éléments solides; la partie liquide, au contraire, s'y accumule et, lorsqu'on les ouvre, il s'en échappe un liquide clair, chargé quelquefois de cholestérine, ce sont des abcès froids transformés en kystes.

Vous voyez, Messieurs, par tous ces détails, que les apparences sous lesquelles se présentent les abcès froids sont multiples. C'est en somme toujours la même affection, mais qui évolue suivant un processus différent.

Telles sont les notions les plus exactes que l'examen histologique nous avait fournies sur la structure de ces abcès, lorsqu'une découverte récente nous montra un autre élément caractéristique, ayant encore une plus grande valeur. Dans le pus de ces abcès, dans les fongosités qui les tapissent et même dans l'épaisseur de leurs parois, on rencontre toujours des bacilles caractéristiques de la tuberculose.

Un examen soigneux, pratiqué après coloration des liquides, permet de reconnaître facilement ces microbes spéciaux, sous forme de petits bâtonnets. Ils sont souvent difficiles à rencontrer; et de nombreuses préparations sont nécessaires pour y arriver; cependant, il est rare qu'on ne puisse les constater, surtout en interrogeant les fongosités encore fraîches de la surface interne.

J'ai vu cependant des cas dans lesquels les recherches les plus minutieuses et les plus patientes n'ont pas permis de retrouver le bacille caractéristique.

Mais alors, Messieurs, nous avons un autre critérium, une autre preuve encore plus absolue que la précédente, elle nous est fournie par l'inoculation.

Vous introduisez dans le tissu cellulaire d'un lapin une parcelle de pus ou de fongosité, et, bientôt après, vous voyez évoluer une tuberculose généralisée qui tue l'animal à coup sûr. Cette inoculation demande malheureusement un temps assez long, un, deux ou trois mois, avant de fournir la preuve demandée, mais elle est ordinairement très probante et, quand elle est positive, elle devient presque infaillible.

Nous verrons, à propos du traitement, quel rôle on a fait jouer à ces bacilles, origine de la maladie, et seuls capables de l'entretenir. Nous verrons, dis-je, qu'il suffit de les détruire ou d'empêcher leur développement pour arrêter la marche de la maladie locale et la guérir à coup sûr.—(A suivre)—*Progrès médical.*

**Plaies de l'intestin grêle par armes à feu.**—Que faire quand on se trouve en présence d'un blessé qui, ayant reçu un projectile de moyen ou de petit calibre dans la région abdominale, présente des signes de plaies de l'intestin? Ce redoutable et intéressant problème de thérapeutique chirurgicale vient d'être mis à l'ordre du jour, à la suite d'une magistrale leçon clinique de M. le professeur Trélat et d'un fait communiqué par M. le Dr Pozzi à la *Société de chirurgie*. Parcourons brièvement les deux faits observés par ces chirurgiens:

1<sup>o</sup> Le 2 décembre, un homme grand et vigoureux reçoit, à une heure de l'après-midi, un coup de revolver au niveau de la région sous-ombilicale gauche, à 7 centimètres de l'ombilic. Il entre à l'hôpital de la Charité, 5 heures après, dans un état de bonne santé apparente. Le lendemain matin se montraient un léger météorisme, un peu de hoquet, une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Les *urines* ne contenaient *point de sang*, les *selles* pas davantage. Bientôt le météorisme augmentait, et, sans que la température s'élevât, le pouls devenait fréquent et serré (signe de péritonite commençante). Néanmoins, M. Trélat jugeant l'état de ce malade désespéré, et considérant que la seule chance de salut ne pouvait être que l'occlusion des plaies de l'intestin, se décide à faire la laparotomie.

L'opération est exécutée 26 heures après la blessure; elle permet de constater l'existence d'un foyer restreint de péritonite due à l'épanchement des matières intestinales provenant de deux perforations siégeant sur l'iléon et se montrant sous l'aspect de plaies arrondies, violacées, de petit diamètre. Les plaies furent fermées au moyen de quelques points de suture à la soie phéniquée et, quand on se fut assuré qu'il n'existait aucune autre lésion intestinale pouvant donner issue aux matières, le ventre fut refermé. Vingt-quatre heures après, le malade succombait; mais l'autopsie très soigneusement pratiquée montrait que les plaies intestinales étaient parfaitement fermées, que la péritonite constatée au moment de l'opération n'avait pas augmenté après celle-ci et que le blessé avait succombé à des phénomènes de congestion pulmonaire dans lesquels le météorisme, dû au choc traumatique de l'intestin, et la dégénérescence graisseuse du foie et du cœur jouaient un rôle prépondérant.

Voici maintenant le fait de M. Pozzi:

2<sup>o</sup> Un jeune homme de 15 ans reçoit dans le côté droit de l'abdomen, au-dessous de l'ombilic, et à peu de distance de la ligne blanche, un coup de revolver dirigé de haut en bas et de droite à gauche. Trois heures après, survient un frisson assez violent; vomissements, envie d'uriner, émission de 200 à 300 grammes d'urine sanguinolente. Donc plaie certaine de la vessie, plaie très probable de l'intestin. Quelques heures après (8 heures après l'accident), M. Pozzi, assisté de M. le professeur Trélat, pratique

la laparotomie. En incisant la paroi abdominale il constate de l'infiltration d'urine dans le tissu prévésical. L'abdomen ouvert, on trouve trois doubles perforations de l'intestin (six plaies par conséquent) et trois éraflures continues l'une avec l'autre et formant une surface allongée assez irrégulière. Trente-trois points de suture à la soie de Czerny sont placés pour fermer toutes ces perforations, puis le ventre est refermé et on a grand soin d'isoler la cavité de Retzius de la cavité péritonéale et de placer une sonde communiquant avec la vessie. Après avoir présenté un état satisfaisant pendant quelque temps, l'opéré succomba soixante heures après la blessure, cinquante deux après l'intervention chirurgicale. L'autopsie montra, comme dans le fait précédent, que les sutures fonctionnaient bien, qu'il n'y avait aucune trace de péritonite, mais qu'au niveau de la suture faite pour fermer deux plaies par éraflure très rapprochées l'une de l'autre, le calibre de l'intestin était notablement rétréci. Il est possible, comme le pense M. Trélat, que ce rétrécissement ait joué un rôle important dans l'issue funeste; il ne faut pas nier non plus, comme le fait observer M. Pozzi, que la paralysie intestinale ait pu avoir aussi un rôle néfaste comme sur le malade opéré à la Charité.

Nous avons rapporté avec quelques détails ces deux faits, car ils sont absolument typiques et les objections que l'on a faites à la conduite de MM. Trélat et Pozzi n'ont pu combattre efficacement la doctrine mise en pratique par les deux opérateurs. M. Berger a vu guérir une plaie par balle de la fosse iliaque droite dans laquelle l'intestin avait été blessé. Dans ce cas, il est à peu près certain que les lésions portaient sur le gros intestin, et on sait, d'après les faits connus, que si les plaies de cette portion du tube digestif guérissent spontanément quelquefois, il n'en est jamais de même pour celles de l'intestin grêle. M. le professeur Verneuil a constaté plusieurs fois la bénignité des plaies de la poitrine et du foie par petit projectile; mais une lésion de l'intestin grêle n'est nullement comparable. M. Tillaux et d'autres encore admettent que les plaies réelles du petit intestin peuvent guérir et citent des guérisons spontanées de plaies pénétrantes de l'abdomen. Mais qui dit que dans ces cas l'intestin a été réellement blessé, et ne voit-on pas dans les observations les plus connues que sa lésion n'a été que probable? Et d'ailleurs, il ne faut pas croire que la petitesse du projectile soit toujours une condition de bénignité; nous tenons de médecins militaires fort au courant de ces sortes de blessures qu'un projectile de très petit calibre fera à l'intestin des perforations d'autant plus grandes que le coup aura été tiré de plus près. Pour ces diverses raisons nous ne pouvons que nous rattacher à la pratique enseignée par M. Trélat et qu'il nous reste à résumer en quelques lignes. Sans vouloir suivre la pratique des chirurgiens américains qui ouvrent le ventre non-seulement quand, à la suite d'une plaie de l'abdomen

par projectile de gros ou de petit calibre, il y a des signes certains de plaies de l'intestin, mais encore dès qu'il y a doute sur l'existence de celle-ci, le professeur de la Charité établit comme règle qu'il faut agir *dès qu'il y a des signes de perforation, et s'il n'y en a pas, à la première apparition des signes de péritonite*. C'est là, pour lui, le moment opportun, et il appartient à la sagacité du chirurgien de le saisir,

Il est, en effet, certain que tous les malades atteints de blessure avec perforation de l'intestin grêle, par coup de feu, meurent s'ils ne sont point traités. Quand ils succombent après l'intervention, la mort est due à la continuation d'une péritonite antérieure; il ne faut donc pas trop attendre pour opérer. Les cas de succès appartiennent à une intervention immédiate ou très rapide, sinon au début de la péritonite septique. Au delà de la quinzième heure donc, il y a peu de chances de réussite. Quand les opérés succombent à un épanchement stercoral consécutif, c'est qu'une plaie a été mal fermée ou qu'un orifice a été méconnu; il faut donc explorer avec soin l'intestin afin d'être sûr de *boucher tous les trous*.

Si deux ou plus de ceux-ci sont assez rapprochés pour que leur fermeture amène un rétrécissement diminuant des  $\frac{2}{3}$  le calibre de l'intestin, il vaut mieux *réséquer* la partie blessée et *faire la suture circulaire*.

Il est enfin des complications mal définies, météorisme, paralysie intestinale, contre lesquels l'opérateur le plus habile est absolument désarmé à l'heure qu'il est et qui sont la cause évidente de certains insuccès. Néanmoins il faut agir dans tous les cas qui présentent l'indication opératoire. L'intervention bien conduite, si grave qu'elle soit, ne pourra aggraver la situation du blessé et dans quelques cas pourra le sauver.—*Concours médical*.

