

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

- Coloured pages / Pages de couleur
- Pages damaged / Pages endommagées
- Pages restored and/or laminated /
Pages restaurées et/ou pelliculées
- Pages discoloured, stained or foxed/
Pages décolorées, tachetées ou piquées
- Pages detached / Pages détachées
- Showthrough / Transparence
- Quality of print varies /
Qualité inégale de l'impression

- Includes supplementary materials /
Comprend du matériel supplémentaire

- Blank leaves added during restorations may
appear within the text. Whenever possible, these
have been omitted from scanning / Il se peut que
certaines pages blanches ajoutées lors d'une
restauration apparaissent dans le texte, mais,
lorsque cela était possible, ces pages n'ont pas
été numérisées.

Pagination continue.

TRAVAUX ORIGINAUX

Notes sur un cas d'hermaphrodisme apparent ;

Ectopie testiculaire ; Castration double ;

par le docteur Paul PHILIPPE,

ancien interne des hôpitaux de Paris (Montréal).

Au mois d'août 1891, notre maître le docteur Polaillon, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Paris, présentait à l'Académie de médecine un cas d'hermaphrodisme dont voici l'histoire abrégée : Jeune femme âgée de 25 ans, pas de règles ; les organes génitaux externes bien conformés—pas de vagin, mais une simple dépression de deux centimètres en arrière de la fosse naviculaire. Pas d'utérus—tumeurs inguinales réductibles et douloureuses à la pression. A l'autopsie, on trouva deux testicules atrophiés. Pas de prostate.

Ayant eu l'occasion d'examiner et d'opérer un cas semblable, nous pensons intéresser les lecteurs de l'UNION MÉDICALE en en donnant l'observation.

Mademoiselle X... se présente à notre dispensaire pour nous consulter au sujet de douleurs qu'elle ressent dans l'abdomen et au niveau des aînes.

Mlle X... est âgée de 28 ans, n'accuse rien de particulier dans ses antécédents de famille : père mort d'une affection cardiaque, mère ayant succombé à la suite d'une pleurésie, frères et sœurs en parfaite santé.

Elle n'a jamais été réglée. Il y a dix ans environ, elle s'aperçut de l'existence d'une tumeur dans la région de l'aîne droite, tumeur qui parfois devenait très douloureuse, changeait de volume et de consistance ; assez molle en temps ordinaire, cette tumeur devenait plus dure au moment des douleurs qui s'accompagnaient généralement de tiraillements dans l'abdomen, principalement du même côté.

Il y a quelques mois, sans cause connue, la malade constata que l'aîne gauche se tuméfiait, qu'une petite tumeur non douloureuse, facilement réductible, y apparaissait surtout après la marche. Depuis trois ans, les douleurs dans l'aîne droite sont devenues plus fortes, presque continues, s'irradiant à la partie interne de la cuisse et vers l'épine iliaque antéro-supérieure ; les tiraillements abdominaux ont disparu.

Ces douleurs rendent la marche parfois impossible, empêchent.

la malade de dormir; de plus, quelques troubles nerveux se sont déclarés: céphalées, vomissements, tremblement, irritabilité excessive.

Examen.—Sujet d'apparence robuste, taille audessus de la moyenne: seins bien développés, écartement très marqué des hanches; la voix couverte a bien le timbre d'une voix de femme.

Les organes génitaux externes présentent les particularités suivantes: grandes lèvres très développées, soudées en arrière sur une longueur de 8 centimètres environ, et représentées en cet endroit par deux petites trainées pigmentaires accolées. Cette soudure des grandes lèvres forme un périnée de cinq travers de doigt. Les petites lèvres n'existent qu'en haut où elles sont très développées, recouvrant un clitoris très volumineux. L'ouverture de la vulve est très petite, laisse pénétrer l'index dans une cavité, "sorte de *dépression vestibulaire*," longue de trois centimètres, mais très dépressible. Du côté de la paroi rectale, on sent très bien la portion soudée des grandes lèvres formant un éperon très saillant et très résistant.

L'orifice urétral est fort difficile à voir, il est situé dans un repli muqueux à l'intérieur de la dépression vestibulaire sur sa face antérieure. Dans cette dépression vestibulaire on ne sent pas de col, pas de culs de sac, la surface en est parfaitement unie. Par le toucher rectal on arrive facilement audessus de cette cavité vestibulaire et on ne constate ni corps utérin, ni ovaires.....

Tumeurs inguinales—côté gauche—Tumeur mate à la percussion, réductible; on sent qu'elle est composée de deux parties dont la plus superficielle offre une consistance élastique, tandis que la partie la plus profonde est pâteuse et molle.

Côté droit.—Tumeur allongée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, de la grosseur d'un œuf de pigeon; très mobile, elle peut descendre jusque dans le tiers supérieur de la grande lèvre correspondante. De consistance élastique, elle présente comme la tumeur du côté gauche deux parties nettement séparées par un sillon. Pas de réduction. La pression même légère y fait naître des douleurs très vives.

La malade reste quelques jours sans revenir au dispensaire, garde le lit, essaie de placer un bandage ouaté au niveau des tumeurs, mais les douleurs ne discontinuant pas à droite, elle se décide à se faire opérer comme nous le lui avons proposé.

Opération.—16 mai—avec l'assistance du Dr Jeannotte; chloroforme administré par le Dr Fortier. Le champ opératoire est rasé, savonné, lavé au sublimé, puis entouré de compresses phéniquées. Nous pratiquons une incision de six travers de doigt suivant le grand axe de la tumeur, le centre de l'incision correspond à peu près au niveau de l'orifice inguinal; l'hémostase est faite au fur et à mesure. Une masse arrondie blanchâtre, comme fibreuse, apparaît; dissection minutieuse du tissu cellulaire qui est

très tassé à cet endroit et que nous prenons tout d'abord pour le sac; nous trouvons ce dernier accolé à la tumeur, nous l'incisons et les bords en sont saisis avec des pinces en T. La tumeur grosse comme une noix est coiffée à sa partie supérieure par un kyste transparent disposé en fer à cheval. Le pédicule très épais est isolé, il adhère fortement au pourtour de l'anneau inguinal— nous lions ce pédicule par trois anses de fils de soie disposées en chaîne; un léger suintement sanguin nous oblige de placer une ligature en masse autour du moignon du pédicule. Les parois du sac sont ensuite réséquées. Lavage de la plaie à l'eau phéniquée et sutures au crin de Florence—pansement sec iodoformé, pas de drain. Les suites ont été excellentes, la température n'a pas dépassé la normale.

Le 7^e jour, on enlève les points de suture, pansement iodoformé et salol. Le 14^e jour, 2^e pansement, la malade quitte la chambre.

Un mois après, la malade revient nous prier d'opérer l'autre côté qui, dit elle, la fait souffrir et commence à la gêner dans la marche.

Opération le 13 juin, avec l'assistance des Drs Jeannotte, Letellier, Fortier et Derome.

Incision au niveau de l'orifice inguinal gauche de cinq travers de doigt. Nous tombons sur un sac bien formé; ce sac est adhérent en arrière aux tissus sur lesquels il repose; nous le séparons avec des ciseaux de toutes ses adhérences postérieures et nous l'incisons suivant son grand axe, un peu de liquide citrin s'en écoule. Le sac incisé nous représente bien nettement la disposition de la vaginale. Une petite masse arrondie, ovale surmontée d'un kyste gros comme un pois est attirée à l'extérieur; puis le sac libéré et le contenu sont réséqués, le pédicule est ligaturé avec une soie plate au sublimé; quelques points de suture font adhérer le pédicule au bord supérieur de l'anneau inguinal.

Sutures superficielles au crin de Florence; pansement iodoformé, ouate salicylée.

Les pièces examinées par le Dr Lespérance et par nous offraient les particularités suivantes:

Les tumeurs sont d'égale grosseur, parfaitement semblables; elles sont divisées en 2 parties séparées par un sillon. Une partie est ovulaire, blanchâtre, offrant l'aspect du testicule et de l'albuginée; l'autre partie coiffe la première en l'entourant sur la moitié de sa longueur et ressemble à l'épididyme.

A la coupe: Aspect grisâtre et granuleux, divisions lobulaires.

Au microscope: Tubes séminifères bien nets, mais pas de spermatozoïdes.

Nous avons eu donc affaire à un cas d'hermaphrodisme apparent, à un cryptorchide chez lequel la descente des testicules a été tardive et incomplète, dont les organes externes sont atrophés et soudés incomplètement sur la ligne médiane: verge imperforée

simulant un clitoris, soudure partielle des téguments externes donnant l'apparence de grandes lèvres et d'un court vagin.

Beaucoup de cas semblables ont été observés, mais je n'en vois pas qui aient été opérés dans les mêmes conditions. Notons de plus le développement des seins, l'écartement très marqué des hanches, manquant dans la plupart des cas signalés et qui, chez notre sujet, contribuaient encore à induire en erreur sur le sexe.

Un autre point sur lequel nous devons attirer l'attention, c'est la disposition du méat urinaire: ce méat apparaît audessous du clitoris, mais dans la dépression vestibulaire, caché dans un repli muqueux. Supposons que les testicules eussent suivi leur route normale, signalant ainsi le sexe, ce sujet eût été affecté d'un hypospadias, fait qu'on trouve signalé dans nombre d'observations d'hermaphrodisme apparent, masculin. Comme Giraldès le disait: ce sont des hypospades profonds.

—M. le docteur OUI, de Bordeaux, est d'avis que le sulfate de quinine peut être administré à une nourrice, sans inconvénient pour l'enfant.

—A l'Académie de médecine de Paris, M. Constantin PAUL vient de préconiser la transfusion d'une solution de substance grise du cerveau de mouton dans les cas de neurasthénie.

—Quelques usages de l'eau chaude, d'après le *Concours médical*:
Le meilleur traitement des hémorragies utérines est l'eau chaude à 50 C. en injections.

La céphalalgie cède presque toujours à l'application simultanée d'eau chaude; sur la nuque et sur les pieds.

Une serviette pliée, trempée dans l'eau chaude, tordue rapidement et appliquée sur l'estomac agit d'une manière presque magique contre les coliques.

Rien ne coupe plus rapidement court à une congestion pulmonaire, à une angine ou à un rhumatisme, que des applications bien faites d'eau; chaude même succès, par le même moyen dans l'odontalgie et les névralgies en général.

Un morceau de flanelle imbibé d'eau chaude et appliqué autour du cou d'un enfant atteint du croup, produit souvent un calme remarquable en cinq ou dix minutes. Ceci réussit toujours dans le faux croup.

L'eau chaude, prise à large dose une demi-heure avant de se coucher, est un bon remède contre la constipation.

Enfin un des meilleurs moyens de calmer les douleurs gastriques et de précipiter la digestion est l'absorption d'une certaine quantité d'eau aussi chaude que possible, prise, par exemple, sous forme d'infusions *ad libitum*.

REVUE DES JOURNAUX

THÉRAPEUTIQUE.

Nouvelle contribution à l'action de la diurétine. — B. HERRICK (*Journ. Am. Associat.*, 11 mars 1893) rapporte 4 cas d'ascite (trois de cause cardiaque et un dû à la cirrhose hépatique) où il a essayé l'action de la diurétine. Dans le cas de cirrhose hépatique, le résultat obtenu ne fut pas satisfaisant : la diurétine, tout en augmentant la diurèse, ne diminua en rien l'épanchement ascitique. Au contraire, dans les trois cas d'origine valvulaire, la diurétine se montra extrêmement active : augmentation rapide de la diurèse, diminution rapide de l'ascite, énergie augmentée de l'action du cœur, ralentissement et régularisation de ses battements, relèvement de l'appétit et disparition de la dyspnée et de la cyanose. L'auteur cite aussi quatre cas (un d'insuffisance mitrale avec néphrite parenchymateuse chronique, un d'insuffisance et de rétrécissement mitral avec néphrite chronique, un d'insuffisance mitrale secondaire consécutive à une lésion rénale et une lésion rénale et un cas de néphrite chronique avec prodromes urémiques bien accusés) traités par A. E. Halstead. Dans trois cas les résultats furent bons, mais dans le cas d'insuffisance mitrale secondaire il sembla survenir une augmentation de la pression sanguine et l'exacerbation de tous les phénomènes morbides (dyspnée, céphalée, vertige).

Herrick résume comme suit les conclusions auxquelles il est arrivé :

1o La diurétine est un diurétique qui agit directement sur l'épithélium rénal et elle est indiquée surtout dans les cas où il y a œdème généralisé.

2o Dans les cas où l'on avait échoué avec la digitale et les toniques du cœur, la diurétine est encore la meilleure substance pour faire disparaître l'ascite d'origine cardiaque.

3o Elle peut avec avantage être associée à la digitale et aux toniques cardiaques purs.

4o Il est assez probable que, ainsi qu'elle le fait pour le rein, elle exerce aussi une action directe sur le cœur en ralentissant et rendant plus énergiques ses battements et en régularisant son rythme.

5o La diurétine influence parfois d'autres affections de l'appa-

reil circulatoire accompagnées d'ascite, telles que myocardite, péricardite, anévrysme, artério-sclérose. Dans ces cas son action est plus incertaine que sur les lésions valvulaires.

6o Dans l'ascite d'origine rénale, on peut l'employer sans craindre d'irriter l'épithélium rénal. Ce dernier a-t-il fortement dégénéré, on peut s'attendre à un échec.

7o On échoue ordinairement avec la diurétine quand on l'administre contre l'ascite d'origine portale, et surtout l'ascite par suite de la cirrhose hépatique.

8o Comme phénomènes secondaires fâcheux, on note de temps en temps de la nausée, des vomissements, de la diarrhée, des palpitations, de la céphalée et une légère élévation de la température. Les éruptions cutanées ne surviennent que rarement.

9o La dose quotidienne maxima que l'on peut administrer sans danger aucun, est de 9 grammes, la dose quotidienne moyenne est de 3 grammes à 7gr, 20 administrées à doses fractionnées. Dans les affections cardiaques où on la prescrit associée aux toniques, des doses moins élevées de diurétine seront suffisantes.

10o On prescrira en solution dans l'eau ou le lait, en pilules ou en capsules, de préférence dans l'intervalle des repas. Les acides sont incompatibles avec la diurétine.

Nouveau mode d'administrer le guaiacol.—Les modes ordinaires d'administrer le guaiacol dans la tuberculose présentant des inconvénients considérables, S. SCIOLLA (*Gaz. d. ospit.*, 1893) eut recours avec succès à la méthode endermatique. Il badigeonna la peau d'une extrémité, du dos ou de l'abdomen avec 2-10 grammes de guaiacol et recouvre l'endroit badigeonné avec de la ouate et du gutta-percha. Avec ce mode d'administration l'action du médicament se manifeste très rapidement: déjà après quinze minutes, le malade ressent dans la bouche le goût du guaiacol et la température commence à baisser. Les premières traces de guaiacol dans l'urine se montraient dans une heure et le maximum était atteint dans cinq et six heures. Pas d'irritation de la peau, si le guaiacol employé était pur. La température s'abaissait graduellement en quatre à six heures de 2-30 C., pour remonter ensuite. Les mêmes résultats furent obtenus par l'auteur dans d'autres affections fébriles les plus diverses. Devoto, Maragliano, Campana et Mosso se sont prononcés très favorablement sur ce nouveau mode d'administrer le guaiacol.

Faradisation des parois abdominales dans l'ascite. par le docteur R. BARTHOLOW.—L'auteur s'est servi avec succès de la faradisation des parois abdominales dans l'ascite, notamment quand l'accumulation du liquide dans le ventre dépendait d'une stase dans le système de la veine porte, ainsi que dans l'ascite de la cirrhose hépatique des alcooliques. L'électricité agit dans ces

cas d'une façon différente, tantôt en contractant les muscles abdominaux. tantôt elle active, comme le massage abdominal, la circulation dans les vaisseaux viscéraux, et partant active la résorption du liquide transsudé. La durée des séances était d'un quart d'heure, une séance par jour. Le manuel opératoire est simple, on peut appliquer un électrode à la nuque tandis qu'on promène le deuxième électrode sur le ventre, ou l'on prend les deux électrodes dans la même main et on électrise les muscles par groupes.—*Medical News.*

Sur les effets de l'exalgine, par Edward G. YOUNGER.—L'auteur a administré l'exalgine à une série d'aliénés et à un épileptique. Il s'agissait de mélancoliques, de vésaniques et, dans un cas, de paralysie générale. Ce n'est pas naturellement l'aliénation mentale comme telle que l'auteur cherchait à influencer par l'exalgine. C'est simplement contre les maux de tête et l'insomnie dont les malades souffraient que l'exalgine était dirigée. Les résultats étaient très satisfaisants, malgré la faiblesse des doses. On administrait trois fois par jour 5 centigrammes d'exalgine. Il est aussi à remarquer qu'en général les maux de tête et l'insomnie chez les psychopathes sont très rebelles. Indirectement, par suite de la disparition de la céphalalgie et de l'insomnie, l'état général des malades s'améliorait également, malgré que l'exalgine ne pût, bien entendu, avoir aucune influence sur la maladie mentale même. Chez l'épileptique, qui s'est montré réfractaire aux bromures, les faibles doses d'exalgine eurent pour résultat une telle diminution des attaques, qu'au lieu de quatre à cinq attaques par jour, le malade n'avait plus qu'une attaque par semaine.—*Lancet.*

L'essence d'ambre (oleum succini), par le professeur William MURRELL.—Cette substance ne s'emploie plus aujourd'hui. Cependant, selon l'auteur, c'est un excellent rubéfiant et irritant local dans les rhumatismes, dans le lumbago et dans la sciatique. En Angleterre, l'essence d'ambre est un remède populaire contre la coqueluche. Dans ces cas, on l'emploie en frictions de la colonne vertébrale le matin et le soir. En Amérique, aux Etats-Unis, les frictions de la poitrine avec de l'essence d'ambre sont employées dans la tuberculose pulmonaire au début et dans la bronchite chronique. On la prend aussi à l'intérieur, 10 à 20 gouttes, en émulsion, ou encore mieux en capsules contre la dyspepsie flatulente et contre la boule hystérique. Le docteur Wood recommande l'essence d'ambre comme un moyen très efficace contre le hoquet. L'auteur cite un cas qui prouve que cette substance n'est pas tout à fait inoffensive. Une femme enceinte avala une cuillerée à bouche d'essence d'ambre. Des vomissements violents et de la diarrhée s'ensuivirent, ainsi qu'un

abattement général. La malade fit une fausse couche, mais s'est remise après.

