

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.

- 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:

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 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.

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

VOLUME XV.



MONTREAL :

CIE. DE LITHOGRAPHIE GEBHARDT-BERTHAUME
30 Rue St-Gabriel

1886

L'UNION MEDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS

Vol. XV.

MONTREAL, JANVIER 1886.

No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE.

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

Du calcul biliaire.

[Leçon recueillie par Ls. Ph. NORMAND, M. B.]

MESSIEURS,

Dans notre pays, les calculs biliaires sont très communs et nous sommes très souvent consultés au sujet de cette maladie importante dont souffrent deux malades de la salle Ste-Marie, ce qui m'engage à vous faire quelques observations sur ce sujet.

I.—Madame A., âgée de 63 ans, a été admise à l'hôpital le 16 novembre 1885. Sa maladie date de l'automne dernier. Elle accusait des douleurs intermittentes au niveau du foie, douleurs qui survenaient par accès et s'étendaient jusqu'à l'épaule droite. Les accès étaient accompagnés de vomissements, de frissons très prononcés et de transpiration profuse. Peu après, s'est montrée brusquement une jaunisse produisant une démangeaison insupportable de la peau. Les urines étaient ictériques. La constipation a été presque continuelle. L'examen des selles n'a rien révélé. La malade ne connaît pas de calculeux dans sa famille.

II.—Madame B., âgée de 36 ans, a été admise à l'hôpital le 23 novembre dernier. Elle n'était malade que depuis un mois. La maladie a débuté par une forte douleur dans le côté droit, accompagnée de frissons, vomissements, transpiration et céphalalgie. La jaunisse est apparue subitement, et presque en même temps ses urines sont devenues foncées et laissaient des taches jaunes verdâtres sur le linge. Les selles étaient

grisâtres, argileuses. Depuis, la malade a eu de nouvelles attaques. La constipation est habituelle. L'examen des selles n'a rien révélé. Pas de diathèse calculeuse dans sa famille.

Les calculs biliaires se retrouvent souvent surtout chez les personnes obèses et nous en avons un exemple dans Madame A... qui dit avoir été bien grasse et qui, en effet, est une personne d'une forte complexion.

Nos canadiennes sont généralement bien grasses, ce qui rend la maladie biliaire commune dans notre pays.

D'ailleurs, Cruveilhier dit que la diathèse biliaire est une des lésions les plus communes de l'espèce humaine, seulement un grand nombre de cas existent à l'état latent sans provoquer d'accidents.

L'usage continué des aliments gras contribue beaucoup à produire la cholélithe, c'est encore une raison pour laquelle nous rencontrons si souvent cette maladie chez nous. La colique hépatique n'est pas toujours héréditaire, mais elle l'est bien souvent, bien que nos deux sujets de clinique ignorent l'existence de cette diathèse dans leurs familles. Très souvent on trouve, dans l'histoire de la famille, de la goutte, de la gravelle urinaire, de la névralgie, de l'asthme, de l'urticaire, etc. Un fait bien remarquable, c'est que cette maladie s'observe bien plus souvent chez la femme que chez l'homme.

Un effort quelconque, une marche prolongée, une chute et même les émotions morales vives sont les causes qui réveillent souvent une attaque de colique biliaire.

Madame A... nous dit que sa maladie est survenue à la suite d'efforts qu'elle avait faits en entrant du bois. " Le sol était glissant, dit-elle, et à tout instant j'avais peur de tomber ; ce qui me faisait faire des efforts pour me maintenir debout."

Madame B... dit que ses douleurs sont venues à la suite d'un effort qu'elle a fait pour prendre son enfant.

Voulez-vous d'autres exemples, messieurs ? Un citoyen de Montréal me disait : Je revenais de me promener à cheval, arrivé à la maison, je sautai à terre et de suite j'ai eu une nouvelle attaque de ma maladie.

On rapporte que plusieurs amis faisaient un voyage pendant lequel ils jouaient aux cartes. L'un d'eux fit un tour d'adresse qui provoqua un éclat de rire général qui fut coupé court par la cholélithe qui venait de faire son apparition chez l'un des joueurs.

Quant aux émotions morales, je dois vous rappeler que les émotions en général produisent une hypersécrétion de toutes les glandes, et cela d'autant plus que l'émotion est plus grande. Or, le foie est une glande, et sa sécrétion, comme celle des autres glandes, est de beaucoup augmentée par les émotions morales, et cette hypersécrétion de la bile peut déplacer un calcul préexistant et déterminer une attaque de la maladie. Il ne faut cependant pas oublier que les efforts sont des causes fréquentes des accès. Toutefois les accès surviennent également d'une manière spontanée, deux ou trois heures après le repas, c'est-à-dire au moment où les aliments et la bile commencent à s'introduire dans le duodénum.

Maintenant le calcul siège le plus fréquemment dans la vésicule biliaire, bien qu'il se montre assez souvent dans les conduits hépatiques, le conduit cystique et dans le conduit cholédoque commun.

En un mot, le calcul peut se montrer partout où la bile séjourne.

Comme le disent nos malades, la maladie débute dans l'hypochondre droit, par une douleur atroce, épouvantable qui apparaît subitement à la suite d'un effort ou des autres causes déterminantes que nous venons de voir. Cette douleur est tellement forte que c'est pour elle que le malade envoie chercher le médecin. Elle siège dans l'hypochondre droit, s'irradie à la région épigastrique et même dans certains cas à l'hypochondre gauche, mais elle est toujours plus prononcée vis-à-vis le foie. Un caractère très fréquent de la douleur, c'est son irradiation à l'épaule droite. Lorsque l'attaque atteint son maximum d'intensité, cette douleur de l'épaule peut se comparer à celle que produirait une corde de nerf avec laquelle on s'efforcerait de détacher le moignon de l'épaule en faisant des mouvements de scie. La douleur est aussi considérablement augmentée par tous les mouvements et même par la respiration. Madame A... a présenté ce symptôme important qui peut quelquefois faire défaut, du moins quant à son irradiation à l'épaule. D'un autre côté, il est possible que cette "douleur de scie" fasse son apparition à l'épaule gauche, mais dans tous les cas, elle sera beaucoup prédominante du côté droit.

La colique hépatique est accompagnée de vomissements qui sont composés d'abord des matières contenues dans l'estomac, et qui ensuite deviennent bilieux, glaireux.

Comme troisième symptôme, nous avons les frissons, le tremblement qui peut être assez prononcé pour nous faire croire à la fièvre intermittente: aussi Charcot l'a-t-il appelé: "fièvre intermittente hépatique."

Mais cette fièvre de Charcot diffère de la véritable fièvre intermittente en ce que les frissons ne sont pas réguliers et qu'ils sont accompagnés de sueurs froides. Dans la colique biliaire, le plus souvent, pour ne pas dire toujours, les mains et les pieds sont froids, de même que toute la surface du corps. Vous avez une preuve de l'importance de ce troisième symptôme, car ces deux malades vous disent qu'elles ont eu des frissons violents et qu'elles avaient les mains et les pieds glacés. En effet, c'est une maladie ordinairement apprétive.