**Du phlegmon diffus.**—Clinique de M. le docteur RECLUS, à l'Hôtel-Dieu.—L'ancien phlegmon diffus, celui dont vous trouverez la description dans tous vos livres classiques, n'existe plus. L'assainissement de nos hôpitaux et une thérapeutique meilleure ont singulièrement modifié cette affection. En effet, voici ce que tous les auteurs vous disent: "C'est une affection caractérisée par la suppuration non circonscrite du tissu cellulaire sous-cutané. Dans la suite, les vaisseaux lymphatiques, les ganglions, et les veines quelquefois sont détruits; les aponévroses et les muscles sont réduits en bouillie; le périoste et les os baignent dans le pus; les artères seules sont respectées, et encore pas toujours, témoin ces faits d'hémorragies foudroyantes; la peau, enfin, devient noire, gangreneuse, s'ulcère et, par les ouvertures ainsi formées, laisse échapper une foule de matières. A ces troubles locaux si considérables s'ajoutent, outre des douleurs extrêmement vives, des phénomènes généraux tels que de la céphalalgie, une éléva-

tion de température, des frissons, du délire ou du coma. Bref, la plupart du temps, le malade ne tarde pas à être emporté, soit par une hémorrhagie, soit par l'infection purulente, soit par toute autre complication."

Tel est ce tableau; or, comme vous allez le voir, il diffère beaucoup de celui d'une forme grave de phlegmon diffus que nous avons dans notre service. Voici le fait: Un relieur de 36 ans, occupé à nettoyer des vitres, se fit, en tombant du haut de son échelle sur le membre supérieur gauche, une plaie à l'avant-bras. Lors de son entrée à l'hôpital, quelques heures après l'accident, M. Castex, mon chef de clinique, constata, le soir à sa visite, l'existence d'une petite plaie. Le lendemain, les choses étaient bien différentes. Et de fait je trouvai au matin un avant-bras tendu et œdémateux, une peau marbrée par place et présentant quelques phlyctènes. Nous étions donc en présence d'un phlegmon diffus, aussi fîmes-nous immerger l'avant-bras de cet homme dans un bain antiseptique à la température de 54°. Eh bien, qu'est-il advenu? Sous l'influence de cette thérapeutique, dès le soir, la température était redescendue de 38°2 à 37°5. Maintenant, huit jours plus tard, les choses allant à souhait, je me crus autorisé à pouvoir sortir ce membre de son bain antiseptique pour examiner de plus près les lésions. Mal m'en prit, car après avoir déterminé très probablement dans les parties profondes une déchirure des vaisseaux, la température remonta de 37 à 40°9, de sorte que le lendemain je me retrouvai au même point que le premier jour, avec une véritable eschare au niveau du poignet. En présence d'une situation aussi grave, nous n'avons pas hésité à faire, à l'aide du thermo-cautère, une large incision sur la face dorsale de l'avant-bras, s'étendant de la racine de l'index jusqu'à la partie inférieure du bras. Cette intervention ne nous ayant pas paru suffisante, nous avons encore pratiqué deux incisions: une sur la partie antérieure de l'avant-bras et une nouvelle sur la face postérieure. Le résultat a été merveilleux: la température est descendue de 40° à 37° et les phénomènes généraux ont disparu.

Voilà le tableau du phlegmon diffus actuel! C'est le premier que vous voyez dans mon service, et ce sera, du moins je l'espère, le dernier. Il n'en reste pas moins vrai que ce tableau diffère de beaucoup de celui du compendium. Quelles sont donc les causes qui font qu'à l'heure actuelle le phlegmon diffus, autrefois si grave qu'on proposait à chaque instant l'amputation du membre malade, n'est plus aussi à craindre? Pour résoudre cette question, il est indispensable de remonter à l'origine de la suppuration. Et, en effet, d'après les bactériologistes modernes, la suppuration est due à trois microbes: le *staphylococcus pyogenes aureus*, le *staphylococcus pyogenes albus* et le *streptococcus pyogenes*. Eh bien, est-il possible d'admettre que le *staphylococcus aureus*

puisse engendrer deux maladies différentes? Non. Quel est donc le facteur qui fait qu'un phlegmon ne se circonscrit pas? Comme premier argument, on pourrait invoquer la violence de l'invasion du microbe. Cela est possible, mais je crois, quant à moi, que lorsque les inoculations se font successivement, la barrière est forcée. Que les colonnes ennemies, par exemple, se multiplient, et la citadelle, après avoir résisté à plusieurs assauts, finira fatalement par être envahie. Il est, en outre, quelque chose dont il faut tenir grand compte: c'est la résistance opposée par les tissus. Si le phlegmon atteint un vieillard, un alcoolique, un diabétique, un albuminurique, il prendra immédiatement des proportions inquiétantes. J'ai, pour ma part, été à même d'observer un fait de ce genre. Appelé auprès d'une dame âgée pour un phlegmon du pied, j'ai vu, malgré mes incisions, le mal gagner de jour en jour et emporter la malade.

Parmi ces conditions qui font que nos phlegmons diffus sont si différents des anciens, nous devons encore noter l'antisepsie actuelle. Autrefois, en effet, les salles d'hôpital étaient le véritable rendez-vous de tous les microbes de la création. Qu'un blessé arrivât, alors, immédiatement, parmi tous les germes qui pouvaient tomber sur sa plaie, l'un prenait le dessus, celui de l'érysipèle par exemple, et donnait lieu à une affection hybride désignée sous le nom d'érysipèle suppurant. J'ai encore dans mes souvenirs une épidémie terrible qui eut lieu en 1869 à la Pitié. Les malades avaient à la fois sur la peau un érysipèle, dans le tissu cellulaire un phlegmon et dans les veines une phlébite.

Maintenant, pourquoi le type du phlegmon diffus était-il si ondoyant; pour quelle raison cette maladie était-elle si rebelle au traitement? Mais, c'est parce que nous n'en connaissions pas les origines. Et, en effet, la bactériologie moderne a démontré que le staphylococcus aureus prend un aspect tout à fait différent suivant le milieu de culture où il se trouve. Que vous mettiez du pus sur le pourtour de la matrice de l'ongle, vous aurez un panaris; que ce soient, au contraire, des glandes sébacées qui soient contaminées, vous verrez apparaître une furoncle ou un anthrax, suivant le nombre des glandes atteintes; supposez que la matière infectieuse traverse le derme et arrive dans le tissu cellulaire, c'est un phlegmon diffus qui se formera; allant, enfin, encore un peu plus loin, nous expliquerons l'infection purulente par la pénétration du germe dans l'intérieur des veines et des capillaires, et l'ostéomyélite par sa présence dans le périoste et dans les os.

Il me reste encore à vous dire qu'à l'heure qu'il est la thérapeutique du phlegmon diffus donne des résultats vraiment merveilleux. Vous connaissez tous ce traitement; il consiste à immerger le membre atteint dans de l'eau à 45°. Maintenant, quand il s'agit de faire des ouvertures, ayez toujours recours au thermocautère, mais jamais au bistouri. Il y a, pour agir de la sorte,



deux bonnes raisons : la première, c'est que le thermo cautère ferme les vaisseaux en même temps qu'il les divise ; et la seconde, c'est que cet instrument, par sa chaleur, détruit non seulement les microbes avec lesquels il se trouve directement en contact, mais encore ceux qui sont dans les parois naissantes. Enfin, de nos jours, nous nous gardons bien de presser sur les tissus pour en faire sortir le pus, sachant trop bien que nous pouvons auto-inoculer nos malades en ouvrant une série de vaisseaux. Comme preuve de ce dernier point, l'observation que je vous ai rapportée au commencement de cette leçon devra vous suffire, car si ce malade n'était pas mieux aujourd'hui, j'aurais, pour m'être départi de la règle, presque un crime à me reprocher.

**Nouveau traitement de la pustule maligne.**—Le Dr. D. Frederico RIVAS rend compte, dans la *Union de las Ciencias medicas* de Carthagène, de trois cas de pustule maligne traités avec succès par une pâte composée de poudre de quinquina et d'huile essentielle de térébenthine.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme chez qui la pustule se présenta sur l'articulation métatarso-phalangienne : on la traita avec différents moyens, et, comme aucun ne produisit l'effet désiré, on fit usage de la dite pâte ; les douleurs cessèrent immédiatement, l'œdème de l'extrémité diminua, et tout resta réduit à une croûte qui se détacha le quatrième jour, laissant une trace indélébile.

Le deuxième se présenta au bout de peu de jours chez un berger, parmi le troupeau duquel existait épidémiquement cette maladie, à la suite de la piqûre d'une mouche à la partie inférieure de la région temporale : deux heures après l'accident, un œdème intense de la tête et du cou le défigurait complètement : on lui appliqua, en conséquence, la dite pâte, et en deux heures, l'œdème diminua considérablement et la douleur disparut ; au bout de deux jours, il sortit une grande quantité de sérosité sanguinolente ; au bout de quatre jours, la croûte se détacha, et le malade se trouva complètement guéri.

Le troisième cas se rapporte à un berger du même troupeau, qui sans consulter, s'appliqua ce qui était resté en surplus du médicament de son camarade ; la croûte formée se détacha, dans les mêmes conditions que les précédentes, le quatrième jour.

Bien que les cas observés soient peu nombreux, néanmoins, par leur précision, ils encouragent à essayer ce traitement avant aucun autre, vu surtout la rapidité de ses effets.