Voici la formule de l'auteur pour l'usage externe de cette substance :

Essence d'ambre	} aa parties égales.
Alcoolat de camphre.....	
Alcoolat de sel volatil de corne de cerf.....	

Mélez. Usage externe.

L'essence d'ambre est un produit de distillation sèche de l'ambre brut. C'est un liquide incolore ou légèrement jaunâtre, d'une odeur *sui generis* très désagréable.—*British Medical Journal*.

La nitroglycérine contre les vomissements, par le docteur R. HUMPHREYS.—L'auteur recommande la nitroglycérine contre les vomissements, quelle qu'en soit l'origine. Une expérience de trois ans lui a démontré que, dans le catarrhe de l'estomac des grandes personnes et des enfants, chez les alcooliques et chez les anémiques, cette substance agit rapidement et presque comme un spécifique. L'auteur a obtenu avec cette substance des résultats favorables dans un cas de vomissements incoercibles chez une femme enceinte. La nitroglycérine a donné des bons résultats encore dans quelques cas de vomissement d'origine cérébrale et dans un cas de diarrhée lientérique. La nitroglycérine agit peu contre les vomissements des phthisiques. Dans la péritonite, elle augmente même les vomissements. Cette substance n'a pas provoqué chez ces malades des phénomènes nuisibles.—*British Medical Journal*.

—Le sulfonal est inutile dans les cas où l'insomnie est liée à une douleur.—HARE.

—D'après le DR JURIST, la strychnine est un tonique plus efficace que la quinine dans les cas de diphtérie.

—On prescrit assez souvent la cocaïne, en pommade ou en solution, sur les mamelons pendant la lactation. Cette application supprime l'érection du mamelon et, ce qui serait plus grave, tarit en quelques jours la sécrétion lactée.

—MANKOFF a indiqué un moyen bien simple de distinguer entre une violente douleur névralgique et une névralgie simulée. Dans le premier cas, le pouls est accéléré, tandis qu'il reste normal chez des simulateurs. M. STRAUSS a pu vérifier l'exactitude de ce signe dans la sciatique, la périostite du tibia et le rhumatisme articulaire.

MEDECINE

Les hématomèses hystériques.—M. le Dr JOSSERAND, de Lyon, dans une étude très complète de l'hématomèse hystérique, signale, au point de vue du diagnostic de cet accident inquiétant, les signes caractéristiques suivants :

Il s'agit d'un liquide rouge manifestement hématurique mais moins coloré que le sang normal, plus aqueux, comme dilué; cette dilution peut échapper au premier abord, l'expectoration empruntant à sa masse et à son épaisseur une teinte très foncée; mais une goutte versée sur un linge blanc y fait une tache beaucoup plus pâle que du sang pur. En deuxième lieu, ce liquide est visqueux, comme sirupeux, et glisse lentement sur le fond du vase lorsqu'on l'incline, comme s'il y adhérait un peu : du sirop de ratanhia un peu étendu d'eau réalise une contrefaçon qui a plus d'une fois trompé des assistants même prévenus. Ce sang dilué et visqueux a pour troisième caractère de n'être pas spumeux comme celui de l'hémoptysie, et enfin il se conserve indéfiniment sans se coaguler, comme le ferait du vin ou du sirop. Versé dans un verre à urine, il dépose en trois couches : une supérieure, très rouge, ne contenant presque pas d'hématies, et exclusivement colorée par l'hémoglobine dissoute; une moyenne composée de globules rouges, et une inférieure constituée par des cellules épithéliales parvimenteuses.

Le liquide qui dilue le sang, qui l'empêche de se coaguler et qui dissout son hémoglobine est la salive. Le mélange est constitué en moyenne à raison d'une partie de sang pour dix à douze de salive.

Voilà pour ses propriétés physiques. Ses caractères cliniques sont les suivants : il est rendu d'un seul coup; assez brusquement le sujet a la sensation d'un étouffement, d'une boule, d'une contraction épigastrique ou rétro-sternale, sa bouche se remplit de salive, et en même temps il rejette d'un seul coup le corps du délit, après quoi il se sent soulagé. En second lieu, le phénomène est très souvent quotidien; pendant des semaines et des mois, les malades nous présentent chaque matin leur crachoir.

Ce liquide est vomé; le sang provient, soit du pharynx, soit de la base de la langue, mais surtout de l'estomac, et de préférence peut-être de l'œsophage, et il se mélange à son passage à un flot de salive dont le ptyalisme nauséux a rempli la bouche. Pour toutes ces raisons on peut donner au phénomène le nom d'hémomatémèse hystérique (sang et salive).

Enfin l'accident se rencontre souvent chez des névropathes dys-

ménorrhéiques; on arrive le plus souvent, guidé par la constatation de ce stigmate, à en trouver d'autres confirmatifs, tels qu'une hémianesthésie sensitivo-sensorielle, des zones hypnogènes, et enfin des guérisons par suggestion.

Diagnostic et traitement du typhus exanthématique. — Le *typhus exanthématique* est une maladie infectieuse, éruptive, existant à l'état endémique dans certaines contrées, et, par suite, susceptible de devenir facilement épidémique, en raison de sa grande contagiosité. En France, le repaire du typhus est la Bretagne, où il a donné lieu à diverses épidémies, toujours rapidement éteintes. En Irlande, il cause chaque année un nombre respectable de décès; et, d'après le Dr COMBEMALE, il ne serait pas rare, dans certaines colonies agricoles pénitentiaires situées sur les confins de la Belgique et de la Hollande. C'est de l'un de ces points certainement que le typhus a gagné, il y a quelques mois, la ville de Lille, où l'épidémie, diagnostiquée et signalée par les médecins, n'a été l'objet d'aucune précaution de la part de l'administration centrale, et cela, nous a appris M. BERGERON à la tribune de l'Académie, parce que le mot *typhus*, inséré dans le rapport, n'avait pas attiré l'attention des membres du Comité consultatif d'hygiène. De Lille la maladie a gagné Paris en passant par Amiens; et peut-être ferait-elle en ce moment son tour de France, si des mesures sanitaires rigoureuses d'isolement et de désinfection n'étaient venues enfin s'opposer à son expansion. Cependant elle n'est pas terminée. De plus, il n'est pas impossible qu'elle revienne d'ici peu. Il est, par suite, important de pouvoir reconnaître le typhus au premier abord, et de ne pas le confondre avec la *rougeole*, la *fièvre typhoïde* ou la *grippe*.

Les symptômes qui permettront, dès le début, de poser le diagnostic sont les suivants: *début brusque, élévation rapide de la température, intensité des symptômes généraux, peu ou pas de symptômes abdominaux.*

Le *début* est généralement d'une brusquerie extrême; parfois, cependant, l'invasion est annoncée par un malaise général. Un frisson violent ouvre souvent la scène, comme dans la pneumonie. En même temps survient une céphalalgie frontale intense accompagnée de vertiges et bourdonnements d'oreilles; la face devient assez rapidement congestionnée, vultueuse, les conjonctives injectées, les yeux larmoyants. Les membres et les reins sont le siège de douleurs et d'une lassitude extrême: les malades sont comme roués de coups.

La *température* s'élève très rapidement, et dès le premier jour elle monte à 39° 5 et 40°, le lendemain, elle est de 40° 5.

Les *symptômes généraux* se montrent dès le début d'une grande intensité; le malade offre de suite le tableau que présente la

fièvre typhoïde pendant le second septénaire : c'est une stupeur, une demi-comuolence avec des rêvasseries. Cependant le malade répond aux questions qu'on lui pose, mais avec une grande lenteur. La langue devient rapidement sèche et brûlée; l'anorexie est complète, l'haleine très fétide.

Il n'y a pas de diarrhée; au contraire, la constipation est la règle; le ventre n'est pas douloureux, ni ballonné.

En même temps que le catarrhe oculo-nasal, il existe un *catarrhe laryngo-bronchique*, mais ici, les râles sont humides, au contraire de ce qui a lieu dans la fièvre typhoïde. Parfois, il y a de la congestion pulmonaire dès le début.

Quand on voit un malade présentant ces symptômes dès le commencement de la maladie, alors que l'attention n'a pas été attirée sur le typhas, le diagnostic pourra hésiter entre les trois affections suivantes : dothiénterie, rougeole et grippe.

Le diagnostic de *fièvre typhoïde* a pour lui l'aspect général du malade, les épistaxis qui ne sont pas rares, et les symptômes nerveux, vertiges, céphalalgie, bourdonnements d'oreille, stupeur; l'état de la langue, sèche et rôtie, la température élevée, unis aux signes précédents peuvent faire paraître comme indéniable le diagnostic de fièvre typhoïde au commencement du second septénaire, le premier septénaire ayant évolué insidieusement, comme cela se voit dans la forme connue sous le nom de *typhus ambulatorius*.

Mais ici c'est l'étude attentive du début de la maladie qui devra faire douter de ce diagnostic. En effet, un début brusque par un frisson violent, ou plusieurs frissons répétés, les douleurs très intenses dans les membres et dans les reins, l'élévation rapide de la température, surtout ce dernier signe, doivent immédiatement faire rejeter l'idée d'une fièvre typhoïde possible. Ajoutons qu'il n'y a pas de diarrhée, pas de douleur dans la fosse iliaque droite, que la rate n'est pas encore tuméfiée, et qu'on ne retrouve pas les taches rosées lenticulaires caractéristiques, signes qui font rarement défaut dans une fièvre typhoïde parvenue au second septénaire. Ainsi donc, il est impossible que ce soit une dothiénterie à son début, pas plus qu'à sa période d'état.

On songera alors à la *grippe*, et cette idée est d'autant plus vraisemblable que la grippe est actuellement très fréquente et qu'elle revêt des formes extrêmement variées. Les symptômes qui rendent ce diagnostic vraisemblable sont : le début brusque, avec élévation rapide de la température, la courbature générale, la céphalalgie, les catarrhes oculaire, nasal, et laryngo-bronchique, la congestion pulmonaire qu'on observe souvent dès le début. Seuls les symptômes généraux, paraîtront trop intenses dès le premier jour pour ne pas sembler légèrement suspects; d'autant plus que dans la grippe à forme typhoïde, ce n'est guère qu'au bout de quelques jours que se montrent les symptômes typhoïdes.

De plus, la congestion de la face et des conjonctives est plus prononcée qu'elle ne devrait l'être dans la grippe.

C'est ce dernier symptôme, ainsi que les catarrhes des muqueuses, qui pourront, au premier abord frapper le médecin, et qui lui feront se demander s'il n'a pas affaire à la rougeole; et cette idée, soulevée légèrement au début de l'affection, paraîtra beaucoup plus sérieuse au bout de quelques jours quand surviendra l'éruption. Cette coïncidence d'une éruption rubéolique suivant à quatre ou cinq jours de distance la congestion oculo nasale et la bronchite du début, a été cause qu'un certain nombre de cas de typhus ont été considérés comme des rougeoles à évolution anormale, comme des rougeoles malignes. Anormale en effet serait cette maladie si c'était une rougeole, par l'élévation rapide de la température, qui ne monte, dans la rougeole, que progressivement, pour atteindre son acmé quand apparaît l'éruption. Cependant, dans la rougeole ataxo-dynamique, la fièvre monte très rapidement; mais alors l'état général est extrêmement mauvais, et le pouls est petit et d'une fréquence très grande, contrairement au typhus, où malgré la stupeur et les différents symptômes nerveux, le pouls reste large et bon, au moins pendant les cinq ou six premiers jours, sa fréquence ne dépassant guère 110 à 120. De plus l'âge des malades est différent, le typhus étant une maladie des adultes, et la rougeole une maladie d'enfants.

Cependant, en résumé, on peut dire qu'au début, alors qu'il n'existe pas d'épidémie de typhus connue, il est deux maladies qui peuvent faire hésiter le diagnostic, c'est la rougeole et la grippe.

Mais, on ne voit pas toujours les malades dès l'abord; on peut n'avoir à les examiner qu'au moment de l'éruption.

Cette éruption a des caractères spéciaux. Elle est assez précoce, puisqu'elle se montre le troisième, le quatrième ou le cinquième jour. Elle est généralement peu intense, et n'envahit pas tout le corps et les membres comme le fait la rougeole. Elle se borne souvent à quelques taches; d'autres fois, et la chose ne serait pas absolument rare, elle fait même défaut. *Elle ne se montre jamais sur la face.* Elle est constituée par des taches rouges, irrégulièrement arrondies, non saillantes, rarement confluentes en quelques points, de la grosseur d'une lentille et plus petites, et qui ne disparaissent pas complètement sous la pression du doigt comme celles de la rougeole. Au bout de quelques jours, elles deviennent foncées et ecchymotiques.

On a signalé, en outre, des espèces de marbrures, dues à des hémorragies sous-cutanées ou sous-épidermiques, qui peuvent aussi se montrer sous forme de taches de purpura. Il existe aussi fréquemment des sudamina, symptôme sans importance.

Au bout de quelques jours, l'éruption s'atténue et s'efface comme celle de la rougeole.

Si l'on a suivi le malade depuis le début, on a constaté que la température s'est maintenue invariablement à 40° et au-dessus. Mais vers le septième ou neuvième jour, il se produit une rémission de un degré environ, qui est considérée par beaucoup d'auteurs comme absolument caractéristique du typhus; sa constatation seule dans une courbe thermique, suivie d'une nouvelle élévation le lendemain, suffit pour poser le diagnostic de typhus exanthématique.

Dans le second septénaire, les symptômes nerveux s'accroissent; il n'y a pas seulement de la stupeur et de la prostration; il existe en même temps du délire et de l'excitation, parfois gaie, d'autres fois triste, les malades essayant même de se suicider.

La température reste toujours très élevée.

Nous ne parlons pas des autres symptômes, asthénie cardiaque, eschares de décubitus, urines rares et albumineuses, etc., car nous ne voulons faire ressortir que les symptômes qui peuvent aider directement à trancher le diagnostic.

La mort peut survenir dans le second septénaire au milieu des symptômes ataxo-adiynamiques.

La défervescence et la convalescence se font d'une façon extrêmement brusque vers la fin du second septénaire; souvent en vingt-quatre heures, la scène a changé totalement, et tous les symptômes inquiétants ont disparu.

Les caractères de l'éruption la différencient suffisamment de la rougeole; c'est l'absence de taches au cou et sur la face, tandis que dans la rougeole, l'éruption est annoncée d'abord par quelques taches derrière les oreilles, et gagne ensuite toute la face où elle est très confluyente; c'est aussi le fond brunâtre et ecchymotique de l'exanthème typhique.

L'apparition de l'éruption suffit pour faire tomber le diagnostic de grippe; ce n'est que dans les cas où l'éruption fait défaut, que l'on conservera des doutes. Mais la constatation de la tuméfaction de la rate rendra plus vraisemblable à ce moment l'idée d'une fièvre typhoïde.

C'est en effet au moment du second septénaire que le malade offrira le plus l'aspect d'un dothiéntérique. Mais ici encore l'éruption ne ressemble pas aux taches rosées lenticulaires qui disparaissent facilement à la pression.

De plus, la rémission de température qui se montre au septième ou huitième jour devra toujours faire songer au typhus.

Pour établir le diagnostic il est encore d'autres considérations; nous les reproduisons telles qu'elles ont été émises à la Société médicale des hôpitaux par M. Netter. Ce sont:

- 1^o L'époque de l'épidémie: le typhus est une maladie d'hiver et de printemps;
- 2^o L'âge des malades, sensiblement plus élevé que l'âge moyen des typhoïdants;

3° La condition sociale : si l'on excepte les personnes qui donnent des soins aux malades, le typhus a presque exclusivement frappé des sujets sans domicile ;

4° La fréquence de la contagion, si rare au contraire dans la fièvre typhoïde ;

5° On s'enquerra surtout de l'état des sœurs, des infirmiers, des médecins. Ces personnes sont les meilleurs réactifs du typhus ;

6° On recherche l'existence antérieure de la fièvre typhoïde sur les sujets atteints ;

7° Sur les bulletins des hôpitaux, les cas de typhus se révéleront, en général, par le court intervalle qui sépare l'entrée, de la mort ou de la sortie ;

8° La proportion élevée des décès est enfin un élément important du diagnostic dans la population spéciale qui est presque exclusivement touchée, en France, par l'épidémie actuelle.

Nous serons brefs sur le *traitement* ; car la plupart des médications employées se sont montrées complètement inefficaces. Il n'y a rien à attendre des antithermiques employés ordinairement antipyrine ou sulfate de quinine ; il n'y a même à peu près rien à attendre de l'emploi des bains progressivement refroidis. Seuls, les bains froids d'emblée à 20°, donnés d'une façon rigoureuse, toutes les trois heures, jour et nuit de dix à quinze minutes de durée, pourront agir favorablement, non seulement sur l'hyperthermie, mais aussi sur l'ataxie nerveuse et l'asthénie cardiaque. Les bains froids, nous tenons à le répéter, sont de puissants stimulants de toutes les fonctions ; ils permettent à la peau de mieux fonctionner, et agissent d'une façon manifeste sur la sécrétion urinaire ; ils sont le meilleur traitement que nous possédions dans toutes les maladies infectieuses graves ; et dans le typhus ils sont plus indiqués que partout ailleurs.