Pendant l'attaque la circulation est ralentie, le pouls est faible, filiforme, lent, et plus tard il peut tomber jusqu'à 50 pulsations à la minute et quelquefois plus bas, grâce à la présence des acides biliaires dans le torrent circulatoire.

En général, l'accès cesse brusquement et s'accompagne souvent d'un flot d'urines claires; ce sont des "urines nerveuses." La durée des attaques est variable, elle a été chez ces dames de 24 à 48 heures. En général, messieurs, la durée des attaques varierait entre 3 et 36 heures si le médecin, appelé en toute hâte, ne remplissait pas le but pour lequel on l'a appelé, c'est-à-dire ne faisait pas disparaître les souffrances atroces dans lesquelles est plongé le malade.

Le plus souvent, la maladie prend un caractère rémittent, car il reste à la suite des accès une sensibilité dans l'hypochondre droit, qui peut persister quelquefois des semaines et même des mois.

L'ictère n'apparaît que 12 à 24 heures après le début de l'attaque. La bile apparaît d'abord à la conjonctive qui prend une teinte jaunâtre, puis dans les urines qui deviennent verdâtres, olivaires et même bleuâtres. De plus, les urines tachent le linge, et c'est ordinairement à ce

caractère que le malade s'aperçoit qu'il a la jaunisse. Les matières fécales se décolorent, deviennent grisâtres, argileuses, assez souvent cependant les malades ne s'observent pas bien.

En passant, je vous rappellerai que, dans nos salles, au premier abord, on ne reconnaît pas les icériques et que, pour bien faire le diagnostic, il faut mettre ceux-ci en face des fenêtres. Il faut conclure de là qu'une condition essentielle pour reconnaître l'ictère conjonctival, c'est une bonne lumière. Plus que cela, il faut la lumière du jour, car la lumière artificielle ne convient pas.

L'ictère est-il bien prononcé dans cette maladie? Généralement non, messieurs, mais il peut l'être dans quelques cas. Si le calcul siège dans la vésicule ou dans le conduit cystique, l'ictère fait complètement défaut, vu qu'il n'existe pas d'obstruction au cours de la bile et par suite pas de rétention.

Toutefois, même dans ce cas, la jaunisse peut survenir par continuité de tissus, ou, autrement dit, les conduits se sont enflammés et obstrués. En général, on est trop porté à croire que les calculs s'accompagnent d'ictère, il faut donc ne pas oublier que souvent la jaunisse fait complètement défaut parce que le calcul siège le plus souvent dans la vésicule biliaire ou le conduit cystique. En outre, pour que le calcul produise la colique hépatique, il faut qu'il soit suffisamment gros. Car s'il est petit, il peut passer dans les conduits sans donner lieu à la maladie.

Certaines complications peuvent survenir à la suite de l'obstruction des conduits biliaires. Outre la jaunisse, on cite des cas de rupture des conduits ou de fistules biliaires entraînant une péritonite, ce qui est un bien terrible accident. Dans certains cas, on a vu survenir des convulsions épileptiformes, des lipothymies, des syncopes à la suite des accès, mais ces accidents sont extrêmement rares.

Quant au pronostic, habituez-vous, messieurs, à le réserver lorsqu'il s'agit de maladies aussi sérieuses que celle qui nous occupe. Dans votre intérieur, cependant, il vous est permis de vous dire que le plus souvent votre malade se sauvera de son attaque. N'oubliez pas que l'obstruction ne peut durer longtemps sans entraîner des lésions graves du foie (cirrhose, qu'il ne faut pas confondre avec la sclérose ordinaire du foie). Donc, une obstruction datant de plus d'un couple de mois, avec jaunisse plus ou moins marquée, etc., devra vous engager à être réservé sur le pronostic. La guérison complète a lieu lorsque le malade n'avait qu'un seul calcul ou des calculs de petit volume qui ont pu émigrer jusqu'au tube intestinal. Il faut vous rappeler qu'un calcul d'une certaine grosseur peut faire son chemin à travers les conduits et être rejeté avec les matières fécales. Le calcul étant rejeté de l'économie avec les selles, nous devons donc, pour le retrouver, sasser ces matières. C'est ce que nous avons fait ici, mais malheureusement nos recherches ont été infructueuses. Vous comprenez qu'un seul examen ne suffit pas, et que pour trouver le calcul il faut beaucoup de temps et de bonne volonté. Les Allemands recommandent d'examiner les matières fécales tous les jours pendant un et même plusieurs mois. Pourtant cet examen n'est pas rigoureusement nécessaire, car le plus souvent les autres symptômes suffisent pour nous permettre d'établir un diagnostic certain. Les selles sont grisâtres, argi-

leuses et d'une odeur infecte, car l'absence de la bile permet leur décomposition dans le tube intestinal. L'odeur des matières fécales dans cette maladie a quelque chose de particulier qui nous rappelle un peu celle du carcinôme utérin. Les auteurs disent qu'on peut confondre cette maladie avec l'hépatalgie, la gastralgie, mais, messieurs, soyez bien persuadés que plus on vieillit dans la pratique, moins on voit de ces maladies. Le plus souvent, ce sont de véritables coliques hépatiques qu'on a prises pour des névralgies. Dans tous ces cas la douleur est soulagée par la pression, tandis que dans la colique biliaire, le moindre mouvement, la moindre pression l'augmente considérablement. En outre, dans ces névralgies, il y a absence des symptômes caractéristiques du calcul, surtout les frissons, le tremblement, les sueurs et la jaunisse. On peut confondre, dit on, avec le rhumatisme musculaire, mais celui-ci est essentiellement voyageur. Les douleurs sont aussi moins fortes, plus superficielles et siègent de préférence au côté gauche lorsqu'elles sont fixes. De plus, les symptômes caractéristiques du calcul manquent encore dans le rhumatisme. La sclérose et le carcinôme du foie ne débutent pas de la même manière, et plus tard, la jaunisse se distingue en ce qu'elle ne présente pas de rémission. Ensuite vous avez les symptômes particuliers de ces maladies qui vous aideront à faire le diagnostic.

L'ictère catarrhal peut être confondu avec le calcul biliaire, mais dans la jaunisse catarrhale, le siège de la douleur est à la région épigastrique. De plus, l'ictère catarrhal s'accompagne d'une fièvre plus ou moins intense produite par l'inflammation du duodénum et de l'estomac, qui s'étend aux conduits biliaires par continuité de tissus.

Il est vrai que dans l'ictère catarrhal on peut avoir du frisson, mais non le tremblement qui a mérité le nom de "fièvre intermittente de Charcot."