Les quantités de poudre et d'essence à employer sont celles suffisantes pour former une pâte molle, qu'on a soin de renouveler souvent, à cause de la facilité avec laquelle elle se sèche.—*Revue des sciences médicales.*

## OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

**Des présentations occipito-iliaques ; mécanisme de l'accouchement.**—Clinique de M. PAJOT à l'hôpital de la Clinique.—Les positions occipito-iliaques gauches antérieures sont de beaucoup les plus fréquentes, et, sans vous donner les chiffres de ma statistique personnelle, je vous citerai ceux de Dubois (absolument du reste conformes aux miens), qui n'a pas relevé moins de 1913 positions ;—il est fâcheux qu'il ne soit allé jusqu'à 2,000 ; un chiffre rond comme celui-là est toujours bien plus facile à retenir. Sur ces 1913 positions, il y en a 1355 qui sont des positions occipito-iliaques antérieures gauches, et seulement 491 occipito-iliaques postérieures droites, plus 55 droites antérieures et 12 gauches postérieures.

Dans les premières, c'est-à-dire dans la position occipito-iliaque gauche antérieure, l'accouchement est presque toujours spontané ; c'est la règle. Et si l'on compte quelques accidents, si même ceux-ci sont plus nombreux que dans les autres positions, ils ne le sont pas relativement à ceux que l'on observe dans les autres positions ; ils sont seulement plus nombreux parce que le nombre de ces positions est plus considérable. En réalité, ils sont proportionnellement moins fréquents, au contraire. En tous cas, du reste, les accidents morbides ne relèvent pas de cette position.

Il n'en est pas de même de ces positions occipito-iliaques postérieures où la femme, par le fait seul de cette position, peut ne pas accoucher facilement, où cette position entraîne par elle-même certaines difficultés d'accouchement.

Les phénomènes mécaniques de l'accouchement ont été très arbitrairement divisés en un certain nombre de temps : cinq pour Baudelocque, six et même sept pour d'autres accoucheurs. Des divisions aussi nombreuses des mouvements mécaniques me paraissent tout à fait surannées. Il n'y a ni six ni sept temps dans l'accouchement ; il n'y en a que trois principaux et pas davantage, le fœtus ne présentant, sous le point de vue de l'accouchement, que deux parties principales : la tête et le tronc, parties auxquelles s'ajoutent accessoirement les membres.

Quand j'ai dit qu'il n'y avait qu'un seul mécanisme pour tous les accouchements, ce qui est absolument vrai, de toutes parts on a jeté les hauts cris ; et cependant Dubois s'était, déjà avant moi, exprimé, en partie du moins, de la même façon.

Le premier temps est caractérisé par l'engagement, la progression, la descente des parties fœtales qui se dirigent de plus en plus vers le vagin et la vulve, poussées qu'elles sont par les contractions utérines.

Ce premier temps, ainsi d'ailleurs que les deux autres, est le même pour tous les accouchements.

Le deuxième temps est le temps dit de rotation ou, comme je l'ai appelé, le temps d'accommodation, c'est-à-dire que le fœtus, engagé d'une certaine façon, accomplit un mouvement de rotation, de telle sorte que le grand sens des parties fœtales se trouve dans le grand sens du passage à parcourir. Cette rotation n'est nullement un mouvement instinctif du fœtus, comme on l'a cru pendant longtemps, et comme Dubois lui-même le croyait. Le fœtus y est absolument étranger; je n'en veux d'autre preuve que ce même mouvement de rotation se produisant encore alors que l'enfant est mort. La cause de cette rotation est une accommodation mécanique des formes fœtales aux capacités du bassin; c'est le contenu venant s'accommoder à la forme du contenant.

Enfin, le troisième temps, c'est l'expulsion. Tout le reste constitue les mouvements accessoires.

Nous avons divisé tout à l'heure le fœtus en deux parties: la tête et le tronc. Or, la première partie du fœtus étant expulsée, la seconde, à son tour, procède par le même mécanisme aux temps d'engagement et de progression, de rotation et d'expulsion, et cela quelle que soit la partie fœtale qui se présente la première, tête ou tronc.

Ajoutons, comme mouvements accessoires, si c'est une présentation du sommet, la flexion de la tête, et si c'est une présentation de la face, la déflexion de la tête.

Retenez donc bien avec soin pour la pratique des accouchements, que le mécanisme comporte trois temps, plus les mouvements accessoires pour l'amointrissement des parties.

En résumé, le fœtus étant divisé en deux parties, les trois temps s'exécutent sur la seconde comme sur la première; de telle sorte que toute application de forceps doit être basée sur ce mécanisme qui est le même pour tous les accouchements.

Mais, me direz-vous, comment peut-on voir tout cela? Pour la seconde partie, ce n'est pas bien difficile, puisque vous apercevez déjà le fœtus en partie à l'extérieur, mais pour la première partie, comment faire? C'est au moyen de légers artifices.

Je suppose qu'il s'agisse d'une présentation du sommet, par exemple; pour savoir si le premier temps est fait, vous sentez par le toucher le crâne et sa fontanelle antérieure si la flexion n'est pas faite; si celle-ci est accomplie, au contraire, vous sentirez la fontanelle postérieure. Le moyen est simple, comme vous voyez.

Pour la descente et l'engagement, les choses sont moins faciles, car là il y a des causes d'erreurs assez grossières. En effet, il est des cas où l'engagement n'étant pas encore commencé, la partie la plus culminante de la tête touche presque le plancher du bassin. Ce sont les cas où le bassin est un peu rétréci, où la tête est volumineuse en même temps qu'elle est flexible; c'est ce qu'on a appelé la *tête en dos de truie*. C'est ainsi que les os du crâne chevauchant et une bosse sanguine se produisant, on peut

avoir l'illusion de l'engagement de la tête. L'erreur est d'autant plus facile qu'après avoir senti, deux heures auparavant, la tête dans l'excavation, cette apparition de la bosse sanguine, prise pour la tête elle-même, nous porte à croire que la progression, la descente, s'est faite régulièrement. Alors, satisfaits de la marche du travail, vous vous dites : "Tout va bien, la femme va accoucher promptement," et quarante-huit heures plus tard, peut-être, les choses sont encore en l'état.

Quant à la rotation, comment la constater, puisqu'elle se fait dans le bassin ? Le siège des bruits du cœur de l'enfant pourrait, à la rigueur, vous servir de guide ; mais un moyen plus sûr et plus facile est le suivant : si après avoir constaté la situation de la fontanelle postérieure à droite et en arrière, vous la sentez, à un moment donné, à droite et en avant, il n'y a aucun doute alors qu'un mouvement de rotation s'est produit.

Quant au pronostic des positions occipito-iliaques droites postérieures, la règle est que l'accouchement se fera seul, je puis dire au moins 95 fois sur 100. Les cas où l'accouchement ne sera plus spontané sont ceux par exemple où les contractions utérines seront faibles, où elles seront insuffisantes pour faire tourner la tête. La résistance étant alors supérieure à la force, les contractions s'affaibliront encore, elles s'espaceront, diminueront. Dès lors, vous pouvez affirmer que la rotation ne se fera pas, ni l'accouchement non plus. C'est alors que l'on a prétendu que les doigts pourraient aller aider à cette rotation. Je dis, par expérience, que cela n'est pas possible, ou du moins que cela n'est possible que dans les cas où la tête aurait tourné toute seule. C'est pourquoi, dans ces cas-là, il vous faudra appliquer le forceps ; j'en suis partisan certainement, mais avec cette restriction de ne jamais employer la violence dans son application.—*Gazette des hôpitaux.*

**Du rôle des membranes dans le travail,** par le Dr H. P. BYFORD.—Le rôle des membranes, ou autrement dit de la poche des eaux, est, pendant le travail, d'aider à la dilatation de l'orifice utérin. Elles forment en avant de la partie fœtale qui se présente une sorte de coussin qui adoucit la pression, et rend plus facile cette ouverture de la porte utérine. Mais il est généralement admis en France que le rôle de la poche des eaux cesse lorsque la dilatation est devenue complète, qu'il n'existe en somme que pendant la première période du travail et n'a plus de raison d'être pendant la seconde période ou d'expulsion. Aussi la règle de conduite donnée par la plupart des accoucheurs est-elle de rompre la poche des eaux à la fin de la période de dilatation, si la nature elle-même ne produit pas spontanément cette rupture.

Tel n'est pas l'avis du Dr Byford (de Chicago), qui, dans deux mémoires successifs, parus en 1885 et 1886 dans le *Chicago Medi-*

*cal Journal and Examiner*, a soutenu une doctrine contraire. D'après l'auteur américain, la poche des eaux doit aider non seulement à la dilatation de l'orifice utérin, mais aussi à l'ampliation du périnée et de la vulve. C'est là un rôle que la poche des eaux ne peut remplir que d'une façon exceptionnelle, car il est en somme assez rare que la rupture spontanée se fasse attendre longtemps après la fin de la période de dilatation.

Pour établir approximativement le nombre des cas où la persistance de la poche des eaux avait lieu jusqu'à une période avancée de l'expulsion fœtale, le Dr Byford a écrit à cinq cents médecins de ses compatriotes pour leur demander les résultats de leurs observations à cet égard; trois cent douze accoucheurs lui ont répondu en lui fournissant un total de 1105 cas où la tête du fœtus est arrivée à la vulve coiffée des membranes. Différents autres médecins ont répondu sans préciser, les uns disaient avoir vu le cas se reproduire fréquemment, les autres quelquefois, d'autres enfin, rarement.

Dans ces différentes observations, aucun accident sérieux ne paraît imputable à l'intégrité prolongée de la poche des eaux.

D'après les chiffres fournis par Byford, il est bien difficile de se faire une idée de la fréquence de la persistance des eaux. Mais ces chiffres ne contredisent nullement l'opinion généralement acceptée, que c'est là une éventualité rare.

Mais dans ces cas peu fréquents, quels sont les avantages de l'intégrité de la poche des eaux pendant la période d'expulsion? 1o ralentir la période d'expulsion qui, d'après l'auteur, serait presque toujours trop rapide, cette rapidité étant au détriment des tissus maternels; 2o faciliter le glissement de la tête fœtale, résultat heureux au point de vue de sa progression et de la correction de ses positions vicieuses; 3o enfin, la poche des eaux aiderait à l'ampliation des parties maternelles; elle exercerait sur le périnée et la vulve, pendant la période d'expulsion, la même action que sur le col pendant la dilatation de l'orifice utérin.