En outre, on remplira les diverses indications qui sont : de soutenir les forces du malade, en donnant des grogs et de l'extrait de quinquina, et de calmer les symptômes d'excitation nerveuse en employant, comme l'a fait M. Comby dans un cas heureux qu'il a relaté, la teinture de valériane et la teinture de muse, à la dose de vingt gouttes par jour.—Dr P. HERVOUET, in *Concours médical*.

—Il en est des mauvaises intentions comme des écus : pour les prêter aux autres, il faut les avoir soi-même.—ANDRÉ THEURIET.

—Si nous en croyons les résultats des recherches microbiologiques qui se font, depuis un certain temps, dans les laboratoires et les hôpitaux, il est très probable qu'il y a, dans le cancer, un véritable parasite. Et voilà qu'un russe, KOROTNEFF, prétend avoir trouvé, sur le champ de son microscope, ce fameux parasite auquel il a donné le nom de *Rhopaloccephalus carcinomatosus*.

CHIRURGIE.

Des fissures anales.—Clinique de M. le professeur TILLAUX à l'hôpital de la Pitié.—Messieurs, nous allons opérer un homme atteint de fissures à l'anus, et ce sera pour moi l'occasion de développer devant vous les particularités de leur histoire. Connue depuis longtemps, mais individualisée en France à une époque relativement assez rapprochée, la fissure anale fut décrite dans un mémoire de Boyer lu à l'Académie. Il nota le premier l'état de contracture du sphincter, et sortit du traitement banal par les pommades, etc...; il proposa l'incision du sphincter, car il avait noté les relations étroites de la fissure et de la contracture; puis Récamier proposa de substituer la dilatation forcée du sphincter à l'incision de Boyer. Depuis, la dilatation est restée la méthode de choix.

En quoi consiste exactement la lésion? C'est une petite excoriation de la marge anale, souvent cachée au fond d'un pli de la région; elle siège presque toujours à la partie *postérieure* de la région anale; quelquefois, elle est un peu latérale.

La fissure part du rebord anal à l'union de la peau et de la muqueuse, puis remonte sur les parties latérales du rectum sans jamais dépasser la région du sphincter. Souvent elle se termine à l'extérieur au niveau d'une *petite saillie condylomateuse*. Chez notre malade ce condylome est au débat, mais retenez que cette disposition est presque constante. La fissure ne dépasse pas l'épaisseur du plan superficiel de la muqueuse. Cette fissure est toujours accompagnée d'une contracture plus ou moins violente du sphincter externe; si l'on cherche à introduire le doigt dans l'anus, on n'y arrive qu'au prix d'une douleur excessive que les plus courageux des malades ont peine à supporter.

Voilà donc déjà deux éléments de l'affection: 1^o la plaie; 2^o la contracture permanente, durable.

Le troisième caractère est la douleur. Pour constituer une fissure, il ne suffit pas, en effet, qu'il y ait une plaie, et il y a bien des plaies de l'anus qui ne sont pas des fissures. La fissure anale offre comme symptomatologie un syndrome clinique à trois éléments qui la distinguent nettement des autres affections de la région, et ces éléments sont la *fissure*, la *contracture*, la *douleur*. Mais la douleur elle-même doit se produire suivant une modalité spéciale. Une hémorroïde enflammée est douloureuse simplement; mais quand il s'agit de fissure, le malade accuse toujours une douleur pendant la défécation, douleur d'ailleurs supportable

et qui s'atténue bientôt : puis, quelques minutes après les selles, survient une cuisson qui bientôt s'exacerbe et que tous les malades comparent à une brûlure par le fer rouge ; la douleur est alors extrêmement vive.

La douleur va en augmentant constamment et peut durer plusieurs heures : ceci est caractéristique et permet de faire souvent le diagnostic d'après les simples renseignements donnés par le malade, car il est très particulier de constater que cette douleur existe surtout après les selles, tandis que c'est pendant la défécation que sont douloureuses les autres affections de l'anus.

Outre cette douleur après la défécation, le malade souffre encore dès qu'on touche précisément le point où siègent la fissure et le condylome.

Ces malades perdent quelquefois du sang en allant à la garde-robe : c'est ce qui arriva à notre malade.

Les malades redoutent ces douleurs ; ils finissent par ne plus manger pour éviter les selles : ils s'émacient et arrivent à un état d'hypochondrie qui peut même les pousser au suicide.

L'état mental est toujours fort accusé.

Avec quelle affection peut-on confondre la fissure à l'anus ?

Il est d'abord des cas où l'on ne voit pas de fissure. Boyer avait décrit la *fissure sans fissure* avec contracture et douleur sans qu'on pût constater de fissure.

Celle-ci peut être à la vérité très petite et située très haut. Mais je crois qu'il est des cas où la fissure est réellement absente : c'est ce que les Anglais appellent le "rectum nerveux," la "fissure hystérique" et il est important de les connaître, car on leur applique le même traitement, mais le résultat est loin d'être aussi bon et très souvent les malades sont, il est vrai, momentanément soulagés, mais on ne peut promettre comme dans le cas de fissure vraie une guérison totale et durable ; souvent ces malades, revus à une date éloignée de l'opération souffrent autant qu'avant d'être opérés.

Vous ne la confondrez guère avec des hémorrhoides et je n'insiste pas.

Enfin, il reste une affection qui peut simuler la fissure jusqu'à un certain point : c'est ce qu'on appelle la coccydinie, affection peu connue encore et dont l'étiologie nous échappe ; il suffit d'ailleurs d'avoir l'attention attirée de ce côté pour éviter l'erreur.

La pathogénie de la fissure anale n'est pas encore très nette : est-ce l'ulcération qui commence ou est-ce la contracture douloureuse ?

Pourquoi d'autres plaies fissuriques, chez les syphilitiques par exemple, ne sont-elles pas douloureuses comme la fissure ?

Peut-être y a-t-il un filet nerveux mis à nu, de même que dans une petite ulcération kératique on peut observer un blépharospasme invincible. Mais cela n'est qu'une comparaison et non une explication ; il vaut mieux avouer notre ignorance.

De même que la marche en est bien connue: le traitement en est bien établi aujourd'hui; seule, la pathogénie nous échappe. La conception de Boyer était ingénieuse: croyant que la contraction de l'anneau sphinctérien était l'élément principal de l'affection, ce chirurgien avait proposé et exécuté la section du sphincter.

Chassaingnac avait eu l'idée d'y appliquer son écraseur; il y faisait, disait-il, une "incision mousse", mais il opérait trop largement et divisait trop le sphincter.

On a même proposé l'excision d'une partie du sphincter.

Récamier pensa qu'on pouvait distendre les fibres du sphincter sans les sectionner. L'expérience a démontré qu'il ne s'ensuivait aucune incontinence des matières.

Dolbeau put dans un cas faire l'autopsie d'un opéré mort du choléra 24 heures après l'opération; aucune rupture musculaire n'existait, mais pour cela il faut faire la dilatation transversale limitée par les ischions et n'y pas joindre la dilatation antéro-postérieure qu'on a proposé et qui me semble inutile et même mauvaise.

Je me sers des doigts, n'ayant pas éprouvé le besoin d'employer les spéculums spéciaux, celui de Trélat, par exemple; c'est une affaire de vigueur.

Jusqu'à présent, je faisais la dilatation sous le chloroforme; nous allons, cette fois, employer la cocaïne, comme le fait M. Reclus, c'est-à-dire qu'après avoir introduit un tampon imbibé de cocaïne, je circonscrirai à l'aide de quelques injections profondes de cocaïne à 1 0/0 la région de la marge anale, en portant les injections dans toute la hauteur du sphincter.

Puis, introduisant les index, et après un léger moment de "recueillement", je les écarte brusquement jusqu'aux ischions et l'opération est terminée. Il suffit ensuite de l'application de compresses froides pour que la guérison ait lieu.—*Union médicale.*

Traitement de la phthisie laryngée.—Dans une des dernières séances de la *Société française de laryngologie*, le Dr CASTEX expose les différents procédés chirurgicaux à opposer à la tuberculose du larynx: le curettage, la laryngotomie, la section et l'extirpation à la pince coupante, la trachéotomie, le tubage.

La lésion est-elle circonscrite sous forme de tumeur, telle que les pseudo-polypes décrits par Avellis de Francfort, on a recours à la pince coupante, en touchant ensuite au galvano-cautère le lieu d'implantation de la tumeur.

Pour des lésions plus étendues, en nappe, c'est le curettage.

Si le curettage n'a pas suffi, ou si les lésions sont d'un abord difficile, on envisagera l'opportunité de la laryngotomie.

Quand le malade est à la fois atteint du poumon et du larynx, on emploie le curettage contre la dyspnée et l'odynophagie. La trachéotomie n'est qu'un pis aller.

On trouve les contre-indications dans l'état pulmonaire et général du malade (amaigrissement marqué, fièvre, indocilité).

Le traitement médical prépare et consolide les résultats heureux du traitement chirurgical.

Il reste encore beaucoup à faire sur cette question. Les statistiques générales manquent.

Les complications à redouter dans le traitement chirurgical sont : le spasme de la glotte, l'infiltration œdémateuse, les répercussions sur le poumon.

La méthode sclérogène par les injections de chlorure de zinc de Launelougue mériterait d'être essayée dans la tuberculose laryngée.

M. GAREL de Lyon, insiste sur ce fait que le pronostic sera tout différent suivant qu'il s'agira d'une forme glottique ou d'une forme dysphagique ; dans ce dernier cas, le malade est voué à une mort certaine, rapide résultant de l' inanition. Il faut aussi se rendre compte de l'état général, du degré de résistance du sujet, de l'étendue des lésions pulmonaires, car les chances de guérison dépendent surtout de ces conditions. Aussi le traitement local de la phthisie laryngée ne tire nullement sa valeur de lui-même, mais bien du malade sur lequel on l'applique. Les différentes médications en usage sont les suivantes :

Les inhalations, faites avec des substances liquides ou gazeuses, sont destinées surtout à combattre la toux et la dyspnée. On les pratique avec la créosote, l'acide phénique et divers balsamiques. C'est au baume du Pérou qu'on donne la préférence. L'acide carbonique, l'acide fluorhydrique, sont également employés en inhalations.

Les pulvérisations se font ordinairement à l'aide d'instruments à vapeur et avec des préparations opiacées ou des solutions phéniquées.

Les insufflations de poudre ont été recommandées ; mais d'autres méthodes sont très commodes et tout aussi efficaces.

Les badigeonnages calmants rendront de grands services dans les formes dysphagiques.

Quant aux applications locales d'une solution d'acide lactique de 20 à 80 p. c., elles constituent le meilleur moyen de modifier les ulcérations tuberculeuses, à la condition de faire auparavant un badigeonnage énergique à la cocaïne.

On a retiré aussi de bons effets des injections intralaryngées avec des solutions de menthol ou de créosote.

Les injections sous muqueuses d'acide lactique ou d'iodoforme en dissolution sont bien douloureuses ; une injection de cocaïne procure au contraire, un soulagement plus durable que le simple badigeonnage.

Les cautérisations galvanocautiques sont très bien supportées par les larynx tuberculeux ; on doit les employer dans les cas d'infiltration des régions épiglottique et aryténoïdienne.

La méthode électrolytique rend aussi des services s'il s'agit de produire des escharas.

Les injections de tuberculine ou de cantharidate de soude doivent être prescrites.

Les eaux sulfureuses sont susceptibles de déterminer des poussées congestives.

En résumé, cocaïne contre la toux et la dysphagie, acide lactique et galvanocautère contre les ulcérations et les infiltrations : tel est le traitement médical de la tuberculose laryngée.

De la période de contagiosité des oreillons.—Séance du 10 février 1893.—Présidence de M. FERNET.—On admet, en général, que la période d'incubation des oreillons dure de 13 à 20 jours. L'expérience de RENDU est confirmative de cette manière de voir. On suppose communément que les oreillons sont susceptibles de se transmettre pendant toute la durée de leur évolution ; d'autres prétendent que la contagion se ferait surtout pendant les derniers jours de la maladie. Pour MM. Royer et Labrie, la contagiosité des oreillons serait à son maximum dans les quarante-huit premières heures.

Deux faits observés par RENDU l'autorisent à penser que c'est surtout à la fin de la période d'incubation que s'exerce la contagiosité, et avant l'apparition de la fluxion parotidienne, en un mot, au moins vingt-quatre heures avant qu'il ne soit possible de faire le diagnostic de la maladie.

Or, si l'on tient compte de ces données sur la contagiosité des oreillons, on comprendra qu'il y ait lieu de réviser les règlements scolaires actuels, qui interdisent aux élèves atteints d'oreillons, l'accès des écoles pendant les trois semaines qui suivent leur guérison.

Ce règlement, qui occasionne une perte de temps appréciable, lui paraît en outre irrationnel la contagion se produisant à un moment où le diagnostic est impossible.—*Société méd. des hôpitaux.*
—*Revue internationale de rhinologie, otologie et laryngologie.*

Traitement de l'épistaxis, par le docteur A. MARTIN.—Pendant les préparatifs qui suivent, on fait faire de la compression à la partie antérieure de la cloison, soit par le malade lui-même, soit par une personne quelconque. On prépare quelques stylets avec de petits tampons d'ouate ; l'un d'eux est trempé dans une solution de cocaïne au 1/25 ; sur un stylet plat on fait fondre une perle de nitrate d'argent ; on a, en outre, un peu d'ouate boriquée et de vaseline, et on est armé pour arrêter l'hémorragie. On se place devant le malade et on le fait moucher, de façon à débarrasser la fosse nasale ; puis on place rapidement le spéculum. Avec les stylets armés de tampons d'ouate, on essuie doucement, et vivement on voit, non pas toujours immédiatement le point,

mais au moins la région de la cloison d'où vient le sang. On place alors sur cette région le tampon imbibé de cocaïne, et on attend quelques instants. A la faveur de la contraction produite par la cocaïne, l'écoulement diminue, et lorsqu'on retire le tampon, il est facile de déterminer, cette fois, le point qui saigne, on essuie encore une fois doucement et on applique, à l'endroit par lequel on a vu sortir le sang, la perle de nitrate d'argent. On la laisse quelques instants et, quand on a une escharre suffisante, on la retire. On peut alors faire moucher le malade, lui dire de le faire violemment : il ne sort plus de sang.

Deux séances suffisent, en général, pour former une escharre, qui ne tarde pas à tomber, laissant une cicatrisation complète de l'érosion.

Ajoutons qu'il faut toujours modifier la prédisposition hémophile au moyen des toniques névrossthéniques.

Le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac, communication au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, par M. BRISSAUD, médecin des hôpitaux, agrégé de la Faculté de Paris.—On sait depuis longtemps que les solutions de chlorate de potasse agissent d'une façon très efficace sur les épithéliomas de la bouche et certains cancroïdes de la face. Les succès obtenus dans ces cas par l'emploi de ce sel m'ont engagé à essayer d'appliquer au cancer de l'estomac un traitement analogue. Mais comme le chlorate de potasse est peu soluble et qu'il est en même temps très toxique, j'ai songé à me servir plutôt du chlorate de soude, qui est beaucoup moins toxique que le chlorate de potasse, puisqu'on a pu sans accident en injecter aux animaux des doses relativement considérables, et qui, en outre, est beaucoup plus soluble que le chlorate de potasse, puisqu'il se dissout dans trois fois son poids d'eau, tandis que celui-ci ne se dissout que dans vingt fois son poids d'eau.

L'emploi du chlorate de soude, à des doses qui ont varié entre 8 et 16 grammes par jour, sans jamais dépasser la dose de 16 grammes dans les vingt quatre heures, m'a donné, dans plusieurs cas indiscutables de cancer de l'estomac, des soulagements tels, équivalant d'une façon si frappante à des guérisons, que j'hésiterais à publier ces résultats s'il ne s'agissait que d'un ou deux cas seulement, en raison des erreurs de diagnostic que l'on peut commettre en prenant pour un cancer de l'estomac un de ces cas de gastrite chronique qui reproduisent si bien tous les symptômes de l'affection maligne; mais ces résultats ont été obtenus constamment dans tous les cas où depuis quatre ans je me suis trouvé en présence d'un cancer purement stomacal, c'est à-dire dans cinq observations successives, pour lesquelles on ne pourrait parler de cinq erreurs de diagnostic, d'autant moins qu'il en est trois dans lesquelles il existait une tumeur épigastrique appréciable.

Dans ces cinq cas, au sujet desquels le diagnostic n'était pas douteux, le chlorate de soude a été employé à la dose de 12, 14 et même 16 grammes par jour, et les malades sont aujourd'hui absolument guéris, attendu que l'on a vu, sous l'influence du traitement, se produire la suppression des mélena et des hématomèses, le retour de l'appétit, la disparition de la cachexie, et, d'autre part, dans les trois cas où il existait une tumeur épigastrique appréciable, on a vu cette tumeur disparaître complètement, après six semaines environ.

Je ne parle ici que des succès obtenus dans des cas indiscutables, car il est d'autres cas que je pourrais considérer comme des succès, mais pour lesquels le diagnostic était moins évident, ce qui empêche d'y insister.

Je dois aussi parler des insuccès. S'il est, en effet, des formes, notamment les formes épithéliomateuses, qui me paraissent être favorablement influencées par le chlorate de soude, il en est d'autres, telles que les formes interstitielles, sarcomateuses, qui semblent résister à ce mode de traitement.

D'autre part, il est des cas où l'insuccès doit être attribué soit à la généralisation cancéreuse, soit à des complications sur lesquelles le traitement ne saurait exercer aucune influence.