Vous comprendrez, messieurs, que dans une seule clinique, je ne puis que traiter superficiellement un sujet aussi sérieux et dont on pourrait vous entretenir durant plusieurs leçons. Quant au traitement, je dois vous rappeler ce que je vous ai dit en commençant, que c'est la douleur qui oblige le malade à requérir les soins de l'art médical. Vous déduisez de là, sans doute, qu'il faut soulager le malade le plus tôt possible; je ne saurais trop vous répéter que la douleur est tellement intense que l'opium ne saurait la combattre convenablement. Plus que cela je n'hésite pas à vous recommander la morphine, et de débiter par $\frac{1}{2}$ ou $\frac{1}{4}$ de grain, et même, dans bien des cas, cette dose ne sera pas suffisante, il faudra alors la répéter. La morphine doit être administrée hypodermiquement d'abord, parce que le malade souffre de vomissements, mais surtout parce qu'en injection hypodermique la morphine agit beaucoup plus promptement et plus efficacement. La première indication est donc de calmer la douleur, c'est pourquoi vous devez répéter les doses de morphine suivant le besoin qu'en éprouve le malade. Certains auteurs recommandent d'administrer la morphine en suppositoire; mais encore une fois, vous devez préférer la méthode hypodermique. Gravez donc dans votre mémoire et n'oubliez jamais cet axiôme: "*Aux grandes douleurs il faut les grands remèdes.*" Au besoin, vous pourriez aussi employer les inhalations de chloroforme. On recommande encore les lavements de chloral.

Extérieurement, vous pouvez appliquer des sinapismes ou de la glace dans une vessie pour prévenir l'inflammation des conduits à la suite de l'irritation qu'y produit le passage du calcul. Le malade peut aussi sucer des petits morceaux de glace.

Les bains tièdes prolongés et les applications chaudes aux extrémités sont beaucoup recommandés pour ranimer la circulation périphérique.

Dans l'intervalle des attaques, ou comme traitement subséquent, ayez recours aux alcalis. Je vous recommande beaucoup la prescription suivante :

R Bicarbonate de soude.....	ʒss
Liquueur pancréatique de Bengér.....	ʒiiv
Eau.....	ʒiii

Dose: 1 cuill. à dessert 3 heures après les repas. Cependant, vu que la diathèse biliaire est souvent accompagnée de la lithiase rénale et que, par suite de l'action du bicarbonate de soude, il pourrait se former des calculs rénaux d'urate de soude, lesquels sont peu solubles, il est plus sage de recourir alors au phosphate de soude qui est purgatif et diurétique, et qui semble avoir une action spéciale sur les conduits biliaires et rénaux. On recommande aussi l'eau de Vichy, les eaux naturelles alcalines de Carlsbad, Vittel, Bethesda, etc., mais surtout celles de Vichy auxquelles on attribue une action particulière sur les fibres musculaires des conduits. Ce qui le prouve, c'est que les malades qui vont en villégiature à Vichy, ont plusieurs attaques de leur maladie durant les premiers temps qu'ils y passent. Cependant, il est prudent d'éviter les sels de soude, vu que les urates de cette base sont peu solubles; on peut alors employer libéralement les sels de potasse. Le mercure et ses composés peuvent être administrés, vu leur action sédative sur le foie, mais le phosphate de soude y supplée facilement. Je recommande la formule suivante de Bartholow :

R Chlorate de soude.....	40 grains.
Extrait de noix vomique	2½ "
Faites 10 pilules. Dose : Une pilule trois fois par jour.	

En terminant, je dois vous dire que les eaux alcalines n'ont pas la propriété de dissoudre les calculs qui sont formés dans la vésicule biliaire et les conduits, mais il est plus probable que l'action thérapeutique de ces eaux naturelles et médicaments est de réveiller la contractilité des fibres musculaires des canaux biliaires, et par suite de provoquer des mouvements d'expulsion. En vue de dissoudre les calculs, on a recommandé le chloroforme comme dissolvant de la cholestérine. On l'administre à dose de ʒi après chaque repas. Cependant ce succès est bien douteux. On a aussi recommandé dans le même but le peroxyde de fer hydraté pour prévenir la formation de nouveaux calculs. On attribue à ce médicament une action spéciale contre la diathèse elle-même. Mais cette manière de voir n'est pas suffisamment prouvée.

De l'emploi des sédatifs dans la médication infantile ;

par Séverin LACHAPELLE, M.D.,
St-Henri de Montréal.

La plupart des maladies de la première enfance et de la première partie de la deuxième, ainsi que les complications morbides nombreuses auxquelles elles donnent lieu si souvent, sont dues à l'impressionnabilité du système nerveux déjà si développé de l'enfant.

C'est ce raisonnement, basé sur une saine observation clinique, que doit se faire le médecin appelé auprès d'un berceau où souffre une petite victime.

Que le ravage morbide se fasse dans aucune des grandes cavités splanchniques, que ce soit à la tête—où cela se rencontre le plus souvent—que ce soit aux poumons ou aux intestins, toujours la susceptibilité de sensitive du système nerveux fait en sorte que l'agitation de celui-ci masque la maladie principale, quand il ne s'y substitue pas complètement.

Cette vérité établie, qu'il est inutile de démontrer par le raisonnement, que tous les pédiâtres reconnaissent et proclament, est absolument méconnue dans la pratique, et si nous consultons un peu, nous constatons qu'on agit comme si elle n'existait pas du tout.

Pour parler franchement, il faudra cependant avouer que les *patenteurs* de sirops pour les enfants, qui ont recours aux sédatifs les plus puissants dans la fabrication de ces sirops, sont les seuls qui soient convaincus de cette vérité ; et encore, est-ce par conviction ?

Si l'on procurait au système nerveux la sédation qui lui est nécessaire dans la maladie, nul doute que les résultats thérapeutiques seraient beaucoup plus satisfaisants.

Bien loin de là, on a recours, de la manière la plus routinière, à une médication qui est l'opposée de la précédente, c'est la médication substitutive : celle-ci, on la prodigue à tout hasard, sans faire la distinction des cas où elle peut être nuisible, sinon mortelle.

Que d'exemples connus—quel plus grand nombre inconnus !—de conséquences graves, produites par l'intermédiaire du système nerveux, et causées par l'emploi d'un vésicatoire trop violent.

Pas une médication qui nécessite un emploi plus judicieux que la médication substitutive dans la thérapeutique infantile.

Le seul moyen de diminuer la fréquence des accidents des contre-irritants est bien d'en atténuer la violence par les sédatifs. Lorsqu'on est obligé d'avoir recours à une mouche noire—qui ne devra jamais rester en place plus de trois heures—et dont l'épaisseur devra être bien différente de celle appliquée au vieillard, il faut nécessairement employer les sédatifs, si l'on ne veut pas que l'action réflexe de la douleur médicamenteuse ne développe dans un organe plus ou moins éloigné un état morbide plus grave que l'état morbide primitif.

Méconnaître la vérité que nous venons d'exposer, et qui peut être considérée comme un axiôme, est bien la première cause de la pratique d'abstention généralement suivie. Il y en a une autre.

Nul doute que l'organisation infantile constitue un laboratoire vivant, où il faut travailler, entouré des précautions les plus minutieuses, surveillant sans cesse l'action médicamenteuse ; mais la tolérance médica-

moutense de ce premier âge de la vie n'est pas tellement nulle que l'on puisse être justifiable de s'abstenir complètement de tout médicamenteusement puissant. Non.

Et pourtant, c'est bien là une deuxième cause puissante qui peut nous expliquer le fait que nous avons constaté.