D'après Byford, il faut donc, pendant l'accouchement, faire tout son possible pour empêcher la rupture de la poche des eaux. *Let nature take her course* (laisser la nature suivre sa marche), telle est la formule qui guide l'accoucheur américain. Tous les dangers de l'accouchement proviendraient du manque de patience, mais tout conspire contre cette malheureuse nature: "La femme sauvage avec ses traditions barbares et sa brutalité effrénée; la sage femme moderne avec ses avis officieux, son ergot, ses doigts importuns; le jeune accoucheur avec ses expédients ingénieux pour accélérer l'accouchement, ses instruments de secours, sa confiance en lui-même, et un mépris pour la nature aveugle; la parturiente avec ses frayeurs, ses appels, ses demandes de secours, sans compter l'excellent apprentissage qu'elle

fait de pousser, de se promener; enfin les amis inévitables, avec tout leur fonds de superstition et de préjugés vieux ou modernes, toujours prêts à critiquer ou à donner des conseils; tous ces gens-là constituent une sorte d'aréopage dont les délibérations et les actes sont au-dessus de tout *veto*. Mais ce parlement doit être dissous, un nouveau régime doit commencer. Ce nouveau régime, c'est l'expectation à outrance. Que la femme reste couchée dans son lit ou sur un meuble confortable pendant tout l'accouchement. Si les douleurs sont trop vives, administrer une préparation opiacée; si elles sont trop faibles et rares, donner un ou deux vomitifs légers (antimoine ou ipéca.) Toucher la femme le plus rarement possible, et respecter à tout prix l'intégrité de la poche des eaux; mieux vaut laisser un diagnostic incertain que de compromettre cette intégrité. Le médecin doit attendre, pour prendre place auprès du lit de la parturiente, que la tête soit déjà arrivée sur le périnée, ou bien que les membranes viennent faire saillie à l'orifice vulvaire.

(Tels sont les conseils donnés par Byford, conseils dont nous lui laissons toute la responsabilité; l'expectation à outrance peut avoir ses indications, mais vouloir l'appliquer à la plupart des accouchements nous semble une exagération fâcheuse.)—*Annales de gynécologie et Bulletin général de thérapeutique.*

**De la castration des femmes dans les maladies nerveuses et mentales.**—Cette opération a toujours eu pour don de passionner les chirurgiens américains, des opinions diverses se faisant jour à chaque instant. Dernièrement, il a été fait un résumé des communications de Battey, d'Hegar et de Spencer Wells sur cet important sujet.

Actuellement, le premier de ces auteurs ne s'en tient plus à son ancienne idée; il n'enlève que des ovaires malades, sans préciser malheureusement à quel genre d'affections il a eu affaire. Sur 36 cas, il compte 23 guérisons, 7 améliorations et 6 succès; à propos de ces derniers cas, il pense que la guérison peut s'opérer au bout de deux ou trois ans; c'est là une assertion qui n'est pas appuyée par des faits sérieux, et il est bien probable que nous retrouvons là le défaut ordinaire des statistiques, c'est-à-dire que les femmes opérées et non guéries ne retournent pas volontiers chez le chirurgien qui leur a enlevé les ovaires, et ce dernier, ne les voyant plus, peut croire qu'une amélioration s'est produite.

Hegar admet que la castration est indiquée dans les affections nerveuses et mentales produites ou maintenues par les altérations des organes sexuels; il en est de même dans les cas d'anémie résultant d'hémorragies produites par les fibromes utérins. Pour lui, le fait que la femme ne peut remplir ses devoirs dans la famille et la société est suffisant pour autoriser cette opération.

Il n'a pas donné de résultats de sa statistique, mais on peut y suppléer par celle de Winckel: 15 0/0 ont succombé; 20 0/0 n'ont pas été améliorées; 65 0/0 ont guéri.

Ce résultat n'est pas très favorable; Hegar le constate avec beaucoup de franchise, et il insiste sur les difficultés du diagnostic.

Spencer Wells regarde comme indications certaines: les hémorragies profuses et incoercibles par d'autres moyens, les vices de conformation des organes génitaux et du bassin. l'occlusion accidentelle du vagin. Quant à ce qui est des troubles nerveux, il se limite aux accidents qui ont pour point de départ une névralgie continue; mais il faut que les autres traitements aient été suivis d'insuccès complet et que la vie soit en danger.

Il voudrait bien que l'opération ne fût jamais faite sans le consentement de la malade regardée comme saine d'esprit.—*Medical News*.

**Permanganate de potasse dans l'aménorrhée,** par le Dr. BARKER.—L'auteur divise les cas traités par lui en trois groupes rangés suivant leur fréquence.

Le premier groupe comprend les jeunes filles de 14 à 19 ans, venues de la campagne "achever leur éducation" dans la grande ville. La nostalgie dont elles souffrent quelquefois, le changement de leur genre de vie, leur travaux intellectuels parfois immodérés amènent bientôt l'aménorrhée.

Dans le second groupe, il range les femmes jeunes ou mariées, quelquefois ayant souffert du mal de mer, venant d'un port quelconque de l'Europe, qu'elles ont quitté pendant leur menstruation. Dans de telles conditions, l'aménorrhée se déclare toujours plus ou moins tôt.

Enfin, le troisième groupe est formé par les femmes de 30 à 40 ans, mariées généralement, quelquefois ayant eu des enfants. Elles ont pris en peu de temps un embonpoint considérable, mais en même temps les règles diminuent en quantité et en durée pour ne devenir en fin de compte qu'un léger écoulement. Ces phénomènes sont généralement accompagnés d'une sensation de poids dans le bas-ventre, quelquefois d'hémorroïdes, de troubles nerveux avec dépression des facultés intellectuelles, causée par l'idée de se voir vieillir prématurément.

L'auteur affirme n'avoir échoué dans aucun cas de l'un de ces groupes, par l'emploi du permanganate de potasse.

Presque toutes les malades étaient venues de l'étranger pour subir un traitement spécial contre l'aménorrhée. Il n'en a rencontré que deux cas dans sa pratique urbaine.—*N. Y. Med. Journ.*

**Gerçures du mamelon.**—Nitrate de plomb, 30 grains; glycérine, 1 once.—M. Usage local, après chaque tétée.—Dr. WILSON (de Glasgow).

## PÉDIATRIE.

**Parallèle des fièvres éruptives.**—Clinique de M. J. SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades. (1)

Nous en sommes arrivés aujourd'hui à l'étude des complications des fièvres éruptives comparées entre elles.

1° *Rougeole.*—Ces complications du côté de l'affection rubéolique sont d'abord une bronchite plus ou moins intense, mais présentant un caractère de ténacité absolument prononcée durant trois semaines et plus même parfois. C'est aussi la bronchopneumonie ; c'est une tendance marquée à l'entérite, entérite qui est même presque la règle dans la rougeole, comme la bronchite d'ailleurs. Je parle bien entendu des enfants, qui seuls nous occupent ici. L'otite est également une complication assez fréquente de la rougeole ; elle est caractérisée par des douleurs de tête, de l'insomnie, des cris, des nausées, des vomissements, puis au bout de cinq à six jours un écoulement se produit par l'oreille, lequel vient éclairer le diagnostic resté jusque-là incertain. Quelquefois aussi on observe une gangrène superficielle ou profonde de la vulve. Enfin la rougeole peut revêtir les formes adynamique, ataxo-adynamique ou hémorrhagique, et par suite se compliquer des accidents inhérents à l'une ou l'autre de ces formes.

Il n'est pas rare de voir encore la rougeole et la coqueluche se greffer l'une sur l'autre. Enfin l'on a vu quelquefois la rougeole, survenant dans le cours de la chorée, guérir cette dernière affection.

2° *Variole.*—Les irrégularités de la variole peuvent porter sur l'intensité qui, dans certains cas, est tellement peu marquée que le début est des plus bénins, que l'enfant est à peine souffrant, tandis que chez d'autres, au contraire, elle revêt, dès les premiers jours, un caractère extrême. D'autres fois, cette affection se compliquera d'un véritable rash, d'une éruption scarlatiniforme, au deuxième ou au troisième jour, capable de simuler la scarlatine elle-même et d'induire en erreur pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, c'est-à-dire jusqu'au moment où l'éruption-variologique apparaît.

Il en est de même à la période d'éruption, où toutes les irrégularités sont possibles ; c'est ainsi que les pustules peuvent être si cohérentes qu'elles simulent l'impétigo.

Comme complications, nous citerons en premier lieu les états adynamique, ataxo adynamique et hémorrhagique. Dans chacune de ces trois formes, la maladie acquiert un caractère fort grave, même en dehors de toute confluence des pustules, surtout

(1) Suite et fin. Voir la livraison précédente.



dans la forme hémorrhagique où se produisent des épistaxis, des hématomoses, du mélcœna, des ecchymoses, etc., en un mot où des hémorrhagies peuvent se faire par toutes les voies.

La variole chez les enfants au-dessous d'un an ne pardonne jamais; jusqu'à l'âge de deux et trois ans, elle est grave si l'enfant n'a pas été vacciné, ceci soit dit en passant.

Comme complications des formes graves, je citerai aussi, me bornant à les énumérer, des abcès, des furoncles, des anthrax, l'impétigo, l'artérite, la phlébite, l'endocardite, la pneumonie suppurée, l'érysipèle, la lymphangite, l'adénite, etc.

3<sup>o</sup> *Scarlatine*.—Il n'est pas de maladie plus capricieuse, parmi les fièvres éruptives, que la scarlatine.

Pas plus tard qu'hier soir, j'étais mandé à Neuilly dans une famille dont les deux enfants étaient atteints de scarlatine. L'une d'elles, au quatrième jour de la maladie, avait été levée par sa mère, malgré l'opposition de son médecin, et conduite au Jardin d'acclimatation; et hier même, au dixième jour, je trouvai cette enfant en pleine desquamation, sans fièvre ni accidents albuminuriques, couchée dans une pièce froide.