Ainsi, dans un des cas où le chlorate de soude a échoué, la propagation hépatique existait déjà quand on a commencé le traitement.

Dans un autre insuccès il s'agissait d'un cas de généralisation d'une rapidité extrême, observée chez une jeune femme qui avait cependant bénéficié pendant quelque temps du traitement par le chlorate de soude: M. Nélaton, dans le service duquel elle se trouvait, lui avait fait prendre ce médicament à la dose de 16 grammes par jour, et, en quelques semaines, l'appétit était revenu, les hématomèses avaient cessé, et la malade avait engraisé de 16 livres, si bien qu'on avait cru un instant à une erreur de diagnostic; mais l'autopsie montra que l'on avait bien affaire à un cancer généralisé.

Enfin, dans un troisième cas, la mort a été consécutive à une phlébite de la veine cave: c'est donc encore un cas qui ne saurait être compris dans une statistique relative aux résultats obtenus par le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac.

En résumé, tout ce que je puis dire, c'est que, depuis quatre ans, j'emploie cette méthode, et que, depuis cette époque, je n'ai pas eu une seule autopsie de cancer purement gastrique.

A mes observations personnelles je puis en ajouter d'autres qui m'ont été transmises par plusieurs de mes collègues. C'est ainsi que M. Hanot m'a cité le cas d'un malade qu'il avait vu quitter l'hôpital, guéri en apparence, après avoir été soumis au traitement par le chlorate de soude

M. Le Gendre a, de son côté, en ce moment, dans son service,

un malade chez lequel il a institué le même traitement, et il a déjà pu constater une amélioration notable.

Enfin, un de mes élèves m'a communiqué une observation de cancer de l'estomac dans lequel le chlorate de soude a amené une telle amélioration que l'on a cru à une erreur de diagnostic.

Le chlorate de soude a déjà été préconisé comme diurétique et comme antidiphthérique. Pourquoi lui a-t-on toujours préféré le chlorate de potasse? Il ne pouvait y avoir une raison que dans la question de prix, mais aujourd'hui cette raison n'existe plus, attendu que le chlorate de soude a perdu actuellement toute espèce de valeur, si bien que, à mon avis, le chlorate de potasse est appelé à disparaître de la pharmacopée et à être remplacé par le chlorate de soude. Déjà, dans des cas de stomatite ulcéreuse, nous avons pu nous convaincre de son efficacité, et, d'autre part, nous savons que ce sel est loin d'être toxique comme le chlorate de potasse.

Comment peut-on expliquer l'action du chlorate de soude? Les uns pensent qu'il n'est ni décomposé ni fixé dans l'organisme, d'autres croient au contraire qu'il est en partie décomposé. Mes internes en pharmacie, qui ont fait à ce sujet quelques recherches, ont constaté qu'il y avait une élimination notable du médicament.

Quoi qu'il en soit, je veux seulement signaler aujourd'hui les résultats des plus encourageants que m'a donnés le chlorate de soude dans le traitement du cancer de l'estomac, résultats qui peuvent être déjà considérés comme équivalant à une guérison définitive, et cela chez un nombre suffisant de malades pour que l'on ne puisse penser qu'il y ait eu autant d'erreurs de diagnostic (1).—*Mercure Médical*.

—TRAPEZNIKOW préconise l'emploi du soziodolnatrium comme substitut de l'iodoforme, dans le traitement des ulcères vénériens. Les avantages de ce remède consistent dans le fait qu'il est inodore et insipide, outre qu'il est antiseptique, favorise les granulations des plaies et en accélère la cicatrisation.

—GLINSKY, à la suite du traitement de 128 cas d'érysipèle par l'ichthyol, conclut que cette substance est le moyen le plus efficace dans le traitement de l'érysipèle. La maladie est promptement enrayée et ne dure alors guère plus de deux ou trois jours.

(1) A la suite de cette communication, M. LÉPINE (Lyon) a dit avoir obtenu de bons résultats par l'action du chlorate de potasse sur les epitheliomes. Il pense que les succès de M. Brissard tiennent non seulement à l'emploi du chlorate de soude, mais aussi à l'élevation des doses. Il faut cependant faire des réserves à cause de la toxicité du produit, moindre il est vrai que celle du chlorate de potasse. M. BOCCARD a confirmé cette dernière opinion.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

Un moyen mécanique pour hâter la dilatation complète du col.—M. DEHRSEN.—Je vous présente un ballon composé d'un seul feuillet de caoutchouc, que l'on introduit dans le col et qu'on remplit ensuite avec trois quarts de litre d'eau. J'ai employé vingt-deux fois ce ballon dans des cas d'inertie utérine pendant l'accouchement, lorsque l'enfant était en danger (expulsion du méconium ou ralentissement des bruits fœtaux), dans des accouchements prématurés, dans des présentations de l'épaule, dans des cas de bassin rétréci avec rupture prématurée des membranes, enfin dans les cas de placenta prævia. J'ai chaque fois, par ce moyen, obtenu la dilatation en cinq minutes : dès que le ballon est introduit, on le remplit d'eau ; je procède alors immédiatement à son extraction en faisant sur le tube de caoutchouc des tractions modérées pendant cinq minutes : la dilatation du col est bientôt complète.

Dans les cas de placenta prævia, je ne procède pas de la même façon, et ne tire pas directement sur le ballon ; mais j'attache au pied du lit l'extrémité du tube en caoutchouc sous une légère tension. Ce mode de traitement lent et continu provoque rapidement les contractions utérines. Généralement, au bout de cinq à dix minutes, la dilatation est complète.

Voici les résultats de ma pratique :

1o 3 cas de placenta prævia, dont 1 à insertion marginale et 2 à insertion centrale : 2 enfants vivants ; (l'autre était mort avant l'extraction), les trois mères vivantes ;

2o 6 cas de présentation de l'épaule : 6 enfants vivants ;

3o 5 cas de bassin plat, avec rupture prématurée des membranes : 4 enfants vivants et 1 mort.

4o 3 cas d'inertie utérine : 3 enfants vivants ;

5o 4 cas où le fœtus était en danger : j'en sauvai 3 ; l'autre mourut parce que la mère était éclamptique ;

6o 1 cas d'accouchement prématuré artificiel : succès pour la mère et l'enfant.

M. ASCH fait une communication sur le traitement de la gonorrhée chez la femme ; il a recours, à cet effet, à une mixture à parties égales de lanoline, de glycérine et d'eau qu'il emploie en injections utérines, vésicales et vaginales, et dont le titre varie de 2 à 5 p. c.

Les têtes molles, cause non décrite de dystocie.—M. Ed. BLANC, insiste, dans un travail publié dans la *Loire médicale*, sur une cause de dystocie qui n'est décrite dans aucun des traités d'accouchement et qui est due au défaut d'ossification, à la mollesse de la tête.

Les anomalies du travail se produisent de la manière suivante : il s'agit, bien entendu d'accouchements à terme dans des bassins normaux, le fœtus présentant lui-même un développement ordinaire ; tout semble donc annoncer que l'accouchement va s'effectuer le plus régulièrement du monde, et cependant le travail traîne, les contractions utérines régulières et d'un type excellent restent sans effet ; la tête s'enclave dans cette excavation où l'effort utérin devrait la faire évoluer à l'aise ; tantôt la flexion est très incomplète ; d'autres fois elle est exagérée, ou bien une inclination vicieuse, une rotation anormale, entrave la progression régulière de l'ovoïde crânien. Après de longs et inutiles efforts, l'utérus tombe en inertie et l'on est obligé de terminer par une application de forceps.

On se demande longtemps le pourquoi de cette lenteur inusitée du travail, puis le doigt explorateur éprouve la sensation très nette d'une dépressibilité particulière des os du crâne ; ils cèdent sous le doigt qui les presse, donnant le signe connu de la crépitation parcheminée ; les fontanelles sont très larges ainsi que les sutures ; il s'agit, en un mot, d'une tête très incomplète ossifiée, d'une tête molle, et dans ce développement imparfait réside toute l'explication de la lenteur du travail.

La lenteur du travail serait due, en pareil cas, d'après M. Blaine, d'abord à ce que la tête, se déformant dans l'excavation pelvienne au moindre obstacle ne descend pas avec toute la régularité nécessaire ; en second lieu la résistance du périnée qui n'est pas facilement vaincue comme par une tête solide.

En pareille circonstance, et dès que la mollesse de la tête est reconnue, il faut avoir recours à une application de forceps.—*J. de Méd. de Paris.*

L'obésité dans ses rapports avec la menstruation et la fécondation.—Il y n'y a guère de praticien qui n'ait remarqué la grande fréquence de l'obésité chez la femme stérile. Il est cependant difficile de définir, où s'arrête l'embonpoint et où commence l'obésité. D'après les physiologistes, la graisse, chez l'homme, ne doit pas dépasser la vingtième, et chez la femme, la seizième partie du poids total du corps. L'obésité exerce une influence nuisible sur l'organisme en général. Elle produit différents troubles dans les organes, limite la liberté des mouvements, rend la digestion pénible, restreint la respiration, empêche la formation du sang et frappe même les fonctions cérébrales. Il est

connu que la femme est plus sujette à l'obésité que l'homme, ce qui tient surtout à la vie sédentaire. Les auteurs les plus anciens, voir Hippocrate lui-même, auraient déjà vu la relation qui existe entre l'obésité et la stérilité, qui tient non seulement à l'aménorrhée mais bien aussi au catarrhe chronique de la muqueuse utérine et aux déviations du corps utérin, conséquence de surcharge graisseuse.

Chez l'homme obèse, on observe souvent l'atrophie du pénis et des testicules; il y a ce qu'on désigne sous le nom d'*infantilisme*, l'érection et l'éjaculation manquent. Si la poly sarcie frappe à l'âge adulte, souvent on observe de la diminution dans les appétits sexuels. Chez la femme, l'accumulation de graisse produit l'aménorrhée et la dysménorrhée; il est possible que ce soit la compression exercée sur l'ovaire qui gêne ses fonctions. L'obésité est souvent suivie d'une période d'aménorrhée, que les femmes interprètent souvent, au début, comme signe de grossesse. Les femmes obèses ont des règles très peu abondantes en général; souvent le sang menstruel n'est composé que de sérum et de quelques cellules épithéliales, il est très pauvre en fibrine. Les règles durent quelques heures, rarement plusieurs jours; elles cessent pour un certain temps, puis reprennent ensuite précédées et accompagnées de douleurs dans les reins, parfois de véritables douleurs expultrices. Quelquefois des épitaxis, des hémorrhagies intestinales ou mêmes des métrorragies se manifestent avec une grande intensité, ce qui tient à la gêne circulatoire produite par la masse de tissu adipeux déposée dans la cavité abdominale; on a même vu ces femmes faire des avortements causés par la stase sanguine. L'anatomie pathologique de l'obésité est encore imparfaitement connue. On a signalé la surcharge du cœur et même la dégénérescence graisseuse des fibres; il est probable que l'utérus est atteint de la même façon, Frommel a parlé d'une atrophie de l'utérus. S'il y a conception, il y a quelquefois interruption de la grossesse, et si l'enfant vient à terme, il est généralement d'une vitalité moindre que la moyenne des nouveau-nés.

Au point de vue du pronostic, on doit diviser les femmes obèses en deux catégories: celles qui ont eu plusieurs enfants dans un court espace de temps, et qu'elles ont nourris; ces femmes atteignent prématurément la limite de leur capacité reproductive; et celles qui, on ne sait pourquoi, se mettent à grossir, ont de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée, etc. Les premières n'ont rien à attendre du traitement, pour les dernières, le pronostic est bien meilleur.

L'auteur conseille de proscrire les aliments hydro-carbonés, l'alcool. On ne doit pas négliger l'exercice, la gymnastique, le massage. L'électricité, sous la forme de courants interrompus, est de valeur; elle active non seulement la circulation pelvienne, mais agit en même temps sur la tonicité du muscle utérin. On

usera des laxatifs, des bains de mer, de l'hydrothérapie en général. Le docteur Whettaker emploie avec succès l'arsenic. Le fer, les bains froids, les eaux minérales pourront être utilisés, de même que le massage.

Lévin a considéré l'obésité comme un trouble nerveux; il conseille d'éviter la fatigue et les aliments tels que les œufs, le riz, les pommes de terre et le potage.—*American Med. Journal*.

Des indications du traitement thermal dans les affections gynécologiques.—Parmi les diverses affections des organes génitaux de la femme, quelles sont celles dans lesquelles un traitement thermal, en particulier le traitement chloruré sodique et les bains de boue peut donner de bons résultats? C'est là une question très importante au point de vue pratique, surtout à cette période de l'année où le médecin doit diriger beaucoup de ses malades vers telle ou telle station balnéaire.

Voici quelle est, à ce sujet, l'opinion de M. le docteur DUNRSSEN, privat docent d'obstétrique et de gynécologie à la Faculté de médecine de Berlin.

Les maladies des femmes qui sont, avant tout, tributaires d'un traitement thermal, sont en général les phlegmasies chroniques du tissu cellulaire et du péritoine pelvien, c'est à-dire les paramétrites, les périovarites et les périsalpingites chroniques, affections tenaces qui, d'habitude, résistent pendant des années à tous les moyens usuels du traitement gynécologique, mais qui souvent guérissent ou s'améliorent considérablement sous l'influence des bains salés ou des bains de boue.

Au point de vue de l'efficacité d'une cure thermale, il faut distinguer deux formes de paramétrite et de périométrite chroniques: dans l'une, il s'agit de simples exsudats séreux, fibreux ou purulents ou bien de leurs reliquats; dans l'autre, on a affaire à des néoformations du tissu conjonctif ou cicatriciel.

En pratiquant le toucher bimanuel, on trouve, dans le premier cas, la cavité pelvienne remplie de masses plus ou moins volumineuses, à contours mal délimités, qui arrivent presque au contact des parois du bassin et de l'utérus, et immobilisent complètement ce dernier. Dans le second cas, il existe entre l'utérus et les parois pelviennes des brides ou des membranes cicatricielles qui n'immobilisent l'utérus que partiellement, dans une seule direction. Le plus souvent, il s'agit d'adhérences postérieures qui empêchent l'utérus de se laisser déplacer en avant, vers la symphyse, au moyen de la manœuvre bimanuelle.

Dans la première forme, celle où l'examen gynécologique dénote l'existence d'un exsudat dans la cavité pelvienne, le traitement balnéaire compte à son actif des résultats vraiment brillants.

Sous son influence, on peut obtenir en effet, non seulement la disparition des symptômes subjectifs, mais encore une guérison réelle, c'est-à-dire la résorption complète de l'exsudat.

Les affections de ce genre, le plus souvent consécutives à l'accouchement, constituent donc l'indication principale du traitement balnéaire qui, dans ces cas, doit être commencé aussitôt que possible (avant que les exsudats aient eu le temps de s'organiser et de se transformer en brides cicatricielles), dès que la malade est en état de supporter un voyage, c'est-à-dire quinze jours environ après la disparition de la fièvre qui accompagnait le début de l'affection.

Pour ce qui concerne la seconde forme, les effets de la cure thermale y sont moins complets, bien qu'encore très favorables. En effet, il est évident que ce traitement ne peut amener la résorption et la disparition des brides et membranes cicatricielles organisées et vascularisées. Quoi qu'il en soit, on observe souvent, dans cette seconde forme, une guérison apparente ou subjective sous l'influence des pratiques balnéaires. Les adhérences persistent comme par le passé, mais elles ne sont plus douloureuses à la pression ni pendant la marche, la défécation et les rapports sexuels, ce qui constitue déjà un véritable bienfait pour la malade.

Ce résultat thérapeutique partiel et cependant très important serait dû, d'après M. Dührssen, non pas à l'action directe du traitement thermal sur les brides cicatricielles, mais à l'effet favorable que ce traitement exerce sur l'endométrite concomitante qui ne manque jamais dans les cas de ce genre. Tant que l'endométrite existe, les brides restent douloureuses et sont le point de départ de toute une série de symptômes morbides qui disparaissent en même temps que l'endométrite.

Le traitement gynécologique, pendant la cure thermale de cette endométrite concomitante, est indispensable, mais il doit être pratiqué avec ménagement.

Les cautérisations intra-utérines ne doivent pas être répétées plus d'une fois par semaine, afin de ne pas énerver inutilement la malade. Quant à l'ectropion, M. Dührssen conseille de s'abstenir complètement de tout traitement local, attendu qu'il guérit spontanément une fois que l'endométrite du corps et du col de la matrice a disparu.

À côté de ces cas où le traitement thermal exerce un effet des plus bienfaisants, il y en a malheureusement d'autres qui peuvent paraître assez analogues à un premier examen superficiel, et dans lesquels ce traitement échoue. Ce sont d'abord les cas où l'utérus est immobilisé par les adhérences dans une position vicieuse, le plus souvent en rétroflexion. Ce déplacement de l'utérus provoque et entretient la sensibilité douloureuse des adhérences péri-utérines.

Le même cercle vicieux existe lorsque les ovaires sont immobilisés par des brides périmétriques. Les ovaires deviennent dans ces cas le point de départ d'une irritation constante qui provoque une endométrite laquelle, à son tour, entretient la sensibilité des brides ovariennes.

Enfin, les collections purulentes dans les trompes ou les ovaires (consécutives le plus souvent à la blennorrhagie) forment un dernier groupe d'affections gynécologiques réfractaires au traitement thermal.

On voit combien est important un diagnostic précis et détaillé pour permettre de juger dans chaque cas particulier de l'opportunité d'une cure thermale et des résultats qu'on est en droit d'en attendre.

Pour établir ce diagnostic, une exploration bimanuelle méthodique est nécessaire.