L'on ne pense pas assez qu'ici il n'y a aucun danger si l'on tâte prudemment chaque terrain nouveau, si l'on commence par une faible dose du remède, afin de bien connaître cette tolérance, avec laquelle il faut être familier, que le malade soit jeune ou vieux.

Quels sont les sédatifs auxquels on peut avoir recours ?

Les plus usuels sont le parégorique, le laudanum, le chloral.

Les plus recommandés aujourd'hui sont les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium.

Jules Simon recommande ces derniers particulièrement. Nul doute qu'avant l'âge de deux ans il faut en user avec la plus grande discrétion; mais il ne faut pas craindre d'en user quand même.

L'on se base, pour recommander le chloral, sur le fait que celui-ci est un des médicaments dont l'élimination se fait le plus promptement.

25 décembre 1885.

Hydrochlorate de Cocaïne;

par N. SALVAIL, M.D.,

Helena, (Montana), E.-C.

On lit sur tous les journaux de médecine les heureux résultats de l'hydrochlorate de cocaïne dans la pratique de l'ophtalmologie, de la gynécologie, de l'otologie, de la dermatologie, et même dans plusieurs opérations dentaires et chirurgicales. Cet alcaloïde a à mes yeux une grande valeur réelle comme j'ai pu l'observer dans plusieurs cas de ma pratique, mais c'est surtout en injections hypodermiques, comme anesthésique local, que j'ai eu le plus l'occasion de l'apprécier.

Il y a 4 mois environ je l'employai dans un cas de pharyngite aiguë chez une vieille dame très nerveuse; je me servis d'une solution de 4%₁₀₀; ma malade ne ressentit qu'une simple sensation de fraîcheur, sans cessation de la douleur; mais une solution de 10%₁₀₀ étant employée, en deux minutes la douleur avait complètement disparu.

Le deuxième cas était une tonsillite très aiguë chez un jeune homme; encore ici la solution de 4%₁₀₀, libéralement employée, n'eut pas l'effet désirable, mais après l'administration locale d'une solution de 10%₁₀₀, l'effet fut immédiat; j'incisai même l'amygdale sans produire aucune sensation douloureuse. Comme application locale la cocaïne à mon jugement, doit être employée au moins à une solution de 10%₁₀₀; même en injection hypodermique la solution de 10%₁₀₀ est préférable, l'effet étant beaucoup plus prompt et plus complet.

1o *Phimosis*.—J'injecte dans le prépuce 5 minimes d'une solution de 10%₁₀₀; au bout de 10 minutes je renouvelle la dose; insensibilité complète de la partie, sept minutes après la dernière injection; je fais l'opération

sans aucune plainte du malade. Ici j'ai constaté seulement une légère excitation cérébrale, le patient était gai et disposé à causer, pendant que naturellement il est peu parleur.

2o *Extirpation d'une tumeur fibreuse.*—J'injecto dans le tissu cellulaire à l'endroit où se trouve la tumeur sept minimos d'une solution de 10 pour 070. Dans 10 minutes l'effet était complet, je fais l'opération sans tressaillement seul d'un muscle de la part du patient qui me dit n'avoir éprouvé aucune douleur pendant les quinze minutes que dura l'opération. Je remarquai seulement que cinq minutes après l'injection, je vis mon malade pâlir et se plaindre en même temps de nausées suivies de légers vomissements, je soupçonnai la cocaïne d'en être la cause, mais le patient m'avoua qu'il vomissait très facilement. Je crois que la cocaïne est appelé à jouer un grand rôle dans la chirurgie, soit pour les petites opérations où généralement l'on n'ose pas administrer des anesthésiques, ou encore dans des endroits tels que la bouche où l'on n'ose administrer le chloroforme ou l'éther par crainte de la suffocation par l'hémorrhagie.

Accidents toxiques survenus à la suite de l'application d'un emplâtre belladonné ;

par H. E. DESROSTERS, M. D.

Professeur à l'Université Laval (Montréal) Médecin de l'hôpital Notre-Dame.

Le 25 novembre dernier, j'étais appelé en toute hâte auprès de dame U... D..., âgée de 50 ans, que je traitais depuis quelques jours pour des douleurs gastralgiques d'une certaine intensité. J'avais, l'avant-veille, prescrit quinze grains de bicarbonate de soude, à prendre trois fois par jour, et la malade avait très fidèlement pris le médicament tel que prescrit, bien que sans aucun effet apparent. Dans la soirée du 24 novembre, Madame D... étant à faire la veillée chez une amie, vint à parler des douleurs gastralgiques qu'elle éprouvait. L'amie lui conseilla alors l'application d'un emplâtre de belladone, disant s'être bien trouvée elle-même de l'emploi de cet emplâtre en des circonstances semblables. Le conseil fut suivi. En se mettant au lit, vers 11 heures p.m., la malade se fit appliquer, au creux épigastrique, un emplâtre belladonné mesurant 3 pouces sur 3, et s'endormit. Vers 4 heures elle s'éveillait, en proie à un trouble indéfinissable, se plaignant en particulier de céphalalgie frontale, de sécheresse de la bouche et de la gorge, et d'amblyopie assez prononcée. Il y avait du délire avec hallucinations et illusions spectrales, nausées et efforts de vomissements. Ces symptômes allèrent s'accroissant jusqu'à 6 heures, alors que, sérieusement alarmés, les parents se décidèrent à mander du secours. Alors aussi la malade—par instinct, sans doute,—enleva l'emplâtre en question. A mon arrivée, vers 8 heures, la plupart des symptômes alarmants avaient disparu. Il y avait encore plus ou moins de sécheresse de la gorge et de la bouche, de l'état nauséux et de la céphalalgie. La pupille était dilatée et se contractait très peu sous l'influence d'une lumière vive. Le vertige persistait ; l'intelligence était intacte. Pouls 80° ; température 99° Fahr.

Je prescrivis le repos au lit, quelques doses d'une préparation opiacée, une diète liquide et de facile digestion, et je pris congé. J'ai appris, depuis, que tout avait continué d'aller pour le mieux et que les accidents énumérés plus haut ne s'étaient pas manifestés de nouveau.

Le cas qui précède offre un intérêt spécial en raison de la quantité minime de la substance médicamenteuse qui a suffi à produire les accidents toxiques, et de la susceptibilité tout à fait particulière de la malade à l'action de la belladone. Il n'est pas douteux que les symptômes ci-haut décrits aient été causés par l'absorption de la belladone par la surface cutanée, bien que la peau fut parfaitement saine et ne présentât, tant avant qu'après l'application de l'emplâtre, ni rougeur, ni érosion, ni solution de continuité quelconque. L'épiderme était parfaitement intact. L'idiosyncrasie reste donc à peu près seule pour expliquer l'intensité des accidents. Or Madame D., appartient à une famille de *nerveux*, et ses enfants, les seuls membres de cette famille qu'il m'ait été donné d'observer, ont hérité de son tempérament. L'aînée de ses filles m'avait déjà donné un exemple d'idiosyncrasie pour la morphine, une très petite dose de cet alcaloïde, donnée le soir pour des douleurs odontalgiques, ayant, chez elle, déterminé des vomissements incoercibles qui avaient duré toute la nuit.