Le médecin avec lequel j'étais en consultation me raconta le fait d'un autre enfant que son père, cocher de fiacre, avait emmené avec lui au sixième jour de l'éruption et avait promené pendant toute la journée sur le siège de sa voiture, en plein mois de février. Il n'en résulta heureusement aucun accident pour l'enfant; mais à quels dangers n'avait-il pas été exposé, de même que la petite fille que je venais de voir? n'avait-on pas tout fait pour que ces enfants eussent une albuminurie, une angine, etc.?

Un autre fait, également à Neuilly, est celui d'une mère ayant deux enfants, dont l'un avait la scarlatine, et qui coucha l'autre, dès les premiers jours, dans le même lit que le premier, afin qu'il contractât immédiatement la maladie de son frère et que tous deux pussent être soignés ensemble et en même temps. Malgré tous ces efforts, il n'y eut aucune éruption et son second enfant ne contracta pas la scarlatine.

Par contre, je vous rapporterai l'observation d'une petite fille, chez laquelle la contagion eut lieu seulement pour avoir été enveloppée, certain jour, dans le châle de sa mère, laquelle avait eu la scarlatine un an auparavant. Chez cette petite fille, l'éruption revêtit la forme hémorrhagique et l'emporta en trois jours.

Vous voyez, par ces quelques faits,—et je pourrais en invoquer encore un grand nombre d'autres,—combien la scarlatine est des plus capricieuses. C'est ainsi encore que, chez certains malades, elle est très insidieuse au début, tandis que chez d'autres les phénomènes de la période prodromique sont des plus graves. Samedi dernier, on nous amenait à la consultation un enfant de sept ans comme se plaignant d'être mal en train, d'un malaise général,

et en l'examinant nous trouvions une scarlatine,—restée jusque-là méconnue—en pleine desquamation.

Dans certains cas l'angine se montre seulement au moment de l'éruption, et la maladie débute par de la fièvre, puis l'éruption apparaît et en même temps la gorge se prend. Vous savez que la période prodromique est ordinairement courte, quelquefois cependant j'ai vu l'éruption se produire seulement le sixième jour. Celle-ci peut être aussi parfois irrégulière en ce sens qu'elle n'est pas généralisée, mais bornée seulement à certains points. d'où le diagnostic devient difficile. Quelquefois aussi l'éruption disparaît sans cause appréciable ; cette disparition apparente de la maladie s'accompagne souvent de complications viscérales, surtout du côté des reins.

Comme complications, je citerai l'amygdalite suppurée, l'angine pultacée, la diphthérie, l'adénite, le phlegmon diffus, la parotidite, l'otite, la suppuration des oreilles, la néphrite albumineuse avec anasarque et accidents urémiques, le rhumatisme des jointures, la péricardite, l'endocardite.

La scarlatine peut aussi revêtir la forme hémorrhagique avec prostration, etc., ou les formes ataxique et ataxo-adyamique. Elle peut aussi présenter des complications du côté des reins, des artères, des poumons, de la plèvre, etc. Elle peut se compliquer de méningite, mais le fait est plus rare ; plus fréquemment certaines otites, certaines pharyngites, certains états congestifs ont simulé, par leurs symptômes, les accidents méningitiques.

Voilà pour la scarlatine, et j'en aurais fini des parallèles des fièvres éruptives si je n'ajoutais encore quelques mots à ce que j'ai dit de la rougeole.

La rougeole, a-t-on dit, expose fréquemment à la tuberculose. J'avoue que j'ai vu très rarement le fait se produire en ville, et je crois que l'on a conclu, de cas rencontrés à l'hôpital, à une généralisation ou tout au moins à une fréquence qui n'existe pas. Il est vrai que la bronchite persiste souvent après la rougeole pendant un temps assez long, fatiguant considérablement les enfants par sa ténacité, entraînant l'amaigrissement, un certain degré d'épuisement, presque d'émaciation, d'où l'on a conclu, quelques phénomènes stéthoscopiques aidant, à des menaces de tuberculose. Mais pour se prononcer à cet égard, je dis qu'il faut une démonstration absolue.—*Gazette des hôpitaux.*

Toute voie qui mène à la santé ne saurait être ni aspre ni chère.  
MONTAIGNE.

Le sommeil est le plus excellent cordial que la nature ait préparé pour l'homme.

LOCKE.

De l'emploi de l'acide phénique dans le traitement de la coqueluche par les Drs C. W. SUCKLING et ARCHIBALD MACDONALD, in *British Medical Journal*.

Le Dr. Cory, dit le Dr Suckling, a dernièrement préconisé l'usage de l'acide phénique à l'intérieur; dans le traitement de la coqueluche. J'ai, depuis, employé la glycérine phéniquée avec grand succès au profit de mes malades de la polielinique, au *Children's Hospital*. J'avais, auparavant, prescrit l'alun, la belladone, les bromures et l'ipécacuanha, les sels de zinc, le croton chloral hydraté, l'acide cyanhydrique, dans des cas différents, mais toujours avec des résultats assez peu satisfaisants. Je possède des notes cliniques sur vingt-trois cas traités par la glycérine phéniquée. Une demi-minime dans l'eau de menthe est suffisant pour un enfant d'un an, et la dose va croissant avec l'âge. Dans vingt cas, il y eut vite de l'amélioration, l'état général des petits malades fut instantanément amélioré; le nombre et la sévérité des accès de toux furent diminués. Les soins ne durent pas être continués plus de quinze jours dans aucun de ces cas, tandis que la durée ordinaire des soins est ordinairement double. Dans trois cas, l'acide phénique n'apporta pas de soulagement. Le diagnostic de l'affection n'avait laissé de doute dans aucun des cas, car on avait dans tous entendu la toux caractéristique et vu l'ulcération du frein de la langue.

J'ai observé cette ulcération, dit le Dr Suckling, dans 50 p. 100 des cas de coqueluche que j'ai constatés. Elle peut donc être considérée comme pathognomonique. Je regarde donc l'acide phénique comme un spécifique contre la coqueluche.

Le Dr Archibald Macdonald (*Brit. Med. Journ.*, 31 juillet 1886) réclame la priorité en citant sa communication à l'*Edinb. Med. Journ.* de juin 1881, en ces termes :

"Après une expérience prolongée, je trouve que l'acide phénique en doses d'un quart de minime pour un enfant de six mois, d'une demi-minime pour un enfant de deux ans et au-dessus, est le meilleur remède contre la coqueluche. Le caractère coqueluchant de la toux disparaît; le vomissement cesse: les paroxysmes sont modifiés en intensité et en fréquence. Ce résultat est produit probablement par une action semblable à celle de la créosote sur les fibres motrices de l'estomac, et aussi par un abaissement de la vitalité dans le germe spécifique de la coqueluche. Les doses que je viens de citer étaient fortes et demandaient de la surveillance; je donne maintenant des quantités plus faibles, dans la glycérine, mais en proportions plus fortes que celles de la glycérine d'acide phénique."

---

MONTE emploie beaucoup les lavements d'eau froide dans les cas d'ictère catarrhal chez les enfants. Le phipart du temps, quatre ou cinq lavements suffisent à amener la guérison.—*Therapeutic Gazette*.

**Des bains chauds dans la rougeole,** par COHN.—Sur 100 rubéoliques traités par des bains chauds, 8 succombèrent (dans ce nombre, 3 enfants à la diphthérie intercurrente, 3 à la broncho-pneumonie consécutive, et 2 seulement pendant la rougeole). Ces bons résultats sont dus, croit l'auteur, à l'action bienfaisante des bains chauds pendant la fièvre. Aussitôt que la température atteignait 38, 38. 50 C., les enfants recevaient jusqu'à 6 bains chauds de 28-30o R. dans les vingt-quatre heures. La durée des bains était de 3 à 10 minutes; l'immersion se faisait jusqu'au cou, et des douches avec de l'eau froide sur la tête étaient pratiquées pendant le séjour dans le bain chez des enfants abattus et somnolents. Transpiration abondante et respiration sensiblement plus facile après le bain. De plus, sous l'influence des bains, la température du corps s'abaissait très notablement.

**Diagnostic et complications de la varicelle.**—M. le professeur GRANCHER vient de consacrer une intéressante clinique à ce sujet, et il a montré que les questions réputées les plus banales ont encore plus d'un côté obscur.

La varicelle est une maladie presque toujours aussi bénigne que facile à diagnostiquer; il y a cependant des cas où le diagnostic est entouré de quelques difficultés. Il y a notamment au point de vue de la prophylaxie de l'entourage du malade un intérêt réel à ne pas confondre une varioloïde et une varicelle. S'il s'agit d'une varicelle, il n'est pas très important d'isoler le malade, vu la bénignité de cette maladie; au contraire, la constatation d'une varioloïde impose les mêmes précautions d'isolement qu'une variole, puisque le contagé issu d'une variole très atténuée peut alier causer chez un autre sujet une variole grave et même mortelle. Or le diagnostic entre la varicelle et la varioloïde, habituellement facile, est quelquefois assez malaisé de prime abord, surtout si l'on s'en tient, pour établir le diagnostic différentiel, aux caractères objectifs de l'éruption.

Tout le monde a dans la mémoire la magistrale description que Trousseau nous a laissée de la varicelle. Pour peindre un cas typique, aucun médecin ne l'a jamais égalé; la seule critique qu'on puisse faire de sa description, c'est que, par suite de sa précision même, elle est un peu trop schématique peut-être; quand on l'a lue, il semble qu'on ne puisse jamais hésiter à en faire le diagnostic. Trousseau, dualiste dans la question des rapports qui peuvent exister entre la varicelle et la variole atténuée, a établi les bases du diagnostic différentiel entre ces deux maladies sur les points suivants:

Dans la varicelle, disait-il, la fièvre est nulle ou très légère et l'éruption survient presque en même temps que les premiers prodromes, 24 heures au plus tard après eux.—Dans la varioloïde on observe une fièvre d'invasion de 3 jours et l'éruption survient le quatrième jour.