Ainsi que le fait observer M. Dührssen, elle doit être pratiquée chaque fois, non seulement sur la table ou le fauteuil gynécologique, mais aussi sur un sofa bas, suivant la méthode de Thure-Brandt, ce procédé d'exploration permettant souvent de constater des détails importants qui échappent si on néglige de l'employer. — *Semaine médicale.*

PÉDIATRIE.

Troubles nerveux chez les enfants atteints de phimosis, par DENUCÉ. in *Journ. de méd. et chir. prat.*—Denucé publie dans les *Annales de la polyclinique de Bordeaux* trois nouveaux faits montrant l'influence que peut avoir le phimosis sur le développement de certains accidents nerveux sur les enfants. C'est Fleury qui, le premier en 1851, dans son mémoire présenté à l'Académie de médecine, fit connaître les troubles du système nerveux en corrélation chez l'adulte avec le phimosis congénital. Sayre, (de New-York), vers 1870, signale, chez l'enfant, le rôle pathogénique du phimosis congénital dans les troubles les plus variés (les uns locaux, prurit, spasme douloureux du col vésical et rétention d'urine, cystalgie, plus souvent parésie du col et incontinence, état éréthique de la verge, etc.), les autres généraux ou à distance. Parmi les troubles généraux, Fleury avait déjà parlé de troubles variés du côté des facultés intellectuelles, notamment de la fatigue, de la torpeur de l'impossibilité du travail. Chapman a vu des enfants paresseux, inattentifs, dépourvus de mémoire, revenir à l'état normal à la suite de la circoncision. Sayre a opéré un certain nombre d'enfants arriérés, présentant du phimosis et a vu quelques-uns d'entre eux

retirer de cette opération un service évident. Mais le résultat le plus fréquent de l'irritation prépucciale est de créer chez l'enfant un état nerveux pouvant causer les manifestations les plus diverses, depuis l'irritabilité simple, l'agitation diurne et nocturne, l'insomnie, jusqu'à la convulsion, jusqu'à la chorée, jusqu'au strabisme, jusqu'à la paralysie réflexe : c'est sur cette dernière que M. Denucé attire l'attention.

Dans le premier fait cité par lui, l'enfant, âgé de 26 mois, très irritable, ne pouvait se soutenir sur ses jambes et présentait une véritable hypéresthésie des membres inférieurs. La circoncision fut faite, et un mois plus tard, tous les accidents nerveux avaient disparu.

Dans le second cas, les accidents étaient à peu près les mêmes et disparurent de la même manière.

Dans le troisième, l'enfant, âgé de 7 ans, avait été considéré, à raison des troubles de la marche comme étant atteint d'une coxalgie double. L'opération a fait disparaître tous les phénomènes en peu de temps.

Ces observations paraissent probantes ; elles viennent à l'appui des idées de Sayre et permettent de conclure que, dans tous les cas de convulsions, de paraplégie plus ou moins complète, en un mot, de troubles nerveux chez les jeunes garçons, on sera autorisé à rechercher l'existence d'un phimosis, et, au besoin, pratiquer la circoncision. L'opération sera fréquemment suivie de la guérison des troubles nerveux.

Note sur un symptôme méconnu des convulsions, par NORMAN BRIDGE, in *Americ. Journal of Med. Sciences*.—Il existe deux formes de convulsions chez les enfants. L'une, qui ressemble à une véritable attaque d'épilepsie, arrive brusquement, sans être précédée de malaise apparent et est de courte durée. Le plus souvent, elle tient à un léger trouble physiologique, à une indigestion ; quelquefois, la cause de l'attaque nous échappe. La répétition de ces attaques aboutit quelquefois à l'épilepsie vraie.

Dans la seconde forme, l'attaque se prolonge et revêt l'aspect d'une éclampsie. Violente au début, l'attaque est caractérisée plus tard par de légers mouvements convulsifs, principalement du côté des muscles de la face et de la tête, qui reviennent tous les 4 ou 5 secondes ou toutes les minutes ; souvent on trouve du strabisme divergent et de la perte de connaissance. L'attaque peut durer ainsi pendant plusieurs heures ou même pendant plusieurs jours et se terminer par la guérison ou par la mort.

La plupart des auteurs regardent ces deux formes comme la manifestation, légère dans un cas, grave dans l'autre, du même état morbide. Il existe pourtant un caractère clinique de la plus haute importance qui différencie très nettement les deux formes en question : c'est l'existence d'une fièvre élevée (102° à 108° F.)

dans la seconde forme, la forme éclamptique. Ce phénomène est tellement constant qu'on est certain de trouver une élévation de la température, chaque fois que les convulsions durent plus de cinq minutes. Et plus la fièvre est élevée, plus l'attaque est grave.

La fièvre est probablement produite par un poison zymotique (fièvre éruptive), ou un trouble digestif, ou un choc du système nerveux, ou un état pathologique local ou général, capable de provoquer une élévation de la température. Quoi qu'il en soit, il existe dans ces cas un état cérébral analogue à celui de la fièvre thermique de l'insolation. Les centres modérateurs de la chaleur sont atteints et, comme dans l'insolation, il s'agit avant tout de modérer la fièvre.

Généralement, on traite ces cas en mettant l'enfant dans un bain tiède, le plus souvent sinapisé, et en le couchant ensuite enveloppé d'ouate. Mais il vaut mieux donner des lotions froides, qui abaissent la température. Comme traitement pharmaceutique on donnera du chloral avec de l'opium, le premier de préférence au second.

La cholérine.—La cholérine des jeunes enfants, qui sévit pendant les mois chauds de l'année, particulièrement dans les mois de juillet, août et septembre, est une affection souvent très meurtrière.

Cela tient principalement à ce que les parents ne connaissent pas assez les principes d'hygiène qui doivent régir l'alimentation des enfants, à ce qu'ils ne comprennent pas assez vite la gravité des troubles des voies digestives, et ne savent pas les moyens à employer dès les premières heures, en attendant l'arrivée du médecin.

J'estime qu'on peut faire beaucoup contre cette affection, car il est un traitement qui réussit toujours dans les cas simples, qui produit des résultats surprenant dans les circonstances graves et souvent des résurrections inespérées.

Si je parviens à faire partager mes convictions à l'égard de ce traitement, je me trouverai heureux d'avoir apporté ma modeste contribution au chapitre de cette affection meurtrière.

Une première classe d'affections gastro-intestinales comprend cette maladie si commune chez les nouveau-nés nourris avec le lait de vache mal conservé, mal préparé, peut-être indigeste par lui-même pour beaucoup d'enfants, ou bien nourris avec divers aliments grossiers pour leurs estomacs délicats. Cette nourriture détermine l'indigestion habituelle et la diarrhée chronique, et comme conséquence, la gastro-entérite, dont l'ensemble des complications a reçu le nom d'athrepsie.

Dans un deuxième groupe de faits, se trouvent les affections des voies digestives d'enfants plus âgés, de 8 à 14 mois et même au delà, qui, à la suite du sevrage prématuré, d'une nourriture mal appropriée, les malaises de la dentition y aidant fréquemment,

sont atteints d'accidents digestifs, aboutissant à l'intolérance gastrique, à la diarrhée, à des phénomènes cholériformes qui peuvent les emporter à moins qu'une hygiène bien comprise et un traitement rationnel interviennent à temps pour enrayer les accidents.

Dans les mois chauds, les enfants de ces deux catégories sont tout préparés pour attaques de cholérine. L'efficacité des moyens thérapeutiques dépendra de leur degré de résistance. Sont-ils affaiblis, épuisés, atteints dans leurs organes essentiels, ils ne résisteront pas à l'épreuve nouvelle.

Cependant la cholérine atteint des enfants qui jouissaient usqu' alors d'excellente santé, élevés au lait de vache bien préparé, ou sevrés depuis un certain temps et entourés de bons soins. C'est tout à fait exceptionnellement qu'on voit survenir la cholérine chez les enfants élevés au sein. À part quelques cas de maladie dus à des aliments indigestes, tels que fruits ou légumes, l'affection frappe les bébés qui boivent le lait de vache soit comme seul aliment, soit comme supplément à l'allaitement au sein.

Si les estomacs de certains nourrissons s'accoutument bien du lait de vache, il en est d'autres qui sont réfractaires. Toute tentative d'administration de ce lait est suivie de troubles digestifs. Peut-être n'en serait-il pas de même avec le lait stérilisé.

Comment en serait-il autrement quand on connaît la manière dont on s'y prend pour conserver le lait et quand on le voit souvent administrer dans des biberons mal entretenus, qui lui communiquent un goût sulfureux par suite du mauvais entretien des tubes de caoutchouc ?

Aussi, nombre d'enfants sont-ils pris de diarrhée, d'abord ordinaire, suivie bientôt de selles aqueuses et très fréquentes. Les vomissements commencent avec la diarrhée ou font leur apparition peu après ; les yeux s'enfoncent ; l'enfant est tourmenté par une soif ardente qui le porte à se jeter avec avidité sur le lait qu'il vomit de nouveau. La situation s'aggrave très rapidement.

De ce qui précède, je veux dégager deux conclusions.

La première, c'est qu'il faut enseigner aux mères les moyens de conserver le lait à l'abri de toute fermentation, le moyen de le stériliser, et faire comprendre qu'il vaut mieux donner à un enfant simplement de l'eau sucrée plutôt qu'un lait de qualité suspecte.

La deuxième conclusion, porte sur la nécessité d'une diète absolue de nourriture. Du moment que le lait a provoqué de la diarrhée et des vomissements, il ne peut être que nuisible. L'estomac se révolte, une partie du lait est rejetée, l'autre partie traverse l'intestin en l'irritant. La soif n'est même pas apaisée, et la diarrhée épuise de plus en plus le petit malade. L'enfant a soif, mais il n'a pas faim ; c'est ce que les mères ne comprennent pas. Dans leur sollicitude elles ne pensent qu'à l'affaiblissement par défaut de nourriture. Or, sans la diète de nourriture il est impossible de

soulager le malade. C'est ce que le médecin s'empressera d'ordonner et de faire comprendre tout d'abord.

Ce qui domine toute l'affection, c'est une irritation gastro-intestinale, provoquée par l'ingestion du lait altéré ou d'aliments indigestes, et un flux liquidé abondant qui entraîne à sa suite une soif vive, des troubles circulatoires et un ralentissement nerveux.

Les divers traitements qui ont été proposés s'adressent à l'un ou à l'autre des accidents. Le médecin appelé à choisir au milieu de ces nombreuses médications se trouve souvent embarrassé; il formule trop peu et néglige certaines indications, ou il formule trop et ses prescriptions ne sont pas bien exécutées. J'ai été frappé de cette difficulté dans les débuts de ma pratique médicale, mais les hésitations n'ont pas duré longtemps, du moment que les inconvénients se sont dessinés nettement à mes yeux.

Y a-t-il un moyen thérapeutique qui réponde immédiatement à toutes les indications? Je le crois, et ce moyen, c'est l'eau; de préférence les eaux naturelles alcalines faibles.

Voici le traitement tel que je l'ai prescrit depuis plusieurs années, et les résultats en ont été des plus satisfaisants.

Dès que je suis appelé près d'un enfant atteint de troubles gastro-intestinaux annonçant le début d'une cholérine, ou quand je me trouve en présence d'une cholérine confirmée, je commence par remplacer l'alimentation par une diète sévère qui dure un nombre d'heures proportionné à la résistance du malade et au degré de la maladie, de dix à dix-huit heures.

Puis, pour répondre immédiatement aux indications pressantes, pour calmer la soif ardente, rafraîchir le tube digestif, le laver des impuretés qu'il renferme, qui l'irritent, et empoisonnent l'organisme, pour rendre au sang l'eau qui lui manque, à la circulation sa pression normale, je prescris de l'eau. Quelle eau faut-il choisir? Je crains que l'eau ordinaire, sans principes de minéralisation, soit indigeste par elle-même, comme cela s'observe parfois. Les eaux acidulées me paraissent également contraires à l'état inflammatoire des muqueuses. En thèse générale, les muqueuses enflammées s'accoutument mieux des eaux alcalines. Dans notre cas, on ne doit pas recourir aux eaux alcalines fortement minéralisées, par crainte de l'effet des alcaline sur le sang. Je me suis donc arrêté à l'usage des eaux faiblement minéralisées et gazeuses digestives par elles-mêmes, parmi lesquelles on peut citer la source *Reine*, de Vals.

On doit donner l'eau par petites doses, pour ne pas dilater les organes et pour lui laisser le temps de pénétrer; l'enfant l'accepte avec avidité. On en donne de temps en temps des doses fractionnées, aussi longtemps que dure la soif. Il arrive que l'enfant absorbe ainsi en quelques heures, un quart, un demi-litre, et même souvent la bouteille entière.

Quand l'intolérance gastrique est extrême, les premières doses

sont rejetées ; mais il ne faut pas se laisser arrêter par ce petit incident ; bientôt l'estomac se calme sous l'influence de cette eau froide, et l'absorption ne tarde pas à se faire.

L'effet se produit très rapidement. Le cri d'angoisse, qui traduisait la souffrance de l'organisme privé d'eau, cesse, et le calme succède à l'agitation. Après l'anxiété survient une période de quiétude, d'excellent augure. Sous l'influence de la pénétration de l'eau dans le sang, la circulation se rétablit, l'oxygénation s'accomplit, le teint devient rosé, les lèvres reprennent l'incarnat de la santé, les yeux naguère enfoncés dans l'orbite regagnent leur apparence normale, la diarrhée s'arrête ou diminue, l'enfant est rendu à la santé.

Et cela se produit dans les cas modérés, et presque toujours aussi dans les cas très graves. Il me revient à la mémoire de ces exemples où je n'aurais plus donné deux heures à vivre à des êtres misérables, et sur lesquels l'eau produisit de véritables résurrections. Si on a souvent l'occasion en médecine de déplorer l'impuissance des efforts de notre art, on a rarement l'occasion de se réjouir autant de l'effet rapide et surprenant de notre intervention.

Ma conviction profonde, basée sur un nombre considérable de faits, est que le traitement par l'eau dans la cholérine des bébés est un moyen héroïque qui sauve presque tous les enfants. Ce qui n'est pas à dédaigner, le traitement est d'une exécution facile.

Quand l'enfant est tiré de sa situation périlleuse, il ne faut pas trop tôt crier victoire. La guérison dépend de la suite du traitement. Croire que l'on peut immédiatement reprendre le régime alimentaire, c'est commettre une hérésie. Car, si les phénomènes cholériformes ont disparu, le tube digestif n'est pas encore guéri, il entre seulement dans la période de réparation. Il faut toute la sagacité du médecin pour juger du moment où la diète de nourriture peut être interrompue. Les jours qui suivent l'attaque sont des jours critiques, pendant lesquels il peut se produire une rechute grave sous l'influence du moindre écart de régime. Il faut donc donner à très petites doses une nourriture des plus légères, de l'eau blanchie avec un peu de lait stérilisé, 4/5 d'eau avec 1/5 de lait par exemple, du bouillon bien frais, froid et dégraissé, de l'eau albumineuse, et exercer la plus grande surveillance du côté de la tolérance du tube digestif pour ces aliments légers.

C'est à ce moment qu'un traitement médicamenteux peut trouver son indication.

Je ne sortirai qu'en apparence de mon sujet quand je dirai que cette même médication par l'eau donne d'excellents résultats dans les nombreuses circonstances où les jeunes enfants prennent des affections gastro-intestinales qui reconnaissent les vomissements et la diarrhée parmi leurs symptômes, comme cela s'observe pendant la dentition, à l'époque du sevrage, et après les écarts de régime.

Mes conclusions sont donc celles-ci :

“ Supprimer toute alimentation ;

“ Donner à discrétion de l'eau.—Dr. S. REMY, in *La Jeune Mère*.

Syphilis acquise de l'enfance.—Clinique de M. le professeur FOURNIER, à l'hôpital Saint-Louis.—Je vous ai présenté tout à l'heure une femme qui est atteinte de trois chancre du sein. Elle a été infectée par son petit enfant âgé de quelques mois et qui présente à la lèvre un chancre induré. Cet enfant a été contagionné par sa tante qui lui servait de garde et qui l'embrassait constamment : or, cette jeune femme était syphilitique et atteinte de plaques muqueuses labiales.

Rien que de très naturel dans toute cette histoire.

Récemment, M. le Dr Feulard nous présentait un enfant atteint de chancre induré de la lèvre par le même mécanisme.

Voilà donc 2 cas de *syphilis acquise du jeune âge*.

Je me propose d'attirer votre attention sur ce point.

Lorsqu'on constate chez un enfant des accidents de syphilis tertiaire, on doit se demander si l'on a affaire :

1o A une syphilis héréditaire ;

2o A une syphilis acquise du jeune âge.

On pense plutôt tout d'abord à l'hérédité. Quant à la syphilis acquise, on la néglige parce qu'on n'y songe pas, ou bien on l'élimine comme presque impossible. “ C'est si rare ”, dit-on.

Messieurs, ce n'est pas si rare qu'on veut bien le dire. Si on dépouille les journaux spéciaux, les thèses, les monographies, on compte les cas par centaines. Et d'autre part, à Saint-Louis qui n'est pas un hôpital d'enfants, nous en voyons communément 3, 4, 5, 6 cas dans une année.

Quelle est donc la source de la *syphilis acquise de l'enfance* ?

Il nous faut d'abord éliminer deux origines qui étaient autrefois admises.

1o La syphilis acquise ne dérive jamais de la *contagion au passage*. On désignait sous ce vocable le fait de la contamination de l'enfant par la mère atteinte de syphilis, *au moment de l'accouchement*. Supposons la mère atteinte de plaques muqueuses vulvaires ; l'enfant se trouvant pendant plusieurs heures au contact de ces plaques. Comment, disait-on, ne serait-il pas contagionné par le même mécanisme que la main de l'accoucheur, par exemple, ce dont on a cité de nombreux cas ?