Ce cas est loin d'être unique dans l'espèce. Les auteurs de toxicologie en rapportent plusieurs, mais dans aucun des cas rapportés, je ne vois qu'il soit fait mention d'un emplâtre d'aussi petites proportions que dans le cas que je viens de relater. Madame D... avait divisé en deux moitiés égales l'emplâtre à elle fourni par son amie, et ne s'était servi que d'une de ces moitiés, ce qui donnait une surface d'absorption de 3 pouces sur 3 seulement.

Traitement de la coqueluche.—Il consiste en badigeonnages au moyen de solutions de cocaïne et de résorcine.

Le badigeonnage se fait au moyen d'un pinceau ordinaire solidement fixé sur un manche, afin de ne pas risquer de tomber dans les voies aériennes. On badigeonne le pharynx, les amygdales, la base de la langue et tout ce que l'on peut atteindre du côté du larynx.

La solution est au vingtième :

Chlorhydrate de cocaïne.....	1 gramme
Eau distillée	20 grammes

Il convient (dit M. le Dr LABRIC) de faire 2 à 4 badigeonnages en 24 heures. Le premier provoque le plus souvent une quinte que ne déterminent pas les suivants. Le nombre de quintes diminue et tombe au tiers ou au quart, les vomissements cessent. La seule contre-indication est l'existence d'une complication thoracique; la cocaïne pourrait alors déterminer trop de sécheresse dans les sécrétions bronchiques et par conséquent leur rétention.

Le Dr MONCORVO, de Rio de Janeiro, fait suivre le badigeonnage cocaïné d'un autre fait avec une solution à un pour cent de résorcine pure dans l'eau distillée. Il pense que le principe infectieux réside d'abord dans les parties supérieures de l'arbre aérien où l'action de la résorcine le fait disparaître. La cocaïne, tout en agissant ainsi, par elle-même, permet à la résorcine d'être mieux tolérée. On réitère ces badigeonnages 3 ou 4 fois par jour.—*Praticien.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Traitement de la goutte.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Le traitement de la goutte comporte deux questions tout à fait distinctes : 1o le traitement de l'accès de goutte, dont je dirai quelques mots en terminant—c'est la chose accessoire, bien que tel ne soit pas l'avis du malade ; 2o le traitement du gouteux pendant la période prémonitoire et dans l'intervalle des accès—seul important et véritablement fructueux.

I. Les règles de l'hygiène générale qui convient aux individus que l'on a de bonnes raisons de croire menacés de la goutte ou que l'on en sait atteints, sont faciles à formuler. Sobriété, régularité dans les heures des repas, régularité dans les heures consacrées au sommeil, voilà les préceptes fondamentaux. Le régime doit être mixte, mais plus végétal qu'animal, ce serait une faute d'imposer un régime exclusivement végétal : on pourrait de ce fait hâter le développement de certaines lésions vasculaires, notamment l'athéromasie.

Parmi les substances animales, il faut laisser de côté le gibier, les crustacés et les poissons de mer. Le café, le thé, les liqueurs ne doivent être autorisés qu'à titre exceptionnel. La boisson la meilleure est l'eau pure : si elle est mal tolérée, on peut permettre les vins blancs ou rouges les plus légers coupés d'eau, ou bien les bières faibles ; les bières riches de Munich, de Nuremberg, le porter anglais sont absolument interdits. Enfin le malade doit se coucher de bonne heure, se lever matin et prendre en plein air un exercice modéré. Voilà à grands traits l'hygiène qui convient aux gouteux et leur fera le plus grand bien si elle est suivie avec persévérance, non pas temporairement, puisque la disposition goutteuse n'est pas temporaire mais dure la vie entière. Elle est d'une incontestable puissance, et son inefficacité est le plus souvent imputable à la négligence des malades. Comme complément de ce traitement hygiénique, je vous recommande une pratique excellente, aussi bien dans la période prémonitoire que dans les périodes intercalaires, et qui offre l'avantage, rare en thérapeutique, d'être bonne pour tous les cas : c'est la cure de petit-lait. Si vos malades sont en état de la faire au printemps et de la répéter en automne, vous les verrez s'améliorer pour un assez long temps.

Il faut reconnaître que chez les individus dont la goutte est acquise, et à plus forte raison chez les gouteux héréditaires, le traitement hygiénique, même scrupuleusement suivi, ne peut pas suffire pour modifier l'économie, corriger l'altération des urines et débarrasser les malades des inconvénients divers qu'ils éprouvent du fait de l'affection qui les menace. Que faire alors ? Y a-t-il quelque chose d'utile à tenter ? Certainement, pourvu que vous y mettiez, le malade et vous, de la persistance.

Ma première prescription—car je ne vous parlerai que de ma pratique personnelle—est la suivante : chaque mois, pendant dix jours au

moins, je fais prendre par jour trois ou quatre verres d'un mélange en parties égales de lait et d'une eau alcaline forte, telle que l'eau des sources froides de Vichy. Cette boisson est toujours digérée, elle agit par le lait et par l'eau, et l'on a la satisfaction de voir survenir l'amélioration qu'on avait en vain demandée à l'hygiène.

Il est encore un autre moyen, également utile, et qui peut s'associer au précédent, si celui-ci ne suffit pas. Je fais prendre méthodiquement, dix ou quinze jours par mois, un sel de lithine, non pas un sel quelconque, quoi qu'on ait écrit à ce sujet, mais la benzoate de lithine, qui agit et par la lithine et par l'acide benzoïque, lequel est transformé dans l'économie en acide hippurique. Je donne, suivant le cas, 0 gr. 60 à 1 gr. par jour, en pilules de 0 gr. 20 à prendre avec la boisson dont je parlais tout à l'heure. Si le malade a de la répugnance pour le mélange d'eau et de lait, qu'il prenne les pilules avec l'eau alcaline pure. La combinaison des séries d'eau lactée et de benzoate de lithine pendant un certain nombre de mois constitue un traitement très efficace dans le présent et qui porte ses fruits dans l'avenir.

Ce qui précède s'applique principalement aux individus qui ne présentent guère que des manifestations de lithiase rénale ; chez ceux que tourmente le catarrhe intestinal à répétition et qui sont un peu disposés à l'embonpoint, il est possible de mieux agir, au début du moins. Je fais prendre tous les matins au réveil, pendant cinq jours de suite, une forte cuillerée à café de sel de Carlsbad dans un demi-verre d'eau, et je renouvelle cette prescription tous les quinze jours. Il faut avertir le malade qu'il doit observer lui-même ses garde-robes, afin que vous puissiez augmenter ou diminuer la dose suivant l'effet produit—effet purement laxatif qu'un autre sel de ce genre ne produirait que difficilement. Donnez un purgatif quelconque pendant cinq jours de suite et supposez qu'il ait une action assez marquée,—par exemple trois évacuations chaque jour,—mais vous serez très embarrassé le troisième jour, car l'urine deviendra chargée et rare avec un caractère uratique d'autant plus prononcé que l'action sur l'intestin sera plus forte, inconvénient capital que vous évitez avec le sel de Carlsbad : son action sur l'intestin est minimum et l'urine devient plus abondante et moins chargée. Après quelques séries de ce sel, arrivez à la lithine.