La varicelle évolue par poussées successives. Les premières vésicules sont déjà affaissées ou desséchées quand surviennent d'autres vésicules toutes fraîches, et il en peut être ainsi à plusieurs reprises. Les éléments éruptifs, tout en affectant de préférence le tronc, se répartissent à peu près d'une façon indifférente sur le tronc, la face et les membres.—Dans la varioloïde, on voit généralement les premières papules se montrer à la face, puis sur les membres et le tronc ; l'éruption se fait quelquefois lentement en deux jours, mais en somme d'une seule venue, et, quand la poussée exanthématique est complète, on n'en attend plus de nouvelle.

L'élément éruptif de la varicelle est essentiellement une vésicule, plus ou moins volumineuse, reposant sur un fond rose, les parois sont très minces, le contenu translucide ; l'apparence est celle d'une gouttelette de cire vierge. La vésicule s'affaisse ou se déchire et se dessèche en deux ou trois jours.—Dans la varioloïde on observe d'abord une papule, qui se transforme ultérieurement en une vésico-pustule ; celle-ci souvent devient ombiliquée et la dessiccation de son contenu purulent met huit à neuf jours à s'accomplir.

Trousseau a peut-être exagéré ces différences d'aspect et d'évolution entre les éléments éruptifs de la varicelle et de la varioloïde ; c'est là le point sur lequel M. Grancher croit nécessaire d'appeler l'attention et que va mettre en évidence une observation dont nous allons parler tout à l'heure.

Rappelons d'abord que, pour établir le diagnostic différentiel de la varicelle, il n'y a pas seulement à se préoccuper de la varioloïde.

J. Hutchinson a insisté, dans des conférences faites à Londres, qui ont paru dans le *British Medical Journal* de 1875, sur l'existence d'une affection cutanée chronique, le *prurigo varicelliforme*. Cette affection débute la plupart du temps, comme une franche varicelle, avec ou sans phénomènes prémonitoires ; mais les poussées successives de vésicules et de bulles sont pour ainsi dire illimitées, s'accompagnant d'un prurit intense. Ces poussées sont séparées par des intervalles plus ou moins longs, de sorte que plusieurs médecins, appelés l'un après l'autre au moment de chacune d'elles, risquent fort de se méprendre et de diagnostiquer chaque fois une varicelle pure et simple, s'ils ne s'informent pas des commémoratifs. Les vésicules les plus grosses, une fois rompues, laissent des ulcérations plus ou moins profondes, qui suppurent quelquefois et se recouvrent de croûtes, et simulent alors l'ecthyma. Les éléments éruptifs du prurigo varicelliforme ont des sièges de prédilection, qui sont le voisinage des articulations dans le sens de la flexion, les faces plantaire et palmaire des extrémités. Le prurit tenace, l'insomnie qui en est la conséquence, amènent au bout de quelque temps l'amaigrissement et le dépérissement des jeunes enfants qui sont sujets à cette affection.

Il pourrait arriver qu'on confondît, à première vue et faute d'un examen assez attentif, la varicelle avec les *syphilides varicelliformes*, éruption spécifique vésiculeuse dont Duhring a donné une bonne description dans son *Traité de Dermatologie*. Les *syphilides varicelliformes* font partie du groupe des accidents secondaires tardifs de la syphilis. Elles se montrent le plus souvent vers le sixième mois de l'infection, rarement après la première année. Elles coexistent souvent avec des papules et d'autres manifestations de la maladie qui rendront le diagnostic facile. Il est des cas toutefois où une difficulté peut naître de l'existence de stigmates de syphilis chez un enfant dûment atteint de varicelle. Chez un petit malade de la clinique de M. Grancher, dont nous allons parler, il y avait sur la région fessière certaines cicatrices ayant l'apparence de celles que M. Parrot considérait, avec quelque exagération peut-être, comme caractéristiques de la syphilis héréditaire.

Bien que les bulles du *pemphigus* soient beaucoup plus volumineuses en général que les vésicules de la varicelle, qu'elles aient une marche différente et surviennent dans des conditions particulières qui laissent peu de prise à la confusion, celle-ci a été possible, suivant Geddings (*Medical News*, 1885).

Enfin, il faut rappeler que, parmi les éruptions provoquées par l'administration de certains médicaments, et que Bazin a dénommées assez bizarrement *pathogénétiques*, il en est qui revêtent l'aspect vésiculeux, varicelliforme: ainsi l'arsenic, surtout les bromures, les iodures et les iodiques, la quinine même à doses élevées.

J'arrive à l'histoire d'un petit malade dont M. Grancher a parlé dans sa clinique du 8 janvier, et chez lequel le diagnostic entre la varicelle et la varioloïde pouvait soulever quelque litige. Un petit garçon de 2½ ans, indemne d'antécédents personnels et héréditaires, fut amené un lundi à la consultation, où mon collègue, M. Queyrat, le vit couvert d'une éruption qui lui fit prononcer de prime abord le mot de varicelle. L'enfant avait depuis un mois une éruption d'eczéma impétigineux sur la face: mais depuis le samedi étaient survenus sans aucun malaise des petites cloches ou des petits boutons, sur tout le corps à la fois, disaient les parents.

M. Variot, ancien chef de clinique, vit l'enfant à ce moment et fit le diagnostic de varicelle. Tel fut aussi le mien, lorsque l'enfant fut amené dans ma salle. M. le professeur Grancher, le lendemain, tout en acceptant ce diagnostic, le considéra comme discutable. L'enfant présentait à ce moment, outre de larges croûtes d'impétigo sur le cuir chevelu, le pourtour des narines et de la bouche, des éléments éruptifs variés: les uns étaient de petites croûtelles minces, d'autres des vésico-pustules affaissées et rompues, d'autres étaient ombiliquées, mais fortement déprimées au

centre; un petit nombre se rapprochaient plutôt des vésicules que des pustules, mais aucune ne contenait un liquide franchement translucide ou opalin, le contenu des élevures phlycténulaires était manifestement lactescent dès leur apparition. Je me fondaï pour admettre la varicelle et repousser la varioloïde, sur la contemporanéité d'éléments éruptifs d'âges absolument différents, indiquant la succession de trois poussées au moins; sur l'absence complète de tout prodrome et de tout état fébrile actuel; enfin sur l'existence de cicatrices vaccinales aux deux bras, cicatrices, à vrai dire, très peu apparentes, blanches mais lisses, non gaufrées, quelque peu différentes des cicatrices dites légitimes.

Le chef du laboratoire, M. H. Martin, ancien chef de clinique de M. Parrot, hésitait plus que tout le monde à admettre la varicelle; à ses yeux, l'absence de toute vésicule vraie et l'apparence ombilicquée de plusieurs des vésico-pustules, qu'un moulage soigneusement pris ne permettait pas de constater, étaient à ses yeux de bons arguments en faveur de la varioloïde.

Telle ne fut pas, au contraire, l'opinion de M. le Dr Gaucher, médecin des hôpitaux, d'une compétence toute spéciale en dermatologie, qui accepta sans hésiter le diagnostic de varicelle, se montra très disposé à ne tenir qu'un faible compte de la pustulation et de l'ombilication et fut d'avis que dans une maladie éruptive, lorsqu'il y a discordance entre l'aspect objectif de l'exanthème et la marche générale de la maladie, en un mot entre les caractères anatomiques et les caractères cliniques, c'est à ceux-ci que doit revenir la prééminence. Il expliqua la tendance des vésicules varicelleuses à la pustulation chez cet enfant par l'existence d'un impétigo déjà ancien et assez généralisé, attestant une tendance de son organisme à faire du pus plus facilement. D'ailleurs, plusieurs des vésico-pustules rompues suppuraient et se recouvraient déjà de croûtes d'apparence melliforme, impétigineuse.

J'ajouterai que chez cet enfant on a pu voir un *enanthème* pharyngo-buccal, comme M. Comby en a signalé dans la varicelle (*Progrès médical*, 1885).

M. Grancher a effleuré en quelques mots dans cette clinique la question de la *non identité de la varicelle et de la varioloïde* qui paraît désormais tranchée. Nonobstant Hebra et Kaposi, qui croyaient ces maladies identiques, la plupart des pathologistes contemporains sont d'un avis contraire, et à défaut même d'autres arguments, un fait bien observé comme le suivant, qui n'est pas unique, trancherait la question.

Ceci s'est passé à Londres: un enfant, non vacciné, atteint de varicelle est mis par erreur dans un service de varioleux. Le lendemain le diagnostic est rectifié et on fait passer le malade dans une autre salle, mais on prend la précaution de le vacciner sur le

champ. La vaccine prit, mais la variole également. Au huitième jour de l'éruption vaccinale, apparaissait une incontestable éruption de variole.

*Inoculabilité* de la varicelle n'est pas douteuse. Steiner, à Vienne, a obtenu huit faits positifs sur dix inoculations. Il a constaté que la période d'inoculation était en moyenne de huit jours. MM. d'Heilly et Thoinot, qui ont repris la question en 1885, sur dix inoculations n'ont obtenu que trois succès ; mais comme ils opéraient dans les salles d'hôpital, au cours d'une épidémie de varicelle, on peut même se demander si ces trois faits positifs attribués par eux à l'inoculation ne sont pas uniquement dus à la contagion. Ce qui corroborerait cette objection, c'est que dans ces trois cas la période d'incubation a été très différente de celle qu'avait vue Steiner et a varié entre 3, 15 et 17 jours.

Il reste à signaler comme particularité relative à l'histoire de la varicelle la possibilité de sa coexistence avec la scarlatine (Prior) et la rougeole (Henoeh), l'aspect hémorrhagique que prennent exceptionnellement les vésicules chez certains enfants, au cours d'une coqueluche, par exemple, chez une petite malade observée par M. Queyrat, et même le caractère gangréneux chez des sujets cachectiques (Warrington Howard, 1883).