En réalité, il n'y avait pas sur ce point d'observations probantes, si bien que l'opinion changea et qu'on trouva même des raisons d'impossibilité du fait. L'enfant, dit-on alors, ne peut être contaminé parce qu'il n'a pas d'écorchures, parce qu'il est couvert d'un enduit sébacé protecteur, parce qu'il est protégé par une détersion naturelle qui se fait au moment de l'accouchement (sanguinolente de l'amnios, etc.)

Il y a, Messieurs, une raison bien : l'absence de cette impossibilité de la contamination au moment de l'accouchement, *c'est que l'enfant est syphilitique* : il n'a donc rien à craindre de sa mère syphilitique ;

2o La syphilis acquise ne provient jamais d'une syphilis maternelle antérieure à l'accouchement.

Expliquons ce que cela veut dire : une femme, syphilitique avant son accouchement, accouche d'un enfant sain. Cet enfant peut-il être ultérieurement contagionné par sa mère ? Non, et toujours par la même raison : *C'est que l'enfant est syphilitique ou en puissance de syphilis.*

Arrivons aux causes positives de contagion.

On peut les ranger sous 4 chefs :

1o Allaitement. } Causes spéciales à l'enfant.
2o Élevage. }

3o Attentats. } Causes communes.
4o Contagions médicales. }

1o Allaitement. Quantité d'enfants sont infectés par leur nourrice. C'est là un fait trop peu connu des gens du monde et dont les observations se comptent par milliers.

Les choses se présentent de deux façons ;

a) Dans un groupe de cas, c'est une nourrice qui, préalablement syphilitique, prend un enfant à nourrir. Survient un jour chez cette femme une plaque muqueuse à la bouche, au sein, etc., et elle infecte son nourrisson. Ici la nourrice est coupable.

b) Dans un deuxième groupe, la nourrice est à la fois victime et coupable. Elle reçoit professionnellement la syphilis qu'elle transmet ensuite à un nourrisson.

Une nourrice saine peut recevoir un enfant sain en apparence, mais syphilitique et elle est contagionnée. A son tour, elle contagionne son propre enfant ou d'autres nourrissons qu'elle prend plus tard.

D'autres fois, une nourrice saine reçoit un enfant sain. Mais, *par aventure*, elle donne le sein à un autre enfant étranger, syphilitique : elle en reçoit la syphilis et contamine son nourrisson.

J'insiste sur ce point, Messieurs, que rien n'est plus dangereux que la *promiscuité du sein*. Elle engendre la vérole et la dissémine d'une façon étonnante.

Et cependant rien n'est plus fréquent. La nourrice campagnarde a besoin d'aller aux champs : elle confie son nourrisson à une voisine qui lui donne le sein pendant deux ou trois heures à charge de revanche.

Vous voyez la même scène se passer dans nos squares, aux Tuileries, etc. La nourrice qui a une course à faire confie le bébé à une collègue qui l'allaité en son absence.

Il faut encore signaler le *dégorgement du sein*.

Les nourrices ont souvent le sein trop plein parce que l'enfant

n'a pas assez tété, ou est mort, etc. Elles se font alors téter par un autre enfant, ou même par un grand nombre d'enfants. S'il y a dans le nombre un syphilitique, cette nourrice prend la vérole et la communique ensuite à un ou plusieurs enfants.

2o *Elevage.* Ici, plus de classification possible.

L'enfant peut prendre la syphilis de sa famille, des bonnes, des visiteurs, etc.

a) Il la prend souvent de sa mère. Une femme accouchée prend la syphilis : elle la communique à son enfant de diverses manières. La plus commune est le *baiser*. L'enfant est constamment pendu au cou de sa mère ; si celle-ci a des plaques muqueuses de la bouche, il est forcément contaminé.

b) L'origine est plus rare par le père, celui-ci vivant au dehors et ayant peu de rapports avec l'enfant.

c) L'enfant est souvent infecté par les *bonnes* : soit par le *baiser*, soit par un autre mécanisme. J'ai vu un enfant qui avait l'habitude de frotter son petit doigt dans la bouche de toutes les personnes qui l'approchaient, puis il suçait ce doigt. Il fut contaminé de cette façon.

Il faut bien remarquer, et ceci n'est pas à l'éloge de notre société, que beaucoup d'enfants vivent bien plus avec leur bonne qu'avec leur mère ; il en est ainsi surtout dans le high-life, où l'enfant n'est amené que quelques instants par jour à Monsieur et à Madame.

D'où la fréquence de cet ordre de contagion.

d) L'enfant peut encore être contagionné par *d'autres enfants*.

La syphilis buccale, soit héréditaire, soit acquise, est fréquente chez l'enfant. Or, les enfants ont l'habitude, en jouant, de s'embrasser ; en outre, ils portent à la bouche tout ce qu'on leur donne, et, comme ils se prêtent leurs jouets, la contagion est facile par ce mécanisme.

e) L'enfant peut prendre la vérole *d'étrangers* : employés, commis, visiteurs quelconques. C'est toujours par le mécanisme du *baiser*. Les enfants sont embrasseurs et embrassés : d'où le danger de contamination dont les ricochets peuvent d'ailleurs aller très loin.

f) On observe souvent la *contagion domestique*, venant des mille détails de la vie en commun, de l'encombrement, de la misère qui réduit le nombre des ustensiles, et facilite ainsi la contagion par un instrument quelconque :

Par le biberon : je puis vous signaler un cas où il venait dans la maison une petite ouvrière en journée. Cette jeune fille amena un jour le biberon de l'enfant, et, comme elle était atteinte de syphilis buccale, celui-ci fut contaminé ;

Par les éponges : dans un temps où l'anti-epsie n'existait guère, il n'y avait dans une salle d'hôpital qu'une seule éponge qui servait à tous les enfants. Survint un syphilitique et de nombreux enfants furent contagionnés :

Par le lit commun : la contamination peut avoir lieu par les draps souillés, par le contact même de la partie, etc.

La contagion peut encore avoir lieu par les verres, les cuillers, etc. Vidal de Cassis a vu un intérieur misérable où un seul verre servait à 6 enfants. Survint un syphilitique, 4 des enfants furent contagionnés.

Berlin a cité un cas plus curieux : une enfant de 4 mois avait un chancre induré de la vulve. Les parents étaient sains. L'autour piqué de curiosité, fit une enquête. Il apprit ainsi que l'enfant avait été confiée à l'une de ses tantes ; or celle-ci était infectée de syphilis et voici quel avait été le mécanisme de la contamination. Cette personne déclara qu'elle avait grand soin de l'enfant, qu'elle la lavait chaque jour, et que notamment elle lui lavait le ventre avec de l'eau qu'elle faisait préalablement tiédir *dans sa bouche*.

3o *Attentats*. L'enfant n'échappe pas aux causes communes qui peuvent atteindre l'adulte.

Les attentats sur les enfants suivis de contagion de la syphilis sont rares sans doute ; néanmoins, il est facile d'en trouver des exemples. Nous avons eu ici un jeune garçon de 11 ans qui présentait des plaques muqueuses et qui finit par avouer avoir été victime d'un attentat. Nous avons eu également, il y a quelques mois, une petite fille atteinte d'un chancre induré de la vulve et qui accusait *son père*. L'accusation était fautive : mais il n'y avait pas moins eu attentat. A Lourcine, on rencontre fréquemment des enfants de 10, 12 ans, et même de 6, de 4 ans, contagionnés par attentat. Il est utile de vous faire connaître que les attentats ne proviennent pas toujours de honteuses passions. Ils relèvent d'une cause différente, à savoir d'un préjugé aussi bête que criminel par lequel on croit qu'on se débarrasse de la vérole en la communiquant à un organisme vierge. Les filles, par un reste d'instinct sexuel, sont plus exposées que les garçons ; mais ceux-ci n'y échappent pas toujours. On voit, par suite de ce préjugé, des choses absolument surprenantes. Des femmes ont abusé de jeunes garçons pour se débarrasser de la vérole : les liens du sang même n'ont pas arrêté les misérables : des pères ont abusé de leurs filles.

Enfin, je dois signaler dans un autre ordre d'idées la contamination d'enfants par d'autres enfants dans des approches ou des simulacres d'acte vénérien.

4o *Contagion médicale*. La contagion peut être produite ici comme chez l'adulte par les mains du médecin, par les instruments chirurgicaux.

On a signalé, il y a quelques années, une véritable épidémie de contamination par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, du fait d'un spécialiste dont les instruments étaient mal tenus : un certain nombre d'enfants furent atteints.

Certaines causes de ce genre sont spéciales à l'enfant : nous pouvons citer tout d'abord la *circoncision religieuse*, faite suivant rite hébraïque.

A un moment donné, nombre d'enfants appartenant à la religion israélite furent contaminés. On fit une sérieuse enquête. Ricord finit par découvrir l'origine.

Dans le rite hébraïque, la section du prépuce devait être suivie de l'application des lèvres de l'opérateur sur la plaie. Un jour, le dit opérateur eut la vérole et il la communiqua aux enfants par l'intermédiaire de plaques muqueuses buccales. La chose fit grand bruit, et la *succion* fut supprimée par le consistoire. Mais elle se pratique encore dans certaines provinces, et j'ai récemment été interrogé par le père d'un enfant qui craignait qu'il n'eût été contaminé de la sorte.

La vérole a été parfois transmise à des enfants par les singulières pratiques de certaines sages femmes. L'une d'elles avait l'habitude, pour guérir la plaie ombilicale, de la panser avec sa salive. Un jour, elle prit la syphilis et infecta plusieurs enfants.

Je vous rappellerai aussi l'épidémie de Condé. Une matrone était célèbre pour façonner le bout du sein des femmes grosses et pour dégorger les seins. Un jour, elle prit la vérole et la transmit à 14 femmes qui la transmirent à leurs enfants.

Bardinet (de Limoges) cite une sage-femme qui donna la syphilis à une partie de la petite ville de Brives. Elle avait des lésions syphilitiques à un doigt et néanmoins continuait sa profession. Il y eut de nombreuses victimes infectées soit directement soit par ricochet.

Enfin, il faut citer la contamination par le vaccin. C'est une cause fréquente pour l'enfant. Dans les grandes épidémies de syphilis vaccinale, c'est tout naturellement les enfants qui ont le plus souffert.

Une statistique italienne signale :

A Rivalta.....	38 enfants.
A Crémone.....	35 —
A Lupara.....	34 —

En 1865, 9 enfants vaccinés à notre Académie furent contaminés.

Le *Bulletin de la Suisse Romande* nous apprend qu'en 1878, sur 26 jeunes filles de 12 ans vaccinées le même jour 12 furent infectées.

Je crois vous avoir suffisamment démontré que le syphilis acquise de l'enfance est loin d'être un fait rare, comme on le croit trop souvent.—*La France médicale.*

—Les passionnés sont dyspeptiques et mangent peu. Les passions déprimantes, telle que la crainte, le chagrin, l'anxiété, ôtent l'appétit; il en est de même de la joie, de l'amour et des désirs sensuels.—*Petit médecin des familles.*

DERMATOLOGIE.

Diagnostic et traitement de la gale.—Nous emprunton à une leçon de M. le professeur FOURNIER quelques remarques pleines de sens pratique sur le diagnostic et le traitement de la gale.

Le signe pathognomonique est le sillon, et, quand on en trouve un, le diagnostic est fait. Cependant, bien qu'il soit très facile de reconnaître un sillon, quelques erreurs sont possible. C'est ainsi que l'on peut prendre pour la trace de l'acare un simple pli cutané, une égratignure noircie. Le mieux est de toujours se servir de la loupe, et, si l'on conserve le moindre doute, d'extraire l'acarien et de le porter sous le microscope.

Mais la recherche demande souvent beaucoup de patience : de plus, le sillon peut faire défaut aux mains des gens qui manient des substances chimiques, chez les blanchisseurs, les teinturiers, les corroyeurs, chez les forgerons, les ouvriers aux mains calleuses.

La présence du sillon n'est véritablement pas indispensable pour affirmer l'existence de la gale. Le caractère de l'éruption et des démangeaisons a pour cela beaucoup d'importance. C'est surtout la nuit que les démangeaisons sont intenses ; l'éruption a la forme de l'ecthyma (mains, pieds, fesses, coudes), elle est disséminée partout, sauf à la tête et à la face, qui sont toujours indemnes ; enfin, elle est beaucoup plus intense sur certains points que dans d'autres ; chez l'homme, elle siège autour des mains, au pénis, à la paroi antérieure de l'aisselle, aux fesses ; chez la femme, le sein est particulièrement frappé.—Souvent l'éruption est polymorphe et on trouve des nodosités éruptives très diverses sur le même malade : papules petites et grosses, vésicules, papulo-vésicules, pustules, pustulettes, eczéma.

La recherche des circonstances dans lesquelles le sujet a gagné sa maladie vient encore aider la diagnostic. Dans l'immense majorité des cas, il l'a pris de quelqu'un qui se grattait, d'une femme, d'un enfant ou même d'un camarade de lit.

Ce qui fait souvent la difficulté du diagnostic, c'est que l'on ne pense pas que cette maladie puisse se rencontrer chez les gens riches ou simplement aisés aussi bien que chez les pauvres ; erreur profonde ; la gale ne respecte personne, elle peut exister chez les plus propres et chez les plus élégants.

Le seul but que doit se proposer le traitement est de tuer l'acare. On peut y arriver en s'astreignant à rechercher tous les sillons sur le malade et en poursuivant les parasites qui s'y trouvent. Renucci, qui démontra la nature parasitaire de la gale, prouva

qu'on pouvait guérir les malades de cette façon ; malheureusement cette pratique est fort longue et il faudrait plus d'une semaine pour traiter un seul galeux.

La seule chose qui y ait à faire, c'est d'appliquer sur la peau des acaricides. Ceux-ci sont extrêmement nombreux. On a eu recours au soufre, à tous les mercuriaux, aux carbonates alcalins, à la chaux, à la potasse, à l'acide phénique, à la térébenthine, au goudron, etc.

Le traitement actuel employé à Saint-Louis, et d'invention absolument française, est *la frotte*.

Le traitement de Saint-Louis comporte trois opérations successives. En premier lieu, le malade se met complètement nu et se frotte du cou aux pieds pendant une demi-heure avec du savon noir. Pendant une deuxième demi-heure, il se met dans un bain et continue ses frictions, puis, une fois qu'il est sorti du bain, on lui étend sur le corps une couche de pommade sulfo-carbonée, dite pommade d'Helmerich. Le patient se rhabille, reste ainsi englué pendant vingt-quatre heures, et ce n'est que le lendemain qu'il prend un bain. Naturellement, on passe les vêtements à l'étau, afin de les débarrasser des parasites qui pouvaient s'y trouver.

La frotte donne des résultats excellents. Sur 12 294 malades traités en 1890, c'est à peine si 3 ou 4 p. 100 n'ont pas été guéris dès la première fois qu'ils ont subi la frotte.

Ce traitement est un peu dur. On peut le mitiger, sans inconvénient. Au lieu de savon noir, on emploiera le *savon ordinaire*; la pommade d'Helmerich est trop forte et peut être remplacée par la lotion suivante, dite de Bourguignon :

Glycérine.....	200 grammes.
Gomme adragante.....	5 —
Fleur de soufre.....	100 —
Sous-carbonate de potasse.....	35 —
Essence de menthe	} à 1 gr. 50.
— de lavande.....	
— de canelle.....	
— de girofle.....	

Il n'est pas nécessaire de laisser le malade enduit de pommade tout un jour. Vous pouvez le laisser se baigner au bout d'une demi-heure et lui conseiller d'étendre ensuite sur la peau une légère couche de cold-cream et de poudre d'amidon.

La désinfection des vêtements est absolument indispensable. A Saint-Louis, cette désinfection est fort bien faite, dans des étuves où la température peut atteindre 110. Les draps où a couché le galeux devront être envoyés au blanchissage et il faudra brûler les gants qu'on ne peut débarrasser complètement.

Chez les malades dont la peau est très enflammée, il faut attendre un peu avant de commencer la frotte et calmer le prurit par des bains d'amidon, des cataplasmes, des onctions de glycérolé d'amidon.

Chez les enfants, M. Fournier ordonne des bains, des cataplasmes pendant deux ou trois jours, puis de légères frictions savonneuses et la pommade au styrax.

Après la frotte, les malades ont quelques démangeaisons qui cèdent aux bains d'amidon, à moins que ces malades n'aient l'imprudence de retourner auprès des personnes qui les ont contaminés et qui elles-mêmes, n'ont pas été désinfectées.

Traitement du psoriasis.—M. Brocq préconise le traitement suivant dans les psoriasis : 1o Si le psoriasis est enflammé, donner des bains d'amidon et appliquer une pommade inerte à l'amidon, à l'oxyde de zinc au 10e, ou simplement de la vaseline.

2o Si le psoriasis n'est pas enflammé, donner des bains sulfureux, faire des frictions avec une pommade au goudron, à l'huile de cade et à l'acide salicylique, au précipité blanc, au précipité jaune.

L'acide pyrogallique en pommade est quelquefois dangereux, mais souvent efficace ; il est bon de commencer par la dose de 1 pour 49, jusqu'à ce qu'on connaisse bien la susceptibilité individuelle.

Les pommades naphtolées au 20e ou au 10e sont bonnes aussi. Mais, de tous les topiques connus, il est certain que le plus efficace est l'acide chrysophanique ou la chrysarobine. Malheureusement il peut donner lieu à des irritations cutanées violentes, à des érythèmes généralisés, à des colorations violacées, à des conjonctivites, à des intoxications. Aussi faut-il en surveiller l'emploi de très près et en suspendre l'usage, dès que les accidents commencent à se montrer.

1o Ne pas s'en servir au cuir chevelu, et comme lorsque l'on fait usage de l'acide pyrogallique, employer en cette région des pommades mercurielles.