On pourrait croire que les inhalations d'oxygène doivent donner des résultats excellents. Il n'en est rien ; je n'ai pas vu une seule fois l'oxygène à la dose ordinaire de 30 litres par jour abaisser la portion des urates contenus dans l'urine. Il a même été administré à la dose de 56 litres par jour sans amener la moindre modification, ce qui, pour le dire en passant, tendrait à prouver que l'excès d'acide urique ne résulte pas seulement d'une insuffisance de combustion. Dans le même ordre d'idées, on a essayé, sans plus de succès, le permanganate et le chlorate de potasse à hautes doses.

J'arrive maintenant à un groupe thérapeutique qui a une place importante dans la goutte, je veux parler des eaux minérales. Elles sont nombreuses et je n'ai pas l'intention de les passer en revue ; je me bornerai à vous indiquer celles que j'emploie et dans quels cas—autant du moins que des cas individuels peuvent être précisés par une description.

Les gouteux de goutte franche, présentant les attributs d'une constitution robuste et n'ayant aucune lésion cardiaque, si faible que vous

la supposiez. retiennent de grands avantages d'une cure à Vichy ou à Carlsbad. Vous entendrez dire qu'on peut les envoyer indifféremment à l'une ou à l'autre de ces stations, que Carlsbad est le Vichy de l'Allemagne, et Vichy le Carlsbad de la France, cette assimilation est une erreur grossière. il n'y a aucune parité entre les deux eaux, celles de Carlsbad diffèrent de Vichy par une quantité active de chlorure de sodium et de sulfate de soude, et par conséquent elles exercent sur l'intestin une action que ne possèdent pas les autres. En raison de cette action, elles exigent une force organique plus intacte, mais aussi leurs effets sont plus marqués, c'est pourquoi elles conviennent aux individus vigoureux. à goutte sthénique, sans lésion viscérale. Le chlorure de sodium augmente la proportion d'urée, et le sulfate de soude diminue celle d'acide urique.

Lorsqu'avec l'intégrité de l'organisme vous constatez un certain degré d'embonpoint précoce, conseillez Carlsbad et surtout Marienbad, dont les eaux, grâce à une quantité plus élevée de sulfate de soude, améliorent l'état abdominal, tout en agissant d'une façon favorable au point de vue de la dyscrasie urique. Mais si vos malades, bien que leur constitution et leur état cardio-artériel soient satisfaisants, sont fatigués par une cure aussi énergique, vous pouvez les envoyer à Vichy; les goutteux à pléthore abdominale n'y trouveraient aucun profit.

Il arrive souvent que le goutteux n'a pas un organisme tellement bon qu'il vous laisse votre liberté d'action, et cependant il faut lui indiquer une cure thermale. Si le système cardio-artériel conserve son intégrité, vous pouvez conseiller Ems ou Royat. Ces eaux conviennent très bien aux individus qui ne sont pas dans de bonnes conditions, sans être toutefois parvenus à ce degré d'atonie qui résulte de la goutte ancienne ou des lésions viscérales. Elles modifient favorablement les manifestations respiratoires, mais elles restent sans action sur les manifestations abdominales si fréquentes et si pénibles.

Dans ce groupe d'eaux moins énergiques, il faut ranger Wiesbaden, et au dernier rang, parce que les eaux sont froides, Kissingen et Homburg. Elles s'adressent surtout aux désordres articulaires que les attaques laissent après elles.

Beaucoup de malades ne présentent en dehors de leurs accès que les inconvénients de la lithiase rénale sans coliques néphrétiques. C'est à eux que conviennent certaines eaux que je vais nommer par ordre alphabétique, car il est difficile d'indiquer les différences de leurs actions: Contrexéville, Evian, Martigny (Vosges) et Vittel. Y a-t-il quelque raison de préférer l'une à l'autre? Ces eaux sont froides, lourdes, et difficiles à digérer; par conséquent, il faut choisir celles dont la digestion est le moins pénible, Vittel et Martigny.

Enfin, ne pouvons-nous rien, en fait de cure thermale, pour les goutteux anciens, affaiblis et déjà sur la voie de la cachexie? Si, mon expérience personnelle me donne le droit de l'affirmer, c'est à eux que conviennent les eaux de Ragatz qui n'agissent que par leur thermalité et par leurs propriétés électriques. Faites-les prendre en boisson à la température de la source, à la dose de 4 ou 5 verres par jour; vous obtiendrez une véritable lixiviation des tissus, sans affaiblir le malade, et les accidents dyspeptiques seront corrigés.

II. Le meilleur traitement de l'attaque se réduit à peu de chose: le repos, des applications d'huiles narcotiques pour faire plaisir au patient.

car leur action est nulle, l'enveloppement de la jointure avec de la onate.

Si l'attaque est fébrile, ordonnez la diète absolue avec des boissons délayantes ; il faut laisser la combustion fébrile détruire tout ce qu'elle pourra.

Si l'attaque est apyretique, alimentez légèrement au moyen de lait ou de liquides. Préoccupez-vous de la liberté des selles, mais ne donnez pas de purgatifs.

Enfin, prêchez votre malade, dites-lui que ces accès le débarrasseront pour longtemps des inconvénients qu'il éprouvait, et qu'il serait dangereux de les couper. Cependant, vous pouvez le soulager un peu, sans courir le risque de lui nuire, mais non dans les trois premiers jours. Si la fièvre est trop forte, administrez du sulfate de quinine qui diminue la formation de l'acide urique. Si la douleur est trop vive, donnez du salicylate de soude à petite dose, je veux dire 3 gram., tant que l'attaque ne dépasse pas la durée normale, je ne sais pas autre chose. Si les attaques étaient subintrantes, ou bien après 14 jours, qui représentent le maximum de la durée moyenne d'une attaque régulière, si le malade souffrait beaucoup, je me croirais autorisé à donner le colchique, mais dans ce cas seulement, et je le donnerais à petite dose, pendant 2 ou 3 jours de suite, c'est la seule indication de ce médicament dans la maladie qui nous occupe.

On observe quelquefois la condition pathologique suivante chez les goutteux : ils ont régulièrement, pendant un certain nombre d'années, une attaque au printemps, puis, une année, ils n'éprouvent rien et continuent à se porter assez bien ; l'année suivante, ils n'ont pas non plus d'attaque, mais vous voyez survenir des accidents auxquels le malade n'étant pas sujet. Dans ce cas, il est indiqué d'agir sur la jointure qui était le siège habituel de l'attaque par des révulsifs répétés, dans le but de faire une sorte d'appel pour rétablir les accès articulaires dont l'absence a coïncidé avec l'apparition des phénomènes viscéraux.—*Praticien.*

Le surmenage dans la genèse des accidents rhumatoïdes.—M. Albert Robin, suppléant de M. le professeur Jaccoud, a fait, dans le courant de l'été dernier, une intéressante leçon sur ce sujet à l'hôpital de la Pitié.