Enfin si la varicelle est bénigne dans l'immense majorité des cas, elle peut finir fatalement dans quelques cas exceptionnels, il est bon de le savoir. On a vu quelquefois, surtout dans les salles d'hôpital, une broncho-pneumonie intercurrente enlever des enfants qui semblaient devoir guérir de leur varicelle.

Mais surtout il faut connaître l'existence d'une *néphrite* parenchymateuse aiguë, dont 9 cas au moins ont été publiés depuis 1884 par A. Hoffmann, Soudeikine, Hogenes et Henoeh ; la néphrite varicelleuse s'est montré du cinquième au 21e jour, débutant par hématurie, ischurie, albuminurie, cylindres épithéliaux dans les urines, produisant l'anasarque, et dans deux cas la mort par œdème pulmonaire ou par urémie.—Dr LEGENDRE, in *Cours médical*.

**La paralysie ourlienne.**—Aucun auteur classique ne signale les paralysies comme des complications possibles des oreillons, et cependant la nature infectieuse de la maladie ourlienne devait faire penser que le système nerveux pouvait être affecté dans ses éléments sensitifs et moteurs par les agents pathogènes de cette maladie, comme on savait déjà qu'il l'est dans les fonctions auditives et visuelles. M. le Dr. A. Joffroy, médecin de la Salpêtrière, a rapporté un cas de paralysie dans la convalescence des oreillons et il n'hésite pas à rattacher nettement les phénomènes paralytiques à l'affection ourlienne. C'est vingt et un jours après celle-ci, chez un enfant de 4 ans  $\frac{1}{2}$ , que survinrent des douleurs lancinantes et constrictives, des fourmillements et des sensations pru-



rigineuses dans les membres et aux organes génitaux, puis des signes de paraplégie flasque; la paralysie s'étendit, quoique à un moindre degré, aux membres supérieurs. Il n'y eut ni raideur, ni contracture, mais abolition complète des réflexes tendineux, suppression de la contractilité électrique, faradique et galvanique. Cette abolition de la contractilité électro-musculaire était aussi marquée aux membres supérieurs simplement parésiés qu'aux membres inférieurs véritablement paralysés. La sensibilité des muscles était notablement exaltée et la pression la plus légère des masses musculaires produisait une vive douleur. Par contre, la sensibilité cutanée était un peu émoussée et les réflexes cutanés abolis. Les mouvements de la respiration étaient réguliers; ceux du cœur furent passagèrement précipités, il y eut quelques troubles vésicaux très passagers. Mais en même temps existait une albuminurie persistante.

Le père de l'enfant, médecin, avait bien recueilli les détails de l'évolution; il avait d'abord pensé à des accidents rhumatismaux mais n'avait obtenu aucun résultat du salicylate de soude. Un chirurgien et un médecin, qu'il consulta successivement, songèrent le premier à un mal de Pott, le second à une paralysie spinale subaiguë (paralysie infantile.) M. Joffroy, qui vit ensuite l'enfant, n'admit ni l'une ni l'autre de ces hypothèses. "D'une part, dit-il, la suppression des réflexes tendineux, l'intégrité des fonctions de la vessie et du rectum, l'abolition de la contractilité électro-faradique et électro-galvanique des muscles, l'hyperesthésie musculaire, et l'anesthésie cutanée unie à l'absence d'abcès par congestion, de déformation et d'endolorissement de la colonne vertébrale me faisaient rejeter sans discussion l'hypothèse du mal de Pott.—D'autre part, la diffusion des lésions, l'albuminurie et surtout les troubles sensitifs me faisaient douter de la réalité d'une paralysie infantile."

M. Joffroy, sur la seule considération des symptômes constatés, songeait à la paralysie diphthéritique. Mais, lorsque l'interrogatoire lui eut appris que la paralysie avait été précédée, non de diphthérie, mais des oreillons, il admit aussitôt que ceux-ci devaient être incriminés.

La thérapeutique consista en médicaments toniques, frictions stimulantes, et iodure de potassium à la dose de 0 gr. 25 centigr. Les mouvements revinrent progressivement dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs, et l'albuminurie diminua bientôt d'intensité, mais elle ne disparut qu'au bout de 4 mois.—*Concours médical.*

---

Contre les vomissements des enfants, le Dr A. A. SMITH, de New-York, prescrit un grain de calomel pour une once d'eau de chaux et une chopine d'eau pure. Dose: une cuillerée à thé toutes les dix minutes.—*Medical and Surgical Reporter.*

## FORMULAIRE.

Vin apéritif.—*Monin.*

P.—Teinture de quinquina.....	2½	drachmes
Teinture de quassia.....	2½	“
Teinture de gentiane.....	2½	“
Teinture d'écorce d'oranges amères.....	2½	“
Teinture de noix vomique.....	½	drachme
Vin de Xérès.....	q. s. pour faire	2 chopines

M.—Dose : De une à deux onces fluides.—*Progrès médical.*

Bronchite aiguë.—*Huchard.*

P.—Goudron purifié.....	15	grains
Poudre de benjoin.....	15	“
Poudre de Dover.....	15	“
Extrait de racine d'aconit.....	⅓	grain

M.—Divisez en 24 pilules.

Dose : 3 à 6 pilules par jour.—*Revue de therap. medico-chirurg.*

Grippe.—*Monin.*

P.—Poudre de rhubarbe.....	1	drachme
Antipyrine.....	1	“
Poudre de noix vomique.....	½	“

M.—Divisez en vingt paquets.

Dose : 3 paquets par jour.—*Revue de therap. medico-chirurg.*

Coqueluche.—*Dujardin-Beaumetz.*

P.—Bromure de potassium.....	30	grains
Bromure de sodium.....	60	“
Bromure d'ammonium.....	30	“
Eau.....	2	onces
Sirop de chloral (Codex F.).....	1½	once

M.—Dose : Une cuillerée à dessert ou à bouche, matin et soir, dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf.—*Nouveaux remèdes.*

Catarrhe chronique.—*DaCosta.*

P.—Acétate de potasse.....	1	once
Teinture de muriate de fer.....	1	“
Acide acétique dilué.....	½	“
Elixir simple.....	1	“
Eau.....	q. s. pour faire	6 onces

M.—Dose : Une cuillerée à thé quatre fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Rétrécissement mitral.**—*Da Costa.*

P.—Teinture de digitale.....	10 gouttes
Teinture de chanvre indien.....	3 “
Teinture de quinquina composée.....	1 once

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

**Scrofulose.**—*Monin.*

P.—Huile de foie de morue.....	1 chopine
Iodol.....	23 grains
Essence de menthe.....	20 gouttes

M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe avant chaque repas, dans les adénopathies ou les dermatoses strumeuses.—*Revue de thérap. médico chirurg.*

**Ulcères syphilitiques.**—*Terrillon.*

P.—Acide pyrogallique.....	20 parties
Amidon.....	20 “
Vaseline.....	60 “

M.—On étend cette pommade sur de la charpie et on l'applique une fois par jour. On ne fait deux applications que quand l'ulcère est très étendu.—*Union médicale.*

**Eczéma.**

P.—Chlorate de potasse.....	22 grains
Vin d'opium.....	37 minimes
Eau distillée.....	2 chopines

M.—On imbibé une compresse avec cette solution, et on l'applique sur les parties génitales atteintes d'eczéma.—*Union médicale.*

**Acné simple.**—*Laillet.*

P.—Eau.....	4 onces
Alcool camphré.....	1 once
Soufre précipité.....	$\frac{1}{2}$ “
Glycérine.....	1 $\frac{1}{2}$ drachme

M.—Le soir, avant de se mettre au lit, étendre sur les parties malades, à l'aide d'un pinceau, une couche de cette préparation.—*Nouveaux remèdes.*

**Engelures.**—*Foy.*

P.—Camphre.....	75 grains
Alcool rectifié.....	8 drachmes
Glycérine.....	5 “

M.—Pour un liniment avec lequel on frictionnera doucement, plusieurs fois le jour, les engelures non ulcérées.—*Revue de thérap. médico-chirurg.*

---

# L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MARS 1887.

---

## Décisions judiciaires concernant les Journaux.

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

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

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

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

## Le dosage des médicaments.

---

La question du dosage des médicaments occupe une place extrêmement importante dans la thérapeutique. Ce n'est pas tout, en effet, de connaître à fond l'action physiologique du médicament et ses usages dans les diverses maladies; encore faut-il savoir à quelle dose l'administrer, quelle dose spéciale convient à la maladie que l'on a à combattre, à la période à laquelle est arrivée cette maladie, à la constitution de l'individu etc., toutes circonstances qui exercent sur la détermination de la dose une influence manifeste.

Or, il ne semble pas que tous se rendent un compte bien exact de l'importance qu'il y a d'étudier les différents effets des médicaments suivant les doses auxquels on les emploie, et d'en faire bénéficier les malades. Les rapides progrès de la thérapeutique moderne nous font assister, depuis quelques années, à ce que nous pourrions appeler un véritable changement de scène posologique, et il est digne de remarque que la tendance actuelle est de dimi-

nuer en général les doses de la plupart des médicaments actifs, notamment de ceux qui portent leur action sur le système nerveux sympathique.

Il est de fait que beaucoup d'insuccès thérapeutiques viennent de ce que l'on ne donne pas les médicaments à doses assez élevées ou suffisamment fractionnées, l'action médicinale des remèdes variant toujours avec la quantité administrée, parfois jusqu'à produire des effets diamétralement opposés suivant que la substance est donnée à haute ou à petite dose. L'ipécacuanha, par exemple, nauséux et vomitif à dose de 10 à 30 grains et au-delà, devient un anti-émétique efficace à la dose de un 20<sup>e</sup> de grain. L'arsenic, irritant énergique comme on sait, même à des doses assez petites, calme certaines formes de vomissements, entre autres ceux des sujets alcooliques, à dose de un 100<sup>e</sup> de grain. La pilocarpine, le meilleur sudorifique connu à  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{2}$  grain, fait cesser les transpirations si on l'administre à doses très fractionnées.