2o Décaper les plaques de temps en temps par des bains et des savonnages.

3o Appliquer, sur une ou deux plaques, une fois par jour pour commencer, une pommade à l'acide chrysophanique au 40e ; acide chrysophanique, acide salicylique, sâ 1 gram., vaseline pure, 40 gram. ; si elle est bien supportée, en généraliser l'emploi. En faire ensuite deux applications par jour.

Enfin, porter peu à peu les doses d'acide chrysophanique à 1 pour 30, 1 pour 10, et même 1 pour 5 d'excipient, jusqu'à ce que l'on ait trouvé une préparation réellement efficace.

4o Si l'acide chrysophanique n'est pas toléré, recourir à l'acide pyrogallique (voir ci-dessus), aux préparations mercurielles, en dernier lieu à l'huile de cade.

Quand on traite un psoriasique, il faut poursuivre la disparition de l'éruption jusqu'à ce qu'il n'en existe plus le moindre vestige : sinon on s'expose à des récives presque immédiates.

Quand au traitement général, il doit être surtout antiarthritique. Le régime alimentaire peut ne pas être modifié, sauf pour le vin, le café, les liqueurs, les mets épicés ou très salés qu'il faut supprimer. Il faut traiter le nervosisme par les bromures, les valériانات, l'hydrothérapie, prescrire une bonne hygiène, des sudations, des exercices corporels, et s'abstenir de médicaments internes. L'arsenic, l'iode de potassium, les balsamiques, tous ces refuges de la thérapeutique, ont été essayés souvent sans grand succès.—*Concours médical.*

De l'action de la chaleur dans la trichophytie (herpès circiné et teigne tondante).—La teigne tondante, due au *trichophyton tonsurans*, est une des teignes les plus communes chez les enfants. Ce parasite ne se borne pas à l'invasion du cuir chevelu, il s'étend fréquemment, par contagio direct, au front, à la nuque, formant des éruptions circinées. L'herpès circiné peut encore se développer isolément et atteindre les personnes qui prennent soin des teigneux ; dans ces cas l'éruption se localise surtout à la région dorsale des mains et aux avant bras. Dans cette affection, les traitements antiparasitaires ont tous donné de bons résultats, mais fréquemment la maladie est rebelle et tous les traitements exigent comme condition de succès indispensable l'épilation. Pour être faite soigneusement, l'épilation nécessite beaucoup de patience et beaucoup de temps, ce qui fait que dans les services où l'on soigne provisoirement les teigneux chez lesquels souvent la trichophytie, au lieu de se borner à quelques plaques locales, a diffusé sur tout le cuir chevelu, le manque de personnel suffisamment instruit rend l'épilation matériellement impossible. Comme le disait M. Brocq, dans une récente clinique de Lourcine, la guérison de la teigne sans épilation est un idéal que les médecins ont toujours vainement cherché à atteindre ; nous n'avons pas la prétention d'y être arrivé, mais nous croyons avoir fait un pas dans ce but, et les circonstances qui nous y ont conduit, ayant la valeur d'une expérience, méritent d'être relatées.

Durant l'année 1892, notre maître, M. Bourneville, nous confia le traitement des teigneux de la section des enfants de Bicêtre. 46 idiots ou épileptiques étaient alors atteints de teigne tondante, le diagnostic était certain, la plupart étaient atteints depuis plusieurs années et l'examen microscopique avait permis de constater chez tous la présence du trichophyton. Trois infirmières étaient chargées de les soigner et ne pouvaient, malgré leur zèle, venir à bout de leur tâche, la presque totalité de ces enfants étant atteints d'idiotie complète et un grand nombre étant gâteux. Les épilations ne pouvaient donc se faire que très difficilement et assez irrégulièrement. Dans ces conditions toutes les méthodes de traitement, même les plus récentes, échouèrent. Les parasitocides puissants irritaient le cuir chevelu et déterminaient des éruptions

pustuleuses interminables, car beaucoup de nos malades, sujets à de fréquents accès de colère, se cognaient la tête contre les murs, ou s'égratignaient avec fureur. Durant nos nombreux essais infructueux, un de nos malades, Stie..., fut atteint de broncho-pneumonie et resta trois semaines environ avec une température oscillant autour de 39°; à cette époque nous constatons non sans surprise que la teigne de l'enfant avait à peu près complètement disparu, bien qu'on ait suspendu pendant sa maladie tout traitement local. Nous fîmes part de ce phénomène à notre ami et collègue, M. Ferrier, interne à la fondation Vallée, qui, en examinant une teigneuse de son service, avait contracté de l'herpès circiné à la région dorsale de la main droite. Applications fréquentes de teinture d'iode, cautérisations, même avec l'acide nitrique, n'avaient pu faire disparaître l'éruption. M. Ferrier tenta l'influence de la chaleur; quelques bains d'eau simple de 20 minutes de durée environ et à la température de 50° suffirent pour faire complètement disparaître l'éruption. Depuis, nous eûmes deux fois l'occasion de répéter avec succès ce traitement de l'herpès circiné par l'eau chaude sur deux infirmières du service des teigneux atteints d'éruptions au poignet et à l'avant-bras. Généralisant cette méthode, nous avons appliqué à nos teigneux le traitement suivant: Les cheveux étant coupés très ras avec des ciseaux, et un savonnage minutieux au savon noir ayant été exécuté, des compresses de tarlatane trempées dans une solution de sublimé au 1/2 000, portée à une température de 50° environ, sont appliquées; une toile imperméable, maintenue par une bande de tarlatane, complète le pansement, renouvelé journallement avec le savonnage.

Les résultats ne tardèrent pas à se manifester et, quelques mois plus tard, nous quittions le service avec la satisfaction de ne laisser que douze teigneux en traitement, la plupart entrés depuis peu. Nos malades étant presque tous sujets à des crises congestives ou épileptiformes, nous avons pu nous assurer que les applications chaudes n'amenaient jamais d'aggravation de ces phénomènes nerveux; elles sont donc complètement inoffensives.

Nous nous contentons de signaler les faits sans pouvoir en donner encore une explication. Peut-être la température un peu élevée (39° à 40°) gêne-t-elle le développement du trichophyton? Peut-être modifie-t-elle le terrain sur lequel il se développe? Quoi qu'il en soit, ce mode de traitement nous a permis d'obtenir sans épilation de nombreuses guérisons en un mois ou deux de traitement.—J. NOIR, in *Progrès médical*.

—Si les première et deuxième périodes du travail sont très rapides et douloureuses, il est de règle générale que la troisième sera lente à se terminer.—PARVIN.

FORMULAIRE.

Aménorrhée.—*Devees.*

- P.—Teinture de muriate de fer..... 3 drachmes.
 Teinture de cantharides 1 drachme.
 Teinture de gaïac ammoniacale..... 1½ once.
 Teinture d'aloès..... ½ “
- M.—*Dose* : Une cuillerée à soupe trois fois par jour.

Hémorroïdes.

- P.—Iodure de potassium..... 3 à 7½ parties.
 Iode pur ½ partie.
 Glycérine..... 60 parties.
- M.—Appliquer *loc. dol.* sur des tampons de coton absorbant que l'on change toutes les trois ou quatre heures.—*International Journal of Surgery.*

Eczéma séborrhéique.—*Hare.*

- P.—Résorcine..... 10 grains.
 Amidon pulvérisé..... 120 “
 Onguent d'oxyde de zinc 120 “
 Vaseline..... ½ once.

M.—Faire une promenade. Enlever les croûtes en lotionnant la partie malade avec un mélange de une partie de *bay-rum* pour trois parties d'eau, et appliquer ensuite la pommade.—*College and Clinical Record.*

Dartres.

- P.—Mercure ammoniacal..... 60 grains.
 Fleur de soufre..... 60 “
 Lanoline..... 1 once.
- M.—En onctions, une ou deux fois par jour.

Verrues.—*Dr R. B. Morrison.*

- P.—Sublimé 5 grains.
 Acide salicylique.. 1 drachme.
 Collodion 1 once.

M. En application, une fois par jour, en ayant soin d'enlever à chaque attouchement la pellicule qui a dû se faire sous l'influence de l'application de la veïlle. Si l'effet caustique n'est pas suffisant, on peut porter la proportion de sublimé à 30 grains au lieu de 5. Au bout de quatre applications, la verrue est assez ramollie pour qu'on la puisse enlever facilement. Cela fait, on panse avec un onguent simple.—*American Dermatological Association.*

Liquide épilatoire.—Butte.

P.—Iode pur.....	12 grains.
Essence de térébenthine.....	20 minimes.
Huile de ricin.....	$\frac{1}{2}$ drachme fl.
Alcool.....	$2\frac{1}{2}$ drachmes fl.
Collodion.....	1 once fl.

M.—Appliquer, au moyen d'un pinceau de blaireau, une fois par jour, et répéter l'application pendant trois ou quatre jours. En enlevant la couche de collodion, les poils s'enlèvent aussi.

Sirop calmant sans opium.

P.—Huile essentielle d'anis.....	25 minimes.
Alcool.....	2 onces.
Extrait fluide de valériane.....	1 once.
Huile essentielle de menthe.....	15 minimes.
Alcool camphré.....	2 drachmes.
Extrait fluide de réglisse.....	1 once.

M.—Dose : Un quart à une demi cuillerée à thé, dans un peu d'eau, et à répéter au besoin.—*Cincinnati Lancet Clinic.*

Vin diurétique.

P.—Extrait fluide de jalap.....	3 drachmes.
Extrait fluide de scille.....	3 “
Extrait fluide de jaborandi.....	1 once.
Extrait fluide de digitale.....	30 minimes.
Nitrate de potasse.....	240 grains.
Vin d'angélique.....	1 pinte.

M.—Dose : Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, toutes les quatre heures, dans les cas d'œdème, d'anasarque généralisée et d'hydropisie cardiaque ou rénale.—*R. I. Med. Sc. Monthly.*

Myalgie.

P.—Liniment de chloroforme.....	} 4 drachmes.	ââ
Liniment d'aconit.....		
Liniment de savon.....		

M.—En frictions.—*Practitioner.*

—BOGDANIK, de Siata, a observé quatre cas de nécrose des maxillaires chez lesquels il enleva l'os malade. Il admet la théorie de Wegner qui rapporte ces cas de nécrose à l'empoisonnement chronique par le phosphore. Il est enfin d'avis que la résection, faite à bonne heure, de la partie nécrosée donne les meilleurs résultats et prévient l'extension de la maladie.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: - - Dr A. LAMARCHE.

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

MONTREAL, OCTOBRE 1893.

BULLETIN.

A propos de l'exercice de la médecine dans l'Iowa.

D'après une série de résolutions adoptées par le *State Board of Health* de l'Etat de l'Iowa, et que nous communique M. le docteur J. F. Kennedy, secrétaire, nous constatons que, à dater du 27 juin 1893, aucune licence pour pratiquer la médecine et la chirurgie dans l'Etat de l'Iowa ne sera octroyée sans examen préalable satisfaisant à aucun porteur de diplôme d'école ou de faculté de médecine, à moins que l'école ou la faculté d'où émane ce diplôme n'exige de ses élèves quatre années d'études médicales dont trois au moins auront été consacrés à suivre les cours à raison de six mois de cours chacune.

C'est à ces écoles et facultés que le bureau de l'Iowa prétend pouvoir appliquer le qualificatif de *good standing*.

De plus, il a été décidé que après le 4 juillet 1893, aucun collège de médecine ne sera reconnu comme étant *of good standing*, à moins qu'il n'exige de ses gradués quatre années de cours, de six mois chacune.

Pour arriver à cette détermination, le bureau de l'Etat de l'Iowa se base sur le fait que la même décision a déjà été prise et mise à exécution dans bon nombre de collèges de médecine des Etats Unis et du Canada.

Il n'est pas douteux que le mouvement en question reçoit toute notre approbation. C'est un progrès réel sur l'état antérieur des choses, en particulier aux Etats-Unis où, malheureusement, il existe encore des facultés n'exigeant de leurs élèves que deux années d'études médicales, à six mois de cours chacune. Cependant il faut avouer que chez nos voisins il y a aujourd'hui une tendance très marquée à faire cesser la vieille coutume des cours

de deux ans pour relever le niveau des études médicales de façon à ce que le cours d'études médicales comprenne non seulement trois mais quatre années d'études et de cours, ces derniers étant de six ou de neuf mois. C'est ainsi que l'université Harvard, de Boston, et l'université du Michigan, de Ann Arbor, exigent toutes deux quatre années de cours de neuf mois chacune. Le collège Bellevue, à New-York, exige trois années régulières de cours, durant vingt-six semaines, (soit six mois chacune) et en outre, chaque année, une session d'été commençant le 26 mars et se terminant le 15 juin. A *Jefferson Medical College*, Philadelphie, les élèves suivent trois années de sept mois chacune. Même chose à l'université de Pensylvanie où, en outre, comme à Bellevue, il y a un terme d'été de trois mois.

Hâtons-nous de dire que dans notre province de Québec, nous avons lieu d'être satisfaits du curriculum de nos Facultés médicales. L'Université Laval, à Québec, donne un cours de neuf mois par année, comprenant soit trois ans, soit quatre ans. L'Université Laval à Montréal et l'Université McGill exigent toutes deux quatre années, de six mois chacune, à l'exception de la troisième année qui est de neuf mois. Enfin, l'Université du Collège Bishop donne quatre années, de six mois de cours chacune.

A notre avis, il serait à souhaiter que dans chaque Faculté de notre province, les années académiques fussent de neuf mois entiers chacune et au nombre de quatre, les cours s'ouvrant vers le 20 septembre pour se continuer jusqu'à la fin de juin. Nombre de professeurs sont de cet avis et nous avons la preuve que beaucoup d'élèves en médecine seraient plus satisfaits d'avoir des cours de neuf mois chaque année que des cours de six mois. Avec raison, ils estiment qu'ils perdent leur temps et sont portés à négliger leurs études durant ces vacances de six mois. A l'École de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté Laval, où le terme d'été est obligatoire pour les étudiants de troisième année, comme il vient d'être dit, tous les élèves de première et de seconde années résidant à Montréal se joignent à leurs confrères de troisième et assistent aux cours cliniques et aux démonstrations théoriques du troisième terme. L'élève sent instinctivement le besoin de consacrer le plus de temps possible à ses études médicales pour peu que la Faculté dont il suit les cours lui en facilite les moyens.

Pour notre part, nous estimons qu'en décidant que les quatre années de cours universitaires seront de neuf mois chacune, nos Facultés médicales feront œuvre éminemment utile pour les élèves qui ne demandent qu'à travailler, et pour la profession en général qui a de plus en plus besoin de sujets compétents.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Programme de l'Examen préliminaire pour Septembre
1893.

M. le docteur A. G. BELLEAU, secrétaire (pour Québec) du Collège des Médecins et Chirurgiens, nous communique, avec prière de publier, le Programme des examens préliminaires qui viennent d'avoir lieu. Nous l'insérons dans notre *Bulletin* afin que la profession médicale puisse, en le lisant avec attention, apprécier comme il convient les questions posées aux aspirants à l'étude de la médecine.

Pour nous, les commentaires sont surperflus et nous comprenons fort bien qu'avec certaines questions qui émaillent ce programme, il n'y ait eu que 11 candidats d'admis sur 31 aspirants.

LATIN.

(A) Eadem nocte accidit, ut esset luna plena, qui dies maritimos aestus maximos in Oceano efficere consuevit; nostrisque id erat incognitum. Ita uno tempore et longas naves, quibus Cæsar exercitum transportandum curaverat, quasque in aridum subduxerat, æstus complebat; et onerarias, quæ ad ancoras erant deligatæ, tempestas afflictabat; neque ulla nostris facultas aut administrandi, aut auxiliandi, dabatur.

(B) Jamque adeo super unum oram; quum limina Vestæ
Servantem et tacitam secreta in sede latentem
Tyndarida aspici; dant clara incendia lucem
Erranti, passimque oculos per cuncta ferenti.
Illa sibi infestos eversa ob Pergama Teucros,
Et pœnas Danaum et deserti conjugis iras
Præmetuens, Trojæ et patriæ communis Erinys,
Abdiderat sese, atque aris invisâ sedebat.

(C) Prudens futuri temporis exitum
Caliginosâ nocte premit deus,
Ridetque, si mortalis ultra
Fas trepidat. Quod adest memento

Componere æquis; cetera fluminis
Ritu feruntur, nunc medio alveo
Cum pace delabentis Etruscum
In mare, nunc lapides adesos,

Stirpesque raptas, et pecus et domos
 Volventis unâ, non sine montium
 Clamore vicinæque silvæ,
 Quum fera diluvius quietos

Irritat amnes.

1. Traduisez en Français ou en Anglais, *tout en conservant autant que possible la syntaxe des phrases Latines*, les trois extraits A. B. C.

2. Faites en détail, avec indication des règles de syntaxe, l'analyse grammaticale de : —Prudens futuri temporis exitum Caliginosa nocte premit deus.

3. Déclinez, *ensemble, eadem nocte* au singulier et au pluriel, et *uno tempore* au singulier. Déclinez également, aux deux nombres, le nom *domus*.

4. Donnez les temps primitifs de *aspicis, componere, feruntur, delabentis, volvere*. Conjuguez les temps *aspicio* et *feruntur*.

5. *Tempestas naves afflictabat*. Quelle espèce de verbe est *afflictabat*? Comment ces verbes sont-ils formés? Quelle est leur signification particulière? Donnez d'autres verbes analogues.

6. *Limina Vestæ Servantem*. Quelle est la règle qui se rapporte au régime du participe employé comme tel? Quelle est la règle du participe employé comme adjectif qualificatif? Comment peut-on être *patiens frigoris* sans être *patiens frigus*?