Déjà, éminents observateurs, parmi lesquels il faut citer Trousseau, Monneret, Gubler, avaient déjà mis en pleine évidence que les déterminations articulaires du rhumatisme se produisent principalement sur les jointures les plus fatiguées. M. Peter est venu montrer ensuite, dans une de ses brillantes leçons, que *l'usure et la fatigue* constituent pour les articulations, comme pour les séreuses, une imminence morbide de premier ordre.

Dans un cas fort curieux et très édifiant qui s'est présenté à l'observation de M. Robin, il y a eu ici de vraiment spécial, que le surmenage a été, à lui seul, le créateur de l'état rhumatismal, sans le secours du froid ni de la *diathèse*.

Il était question d'une jeune et forte fille originaire de la Bourgogne, chez laquelle les renseignements anamnétiques ne démontaient absolument pas la tare rhumatismale héréditaire ni des manifestations arthritiques antérieures.

Elle était entrée en service, à Paris, chez un marchand de vins trait-

teur, en qualité de *bonne à tout faire*, dans la plus vaste acception du terme. De cinq heures du matin jusqu'à minuit, et plus encore, les occupations multiples qu'on lui imposait exigeaient une activité incessante, des montées et des descentes sans trêve, un va-et-vient continu. La nourriture qu'elle recevait était de qualité douteuse et encore parcimonieusement mesurée..... insuffisante, à coup sûr, pour réparer les pertes que provoquaient un genre de vie aussi pénible, des labours aussi durs.

L'influence étiologique du surmenage apparaît dans la pleine évidence génésique, dans les manifestations pseudo rhumatismales qu'elle a offertes, car de même que l'hérédité et les maladies antérieures ne pouvaient intervenir comme causes prédisposantes, de même le froid et l'humidité ne pouvaient être invoqués davantage comme causes efficientes. En effet, la chambre à coucher où cette malheureuse allait, brisée de fatigue, goûter quelques heures d'un repos insuffisant, avait ce seul avantage d'être bien aérée et exempte d'humidité.

Ce furent les genoux qui, chez cette infortunée, furent particulièrement le siège des accidents morbides.

Ils avaient été pris d'un gonflement prononcé, avec fluctuation manifeste, indice d'un épanchement considérable dans ces deux vastes articles. L'articulation tibio-tarsienne gauche offrait, à un moindre degré pourtant, un aspect analogue. Mais ce qu'il y avait de particulièrement distinct entre cette fluxion articulaire et celle du véritable rhumatisme, c'était le peu de douleur que celle-là offrait à la pression.

On pouvait malaxer les parties entreprises, mouvoir les membres inférieurs, sans provoquer des souffrances notables.

L'état général ne laissait que partiellement à désirer: la malade éprouvait de la lassitude, un peu de céphalalgie, une légère et constante accélération du pouls et un peu de réaction au soir.

Toutefois le cœur paraissait en même temps légèrement touché. Il y avait un peu de frottement à la base, dénotant une péricardite sèche; de plus, un prolongement du premier bruit à la pointe du cœur, signe d'une minime endocardite déterminant un peu d'insuffisance. Il semblait assez probable que cette complication cardiaque se fût développée conjointement aux fluxions articulaires.

Une autre particularité sur laquelle M. Robin a attiré l'attention, c'est que chez cette malade, le salicylate de soude a été de nul secours; donné pendant 3 jours consécutifs, à la dose quotidienne de 4 gram., il n'a eu d'autre résultat, au contraire, que d'élever la température somatique.

Néanmoins, grâce au repos et à un régime alimentaire approprié à ses besoins, la malade pouvait quitter l'hôpital, libre de fluxions articulaires et de manifestations du côté de l'organe central, après un séjour d'environ trois semaines.

Des accidents similaires, où le surmenage intervient exclusivement comme cause d'accidents fluxionnaires rhumatoïdes, ne sont point rares en médecine vétérinaire. On constate des arthrites et des endopéricardites chez des poulains dont on exige un travail égal à celui d'un cheval fait. On en voit aussi chez des jeunes taureaux que l'on soumet avec trop de précocité, non pas au surmenage musculo-articulaire, mais au surmenage génital.

Dans l'espèce humaine, il n'est pas rare d'observer ce genre de mani

festations rhumatoïdes dans différentes catégories de travailleurs, fonctionnaires astreints à des marches forcées et pénibles... Parfois nos malheureux facteurs ruraux en savent quelque chose.

L'action nocive du surmenage sur le cœur, la part active et exclusive qu'il prend dans la genèse des cardiopathies et notamment de cette variété d'endocardite que l'on appelle ulcéreuse ou végétante, a été particulièrement mise en lumière par les médecins anglais et américains. C'est ce qui ressort à l'évidence des nombreuses observations faites lors des guerres de sécession. On a vu de semblables accidents, relevant de la même cause, à la guerre franco-allemande. D'autres médecins ont été frappés du rapport existant entre les fatigues exagérées et les maladies du cœur, dans la classe ouvrière.

M. Robin pense que l'on ne trouve encore qu'une insuffisante explication de ces attaques de pseudo-rhumatisme. Quand on dit avec Frérichs, qu'il y a, d'une part, un vice dans les échanges généraux, d'autre part, une altération locale de la nutrition articulaire, créant un lieu de moindre résistance dans les articules surmenés, on donne bien, sans doute, une idée générale du processus, mais on ne l'éclaire pas assez dans tous ses détails.

Après cette analyse à laquelle nous venons de nous livrer, et par laquelle nous nous sommes efforcés de mettre en évidence la part que prend le surmenage dans les lésions des articulations surmenées et dans celles du cœur simultanément surmené aussi, qu'il nous soit permis d'attirer l'attention du lecteur sur le surmenage du cerveau et sur ces fluxions encéphaliques qui en dérivent, que l'on qualifie trop facilement de céphalalgie de croissance, sans assez y prendre garde.

Si c'est au repos corporel que l'on doit principalement demander la guérison des désordres engendrés par des exercices trop rudes et trop prolongés, c'est aussi du repos intellectuel, aidé des conditions hygiéniques appropriées, que l'on devra attendre la cessation de ces céphalées et l'éloignement de maladies à pronostics graves dont elles sont souvent l'avant-coureur.—Dr N. DROIXHE, in *Scalpel*.