Un point entre autres que l'on oublie trop souvent, c'est que certains médicaments, pour produire un effet marqué, demandent de toute nécessité à être donnés à doses pour ainsi dire héroïques. Ainsi, dans le traitement de la péritonite, l'opium doit être donné avec hardiesse, et ce n'est qu'à cette condition qu'il agira avec efficacité. Ceux qui ont lu la *pathologie interne* de Flint n'ont pas oublié le cas de péritonite aiguë rapporté par Clark et dans lequel 1018 grains d'opium furent donnés en 7 jours. Il nous est arrivé de rencontrer des cas d'épilepsie traités par le bromure de potassium, à dose de 10 ou 15 grains trois fois par jour. Or cette dose est de beaucoup insuffisante dans la généralité des cas. Il faut aller de 20 à 60 grains, soit trois fois par jour, soit toutes les 3 ou 4 heures, pour produire une impression décisive sur le système nerveux, surtout quand les attaques convulsives se répètent souvent. De même, dans la chorée, l'arsenic doit être donné à doses élevées, même jusqu'à production des symptômes caractéristiques : bouffissure des yeux, conjonctivite, etc.

Mais s'il est bon d'être hardi au besoin il l'est aussi, comme on l'a vu, de ne pas l'être trop, et de savoir fractionner les doses suivant les exigences de chaque cas. Seule l'étude approfondie des drogues, aidée de l'expérimentation physiologique et pathologique, nous permettra de faire varier les effets à obtenir en faisant varier les doses des substances employées. Cette étude doit être sérieusement faite. Elle a pour ennemie la routine qui n'est souvent qu'une forme déguisée de la paresse et de l'apathie.

---

**Erratum.**—Dans la livraison précédente, page 65, lignes 44 et 45, au lieu de: c'est ce qui de notre conférence, lisez: c'est ce qui *fera le sujet* de notre conférence.

### Un exemple à suivre.

Le 15 février dernier, Madame Rottot donnait un *At home* dans les salons de l'Université Laval, rue Notre-Dame, au profit de l'hôpital Notre-Dame. L'élite de la société canadienne Montréalaise s'y était donné rendez-vous, tant pour venir rendre hommage au zèle si charitable de Madame Rottot que pour contribuer au soulagement des malades pauvres de l'hôpital.

Nous avons vu, dans cette petite fête de la charité, une heureuse pensée qu'il sera bon de ne pas laisser se perdre. Madame Rottot a donné là un exemple qui demande à être suivi, et qui constitue un moyen aussi agréable que facile d'exercer la charité, tout en invitant les autres à la faire. Pour nous, nous souhaitons voir les dames patronesses de l'hôpital Notre-Dame convier de temps à autre, ne fut ce que deux fois l'an, à une réunion de ce genre, notre société canadienne-française qui, on le sait, ne se trouve jamais en défaut quand il s'agit de tendre la main à ceux qui sont dans le besoin.

Dans un pays comme le nôtre où l'assistance publique n'est pas organisée mais où chacun donne simplement ce qu'il lui plaît de donner pour le maintien des institutions de charité, il faut de toute nécessité faire naître, sans les trop multiplier toutefois, les occasions de venir en aide aux indigents. Ceci est particulièrement vrai pour les institutions non dotées, qui n'ont d'autre moyen de subsistance que la charité publique. En Angleterre et même aux États-Unis, on a établi le *Hospital Sunday* qui consiste en une quête faite, une ou plusieurs fois l'an, le dimanche, dans les églises des grandes villes où il y a des hôpitaux à soutenir. Des circonstances particulières n'ont pas permis que des quêtes de ce genre fussent faites dans le diocèse de Montréal, ainsi que l'idée en avait d'abord été émise; mais la charité est ingénieuse de sa nature, et nous en avons eu la preuve plus d'une fois déjà; elle sait faire varier à l'infini les formes sous lesquelles elle se présente à nous, que ces formes s'appellent *Kermesse* ou *Bazar*, *At home* ou *Concert*. Nous formons donc des vœux pour que l'idée si pratiquement charitable mise à exécution par Madame Rottot produise des fruits abondants, et que la généreuse dame patronesse de l'hôpital Notre-Dame trouve des imitatrices de son zèle et de son dévouement pour les pauvres.

---

### BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

---

La librairie J. B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, à Paris, vient de publier une *Bibliographie des sciences médicales* (Un volume in-8 de 500 pages. Prix, franco par la poste: 2 fr. 50, payable en timbres-postes français ou étrangers). Par les indications

nombreuses et précises qu'elle renferme, cette publication rendra de grands services à tous les médecins désireux de se tenir au courant de la littérature médicale ancienne et moderne, française et étrangère; elle est indispensable aux bibliothécaires qu'elle renseignera sur le lieu, la date de publication, le nombre de pages, de figures et de planches de chaque ouvrage, et sur leur prix courant en librairie; elle sera précieuse enfin pour tous ceux qui voudront écrire ou savoir ce qui a été écrit sur un sujet spécial, grâce à l'*Index méthodique* placé en tête du volume, où l'on trouve la liste des principaux auteurs qui ont étudié chaque question. Pour les ouvrages importants, MM. J. B. Baillière et fils donnent même souvent un extrait de la table des matières ou de la préface des auteurs.

GRELLETY.—Des précautions hygiéniques et prophylactiques à prendre contre la fièvre typhoïde, par le Dr. L. Grellety (de Vichy) Paris—au bureau de la Société française d'Hygiène.

PELLETAN (J.)—L'alimentation par les Peptones.

MIDY (L.)—L'essence de santal, son origine, sa préparation, ses propriétés.

GUERMONPREZ (Dr Fr.)—Notes sur quelques résections et restaurations du pouce.

MATHEWS (Joseph M.) M. D.—*Report on diseases of the rectum.*

WATHEN (Williams H.) M. D.—*Sterility—Management of the secundines.*

CHISHOLM (Julian J.) M. D.—*Rest for painful eyes, is this advice always good.*

STORER (Horatio R.) M. D.—*The medals, jetons and tokens illustrative of obstetrics and gynecology.*—Reprint from the *New England Medical Monthly*, 1887.

Publications du *Progrès Médical*, Paris, 14 Rue des Carmes.—Leçons sur les maladies du système nerveux, professées à la Salpêtrière par J. M. CHARCOT, et recueillies par MM. BABINSKI, BERNARD, FÉRÉ, GUINON, MARIE et GILLES DE LA TOURETTE. Tome III 2e fascicule. Un volume in-8o de 330 pages, avec 64 figures dans le texte. Prix 9 fr.—le fascicule complète le tome troisième.

## Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

## ADMISSION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE.

## PROGRAMME DE L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE (POUR MAI 1887.)

## MATIÈRE OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Commentaires* de César, liv. V.—*Écrite* de Virgile, liv. V.—*Odes* d'Horace, liv. I.

FRANÇAIS.—*Les aventures de Télémaque*.—Une pièce dramatique française, savoir: *Esther*, de Racine.

ANGLAIS.—*Sprague's "Six selections from Washington Irving's Sketch Book."* Une pièce de Shakespeare, savoir: *Midsummer Night's Dream*.

BELLES-LETTRES.—Principes, histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre et de Louis XIV en France.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la Géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le pourcentage; racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres dans Eyséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

## MATIÈRES FACULTATIVES

(Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes.)

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Atkinson.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur la logique et la morale. (Jaffre ou Valet, *Jevon's logic* et *Calderwood's Hand-book of moral philosophy*.)

Le candidat doit avoir une connaissance suffisante de la grammaire des langues ci-dessus mentionnées. L'ignorance du latin, de l'arithmétique et de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages de Washington Irving et répondre sur la



grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique, au point de vue grammatical et littéraire, des ouvrages français cités plus haut. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Corneille, Molière ou Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la seconde moitié de Télémaque. Ils devront de plus connaître la grammaire française et l'analyse. On exigera encore d'eux une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises indiquées plus haut. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou à se servir de livres, notes, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ASSIGNÉS A CHAQUE MATIÈRE.

Latin.....	2 hrs....	300 points	Arithmétique	1½ hrs....	150 points
Français.....	1½ " ..	150 "	Algèbre ..	1½ " ..	150 "
Anglais .....	1½ " ..	150 "	Géométrie ...	1½ " ..	150 "
Belles-lettres I	" ..	100 "	Grec .....	1½ " ..	150 "
Histoire .....	1 " ..	100 "	Philosophie...	1½ " ..	150 "
Géographie..	1 " ..	100 "	Physique.....	1½ " ..	150 "

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

M. le Dr Laramée est parti pour Paris, le 19 février dernier.

Nous saluons avec plaisir le retour parmi nous de M. Azarie Brodeur, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre du Collège Royal des Chirurgiens d'Angleterre, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, (médaille d'argent), professeur à l'Université Laval, Montréal, chevalier de la Légion d'Honneur.

**Nécrologie.**—A Paris, M. le Dr GALLARD, médecin de l'Hôtel-Dieu, bien connu par ses travaux en gynécologie; M. BÉCLARD, doyen de la Faculté de médecine de Paris, professeur de physiologie à la dite Faculté, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine; à Berlin, M. Karl SCHROEDER, professeur d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Berlin.

### NAISSANCES.

PHÉNIX —A St Sébastien, le 11 février courant, la dame du Dr. T. Phenix, un fils.

BLAGDON.—A St. Philippe de Neri, comte de Kamouraska, le 13 février, la dame du Dr. H. W. Blagdon, un fils.

### MARIAGE.

LAFONTAINE-BÉRARD. A Drummondville, le 16 février, Joseph Lafontaine Eer, marchand de St. Cyrille, à Mademoiselle Emilie-Eugénie-Ernestine, fille aînée du Dr P. A. Bérard.