7. Expliquez sommairement :—*Limina Vestæ servantem Tyn-darida* :—'Trojæ et patriæ communis Drivys :—*Cum pace delabentis Etruscum in mare.*'

HISTOIRE.

1. Esquissez les trois formes du gouvernement de la Grèce ancienne.

2. Donnez les dispositions de la loi agraire de Tibérius Gracchus.

3. Quel territoire la France a-t-elle perdu par la dernière guerre avec l'Allemagne, et quel changement a été fait dans son gouvernement après cette guerre?

4. A la fondation de Québec par Champlain, quelles nations sauvages se trouvaient dans le voisinage, et quelles ont été les relations de Champlain avec elles?

5. Donnez en très peu de mots les faits principaux de l'histoire de la Grande Bretagne durant la période des Tudors.

GÉOGRAPHIE.

1. Entre quelles baies est situé l'isthme qui joint la Nouvelle-Ecosse au Nouveau-Brunswick?

2. Nommez chacun des états de la Nouvelle-Angleterre, avec sa capitale.
3. Qu'est ce qu'on entend par Latitude et Longitude, et à partir de quels points sont-elles comptées ?
4. Qu'est-ce que Rimouski, la Barbade, Shédiac, Sindhy, Kars, Erzeroum, Plevna, Boukhara, Magdala, Dunedin, et où sont-ils situés ?
5. Nommez les îles de la Manche.
6. Tracez la frontière entre le Canada et les Etats-Unis.
7. Nommez la plus longue rivière et la plus haute montagne de l'Amérique du Sud, de l'Asie et de l'Afrique.

ANGLAIS.

(Pour les Candidats Parlant le Français.)

1. Traduisez en Français *tout en observant autant que possible la syntaxe des phrases anglaises* :—
 - (A) The time, however, was at hand, that was to extend the sphere of navigation. The era was propitious to the quick advancement of knowledge. The recent invention of the art of printing enabled men to communicate rapidly and extensively their ideas and discoveries. It drew forth learning from libraries and convents, and brought it familiarly to the reading-desk of the student. Volumes of information, which before had existed only in costly manuscripts, carefully treasured up, and kept out of the reach of the indigent scholar and obscure artist, were now in every hand.
 - (B) It was on Friday morning, the 12th of October, that Columbus first beheld the New World. As the day dawned, he saw before him a level island, several leagues in extent, and covered with trees like a continual orchard. Though apparently uncultivated, it was populous, for the inhabitants were seen issuing from all parts of the woods and running to the shore. They were perfectly naked, and, as they stood gazing at the ships, appeared by their attitudes and gestures to be lost in astonishment. Columbus made signal for the ships to cast anchor, and the boats to be manned and armed.
2. Analysez grammaticalement chaque mot de la phrase :—
'It was on Friday morning, the 12th of October, that Columbus first beheld the New World.'
3. Le pluriel de *foot* est *feet* ; le passé de *take* est *took* ; le diminutif de *cock* est *chicken*. Donnez d'autres exemples de ce changement de la voyelle radicale—savoir—cinq noms, cinq verbes, et les diminutifs des trois noms *cat*, *goose*, *deer*.

4. Faites une liste (a) des Adjectifs Possessifs (b) des Pronoms Possessifs qui répondent aux Pronoms Personnels, *I, we, thou, you, he, she, they*. Ecrivez quelques courtes phrases —trois pour chaque liste—comme exemples de l'usage de ces Possessifs.
5. Donnez les Adjectifs dérivés de *man, boy, courage, fortune, north*, et les Verbes dérivés de *simple, number, fertile, clean, strong*, avec leur signification française.
6. Comment le Passif est-il formé en Anglais? Changez de l'Actif, au Passif, en conservant le sens, la phrase:—'He tells me that his brother wrote the Essay which won the first prize.'

FRANÇAIS

(pour les candidats parlant le français.)

(a). Il arriva qu'au temps que le chanvre se sème,
Elle vit un manant en couvrir maints sillons.

“ Ceci ne me plaît pas, dit-elle aux oisillons :

Je vous plains ; car, pour moi, dans ce péril extrême

Je saurai m'éloigner ou vivre en quelque coin.

Voyez-vous cette main qui par les airs chemine ?

Un jour viendra, qui n'est pas loin,
Que ce qu'elle répand sera votre ruine.
De là naîtront engins à vous envelopper,
Et lacets pour vous attraper. ”

(b). Les oisillons, las de l'entendre,

Se mirent à jaser aussi confusément

Que faisaient les Troyens quand la pauvre Cassandre

Ouvrait la bouche seulement.

Il en prit aux uns comme aux autres.

Maint oisillon se vit esclave retenu.

Extrait de la Fable : *L'Hirondelle et les petits Oiseaux*

1. Le mot *chanvre* s'emploie-t-il encore quelquefois au féminin ? Qu'est-ce que la *chènerière* dont parle Lafontaine dans cette fable ?

2. Pourquoi, dans les deux derniers vers de l'extrait (a), Lafontaine se sert-il successivement des deux prépositions *à* et *pour* ? Y a-t-il, dans ce cas particulier, une différence dans le sens de ces deux mots ?

3. Quelle est l'étymologie des mots *manant* et *engins* ? Ces mots ont-ils encore le même sens qu'ils avaient du temps de Lafontaine ?

4. Donnez les noms qui ont même racine que *extrême, loin, las* et *pauvre*.

5. Quel est le sens de l'expression *il en prit*, dans l'avant-dernier vers de l'extrait (b) ? Cette expression est-elle encore employée et sous cette forme ?

6. Analysez grammaticalement :

“ Un jour viendra, qui n'est pas loin,

Que ce qu'elle répand sera votre ruine."

7. Quelle différence y a-t-il entre *jaser*, *dire* et *parler* ?

Quelle figure renferme le dernier vers de l'extrait (b) ?

Quelle est la morale de toute cette fable ?

8. Corrigez les fautes de grammaire, de ponctuation et d'orthographe du passage suivant de TÉLÉMAQUE :

" Pour moi je crains les dieux, quoiqu'ils m'en coûtent, je serai fidèle au roi qu'ils m'ont donné. J'aimerais mieux qu'il me fasse mourir que de lui oter la vie, et même de manquer à le défendre. Pour vous o télémaque gardez-vous bien de lui dire que vous êtes fils d'Ulysse; il espérerait qu'Ulysse, retournant à Ithaque lui paierait une grande somme pour vous racheter et il vous tiendrait en prison."

ENGLISH.

- 1.—In the incidents and dialogue of "Romeo and Juliet" there is a spirit and tone truly characteristic of the Italy of the time. Give instances from the Play in proof of this.
- 2.—The Romeo of the closing catastrophe is the Romeo of the opening scenes, refined and exalted. Examine this statement referring for confirmation to the Play.
- 3.—Write notes explanatory of—
 - (a)—I'll say you grey is not the morning light;
'Tis but the pale reflex of Cynthia's brow.
 - (b)—Gallop apace, you fiery-footed steeds,
Towards Phoebus' lodging; such a waggoner
As Phaethon would whip you to the west,
And bring on cloudy night immediately.
 - (c)—And shrieks like mandrakes' torn out of the earth,
That living mortals hearing them run mad.
- 4.—What is the peculiar signification of the words indicated by *italics* in the following :—
 - (a)—He bade him think how *nice* the quarrel was.
 - (b)—Thou *fond* mad man, hear me but speak a word.
 - (c)—This is *dear* mercy and thou sees't it not.
- 5.—Quote a few lines from Mercurio's description of Queen Mab.
- 6.—Analyse the following and parse the words italicised :—

There is thy *gold*, *worse* poison to men's souls.
Doing more murders in this loathsome world
Than these poor *compounds* that thou mayest not sell.
- 7.—Compose short sentences in which *stone* shall be—(a) a noun,
(b) an adjective, (c) a verb.
- 8.—Give the meaning and derivation of *dormitory*, *preliminary*, *signet*, *cymet*, *viaduct*, *inculpate*, *exculpate*, *cyclone*.

BELLES-LETTRES.

1. Quelle différence y a-t-il entre les figures de mots et les figures de mots et de pensée? Définissez à votre choix quatre figures de mots et quatre figures de pensée, avec un exemple pour chacune d'elles.

2. Donnez un peu de mots, l'origine, la définition et la division du drame. Quels sont les plus grands écrivains dramatiques anglais et français?

3. Comment définissez-vous l'éloquence politique? Quelles qualités doit avoir l'orateur politique? Quels sont les principaux orateurs politiques de l'antiquité? Indiquez pour chacun d'eux la nationalité et le siècle où il a vécu.

ALGÈBRE.

1. Résolvez en facteurs élémentaires les expressions :

$$x^2 + 9x + 20; x^4 - 81; \frac{1}{4}x^2 - \frac{1}{4}y^2.$$

2. Simplifiez $\frac{1}{2(a-x)} - \frac{1}{2(a+x)}$,

$$\text{et } 1 - (1 - a) + [1 - (a - a^2)].$$

3. Trouver le plus grand commun diviseur de :

$$6x^2 + 7x - 3 \text{ et } 12x^2 + 16x - 3.$$

4. Résolvez les équations suivantes :

$$(1) \frac{x}{x+1} + \frac{x+1}{x} = 2$$

$$(2) \begin{aligned} x + y + z &= 9; \\ x + 2y + 3z &= 16; \\ x + 3y + 4z &= 21. \end{aligned}$$

5. Deux voitures partent en même temps d'York et de Londres et la distance entre ces deux villes est de 200 milles. Si la première fait $9\frac{1}{2}$ milles à l'heure et la seconde $9\frac{1}{4}$ milles, où se rencontreront-elles et combien de temps après leur départ?

GÉOMÉTRIE.

1. A quoi est égale la somme des trois angles d'un triangle et donnez la démonstration. Dites ensuite (énoncez seulement) la valeur de la somme des angles d'un polygone quelconque.

? Si on divise une ligne $\frac{A \quad C \quad B}{\text{-----}}$ en 2 parties AC et CB, quel est le rapport entre le carré construit sur la ligne entière et les carrés construits sur les parties AC et CB? Démontrez.

3. Faites un triangle rectangle équivalent à un triangle quelconque non rectangle à l'aide d'une construction géométrique.

4. Trouvez le diamètre d'un bassin circulaire dont la surface plane est de 314.16 pieds carrés.

5. Comment se détermine le volume d'un cône, d'une sphère, d'un cylindre?

ARITHMÉTIQUE.

1. Les mises de deux associés sont respectivement de \$10000 et \$2000; mais la seconde mise est restée un an dans la société, tandis que la première n'est restée que 6 mois. Le gain total de l'entreprise est de \$5000. Quel est le gain relatif à chaque mise?

2. On a 2 marnes: l'une formée de 80 parties d'argile et 20 parties de calcaire; la seconde formée de 40 parties d'argile et 60 parties de calcaire. On demande dans quelle proportion on doit les mélanger (quel poids de chacune on doit prendre) pour avoir un mélange marneux composé de 50 parties d'argile et 50 parties de calcaire.

3. Soustraire de $\frac{1}{3}$ son cube.

4. A la température de la glace fondante (0° centigrade ou 32° Fahrenheit), la vitesse du son dans l'air est de 1092.5 pieds (333 mètres) par seconde. A quelle distance se trouve-t-on d'un chasseur s'il s'écoule trois secondes entre le moment où l'on voit la fumée et celui où on entend le coup de fusil?

5. Combien vaudront \$1000 au bout de $5\frac{1}{2}$ ans à 6 0/10 en capitalisant chaque année les intérêts?

GREC.

A. XÉNOPHON—*Anabase*, livre I, chap. v, § § 1 et 2.

B. HOMÈRE—*Iliade*, livre I, vss. 584—594.

Analyses, déclinaisons, explications, etc., sur ces deux extraits. (Nous ne pouvons reproduire ici ces extraits, vu que nous n'avons pas le plus petit *iota* à notre disposition.—RÉD. U. M. DU C.)

PHILOSOPHIE.

1. Définissez les termes suivants: Idée singulière, particulière, collective et universelle; genre prochain, différence spécifique; jugement *a priori* et *a posteriori*; modes et figures du syllogisme; mal physique et mal moral; droit naturel et droit positif.

2. Définissez ce qu'on appelle propositions contraires et contradictoires. Démontrez que deux propositions contradictoires ne peuvent être à la fois vraies ou fausses, et que deux propositions contraires ne peuvent être à la fois vraies.

3. Qu'est-ce qu'on entend par nombre actuellement infini? Est-ce qu'un tel nombre est possible? Démontrez la réponse.

4. Démontrez que l'âme humaine est à la fois simple et spirituelle, et que les âmes des animaux ne sont pas des substances spirituelles.

5. Qu'est-ce qu'on entend par *sujet* de l'autorité? Le peuple peut-il être le sujet de l'autorité civile? Comment est déterminé le sujet de l'autorité politique?

PHYSIQUE.

1. Donnez la définition des leviers des trois genres et dites à quel genre appartiennent : 1^o la balance usuelle, 2^o les ciseaux ordinaires.

2. Quelles sont les causes de : 1^o la hauteur (gravité ou acuité) du son, 2^o son intensité? Le son voyage-t-il plus vite dans l'air que dans l'eau?

3. La densité de l'eau à 0^o centigrade (32^o Fahrenheit) est de 0.999, celle de la glace fondante est de 0.918. Un bloc de glace surnage donc et émerge des 9/111 de son volume. On suppose un vase parfaitement rempli, le liquide affleurant et un morceau de glace flottant et émergeant. On demande, après sa fusion, la température étant restée invariable, de trouver le volume de l'eau écoulée par dessus bord.

4. Donnez les lois de la réflexion de la lumière et dites ce qu'on entend par réfraction.

5. Peut-on retarder l'ébullition d'un liquide et comment.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Hotel-Dieu. — Les services de l'Hôtel-Dieu seront répartis comme suit pour les mois d'octobre, novembre et décembre 1893 :

Chirurgie : Dr Hingston, Dr Brunelle.

Médecine : Dr Guérin, Dr Moreau, Dr Rivet.

Nouveaux Esculapes. — Aux examens supplémentaires de la Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal, le 18 septembre 1893, ont obtenu le degré de docteur en médecine :

MM. Gustave Boisseau, J. E. Coutu, M. H. Couture, Rosario Charron, Herménégilde Denis, L. J. N. Dazé, J. E. Gervais, L. A. Lacombe, J. E. Lafontaine, L. Z. Lajéie, Thomas Nesbitt, J. Jehin Prume, *avec distinction*, et Fréd. Schiller.

Nécrologie. — CANADA — A Montréal, le 22 septembre, à l'âge de 80 ans, M. le docteur J. B. DESROSIERS, père du Dr H. E. Desrosiers, Rédacteur-en-chef de L'UNION MÉDICALE DU CANADA. — A Montréal, M. le docteur A. Wilbrod HÉNAULT, gradué en 1886. — A St Jérôme, M. le docteur Guillaume PRÉVOST.

ÉTRANGER. — A Londres, le docteur Grailey HEWITT, F. R. C. P. Lond., F. R. S. Edin., professeur *Emeritus* d'obstétrique à l'*University College Hospital*, et bien connu par ses travaux en obstétrique.

Hopital Notre Dame, Montréal. — Les services de l'Hôpital Notre-Dame pour le premier semestre de l'année 1893 94 sont répartis comme suit :

Service de médecine : Dr J. P. Rottot, Dr A. R. Marsolais.

Service de chirurgie : Dr A. T. Brosseau.

Service de gynécologie : Dr M. T. Brennan.

Service d'ophtalmologie et d'otologie : Dr A. A. Foucher.

Dispensaire de chirurgie : Dr O. F. Mercier.

Dispensaire de médecine : Dr Schmidt.

Dispensaire des maladies des enfants : Dr Cormier.

Ecole de médecine et de chirurgie de Montréal, Faculté de médecine de l'Université Laval à Montréal. — Les cours du premier terme se donnent dans l'ordre suivant :

Dr DEVAL. — *Physiologie et Pathologie générale*, 8h a.m., tous les jours.

Dr MIGNAULT. — *Anatomie descriptive*, 9h. a.m., tous les jours.

Dr DESROSIERS. — *Matière médicale et thérapeutique*, 9h. a.m. tous les jours.

Dr FAFARD. — *Chimie*, 10 h. a.m., tous les jours.

Dr DESJARDINS. — *Clinique ophtalmologique* (Institut ophtalmique de Montréal), 8.30 a.m., mardi, jeudi, vendredi, samedi. — *Clinique otologique*, lundi et mercredi.

Dr FOUCHER. — *Clinique ophtalmologique et otologique*, (Hôpital Notre-Dame), 9h. a.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr BROUSSEAU. — *Clinique externe* (Hôpital Notre-Dame), 10h. a.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr ROTTOT. — *Clinique interne* (Hôpital Notre-Dame), 10h. a.m., mardi, jeudi, samedi.

Dr HINGSTON. — *Clinique chirurgicale* (Hôtel-Dieu), 12.30 p.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr GUERIN. — *Clinique médicale* (Hôtel-Dieu), 12.30 p.m., mardi, jeudi, samedi.

Dr DEROCHE. — *Médecine légale et toxicologie*, 2.30 p.m., tous les jours.

Dr BRENNAN. — *Histologie*, 2.30 p.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr DESROSIERS. — *Pathologie interne*, 3.30 p.m., tous les jours.

Dr LACHAPPELLE. — *Hygiène*, 3.30 p.m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr BRUNELLE. — *Pathologie externe*, 4.30 p.m., lundi, mercredi.

Dr LAMARCHE. — *Tocologie*, 5.30 p.m., tous les jours.

Dr CHARTRAND. — *Anatomie pratique*, 8h. p.m., tous les jours après le 1er novembre.

Dr DAGENAIS. — *Clinique de tocologie* (Maternité), mardi et samedi, à 10h. et sur avis spécial.