Traitement de l'attaque d'hystérie.—Communication de M. le Dr. Albert REAULT à la *Société clinique* de Paris.—J'ai très souvent réussi à arrêter l'attaque hystérique par un moyen très simple, qui consiste à exercer une compression sur un tronc nerveux superficiel, surtout à son point d'émergence des parties profondes. Il est nécessaire que cette compression soit assez énergique, dure un certain temps et soit exercée sur un point limité; aussi convient-il d'agir sur un nerf aisément accessible, malgré les mouvements convulsifs qui peuvent agiter la malade. Le nerf sus-orbitaire se prête aisément à cette manœuvre, grâce à sa situation superficielle entre une surface osseuse et les téguments de la région sourcilière; aussi ai-je vite renoncé à essayer la compression des autres nerfs, même celle du cubital en arrière de l'épitrôchlée. Je fais toujours la compression bilatérale des nerfs sus-orbitaires, ce qui est extrêmement facile, si l'on a soin de saisir énergiquement la tête avec les deux mains, les paumes des mains embrassant exactement les régions latérales du crâne, tandis qu'on applique l'extrémité de la pulpe des pouces environ à l'union du tiers interne et du tiers moyen du sourcil, sur l'échancre sus-orbitaire qu'on arrive aisément à sentir sur la plupart des sujets. Lorsqu'alors on

exerce une pression graduellement croissante, voici ce qu'on observe dans un grand nombre de cas :

Quand la pression est suffisamment énergique, la malade commence à contracter les muscles de la face qui prend une expression douloureuse ; elle pousse même quelquefois de légers cris, et, comme une sorte de hoquet, elle fait successivement deux, trois ou quatre inspirations successives très courtes. Le thorax se fixe pendant quelques instants en inspiration, en même temps que les muscles postérieurs du tronc et du cou se contractent, de façon à produire l'extension forcée et quelquefois même une légère incurvation de la colonne vertébrale ; puis la malade fait une longue expiration, tous les muscles entrent en résolution et l'attaque est terminée. Souvent la malade se frotte les yeux, et revient à elle assez rapidement. A peine la région sourcilière demeure-t-elle douloureuse quelques instants, si l'on a soin de cesser la compression au moment précis où se produit la longue inspiration qui caractérise d'ordinaire la fin de l'attaque. Il n'en est pas de même si la compression est continuée plus tard ; les malades poussent alors des cris de douleur et cherchent à écarter les mains de l'opérateur. Il arrive très souvent qu'après un temps variable de calme, une nouvelle attaque se produit ; il faut alors recommencer la même manœuvre, et ainsi quelquefois à plusieurs reprises, pour obtenir le calme définitif. Si, après avoir cessé la compression avec la fin de l'attaque, on laisse passer quelques minutes de calme et qu'on recommence à exercer la même compression, il est rare qu'on reproduise l'attaque ; et si l'on y arrive, c'est presque toujours après plusieurs tentatives, et plutôt par l'agacement et la mauvaise humeur qu'on provoque chez la malade par cette manœuvre douloureuse, que par cette manœuvre elle-même.

J'ai réussi, de cette façon, à arrêter des attaques d'hystérie d'intensité variable, et cela d'autant plus aisément que j'agissais plus près du début. J'ai pu notamment arrêter une attaque de dyspnée hystérique tellement intense, que l'asphyxie semblait imminente. Chez la même malade, j'ai arrêté également une attaque de délire avec hallucinations. Je n'ai pas eu l'occasion d'opérer sur des hystéro-épileptiques en état de mal. Tous mes essais ont porté sur des malades de la ville et des hôpitaux, isolés, ce qui, en pareille matière, n'est pas indifférent. Depuis environ quatre ans, je n'ai jamais négligé d'essayer ce moyen toutes les fois que j'en ai trouvé l'occasion. Je ne cite aucune observation à l'appui de cette note, ce serait l'allonger inutilement. Les faits sont de vérification facile, et il suffit de suivre exactement le manuel opératoire très simple que j'ai indiqué plus haut, pour être bientôt fixé sur sa valeur. Bien que ce procédé ne donne pas de résultats dans tous les cas, il m'a semblé réussir assez souvent et être d'une application assez aisée et assez inoffensive d'ailleurs, pour constituer un appoint utile au traitement de l'attaque d'hystérie.—*Courrier médical.*

Le professeur BARTHOLOW recommande le sirop d'iodure de fer et de mangarèse, contre les diverses cachexies ainsi que dans les cas de suppuration prolongée, dans le but de prévenir la dégénérescence amyloïde des organes internes.—*Coll. and Clin. Record.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Epithélioma de la langue.—**Pustule maligne.**—Clinique de M. le professeur VERNEUIL à l'hôpital de la Pitié.

I. J'ai opéré l'autre jour, pour un épithélioma de la langue, un de nos pauvres malades qui, depuis lors, a succombé, et, je puis le dire, je ne l'ai fait qu'avec une certaine répugnance; mais cet homme souffrait tellement qu'après m'être tout d'abord refusé à intervenir chirurgicalement, j'ai cependant fini par céder.

L'opération était considérable. Il s'agissait, en effet, d'enlever plus de la moitié de la langue, d'aller couper tout près des insertions avec l'os hyoïde.

De plus, les adhérences que le néoplasme avait contractées avec la mâchoire inférieure m'ont forcé de pratiquer la résection de l'os maxillaire, afin de prévenir, autant qu'il est possible, une récurrence, à peu près constante lorsque la tumeur adhère au tissu osseux.

J'ajouterai enfin que la langue était tuméfiée et que nous avons constaté l'existence d'un engorgement des ganglions sous-maxillaires et de quelques-uns des ganglions carotidiens.

Voici, d'ailleurs, en raison même de l'état des parties malades et du voisinage, comment nous avons été forcé de procéder dans cette longue opération :

Dans un premier temps, nous avons fait une incision externe, nous avons placé deux fils à ligature sur l'artère faciale et nous avons coupé cette artère. Nous avons procédé ensuite à la mise à nu de la face externe de l'os maxillaire. Dans le second temps, nous avons ré-équaré la mâchoire. Dans le troisième temps, nous avons lié l'artère linguale et enlevé les ganglions malades. Enfin le quatrième temps a consisté dans l'ablation de la langue.

Le premier et le second temps de l'opération ont été d'une exécution assez facile et se sont bien passés. L'extirpation des ganglions sous-maxillaires s'est faite assez facilement aussi. Mais il n'en a pas été de même des ganglions carotidiens dont l'ablation a été beaucoup plus laborieuse. Nous avons été forcés de placer deux ligatures sur la veine jugulaire interne et de la couper sur une longueur de 3 à 4 centimètres à cause des adhérences que plusieurs ganglions avaient contractées avec ses parois.

Enfin, je procédais à l'ablation de la langue en la détachant dans le voisinage de ses insertions et j'allais la diviser avec le thermo-cautère, lorsqu'une des ligatures de la veine jugulaire s'est détachée (sans que je puisse m'expliquer comment), et un flot de sang est venu inonder le champ opératoire. Nous avons immédiatement tamponné et placé en divers sens des pinces à forceps.

Puis nous avons lié de nouveau et successivement les deux bouts du vaisseau : d'abord le bout cardiaque, ensuite l'autre bout qui donnait aussi du sang par le plexus pharyngien. Enfin, après des tentatives multiples pour arrêter l'hémorragie, nous avons laissé trois pinces à forceps dans la plaie.

Mais la perte de sang avait été assez considérable pour affaiblir, d'une façon dangereuse, notre opéré, qui était déjà très anémié, qui

avait déjà perdu depuis un certain temps la plus grande partie de ses forces, et par la maladie et par une nourriture insuffisante. Bref il a succombé hier dans la soirée.

Cette opération que j'ai ainsi tentée dans les plus mauvaises conditions, un de mes collègues s'était refusé à la pratiquer. Peut-être aurais-je dû l'imiter et ne pas la faire non plus, sachant surtout que des vaisseaux envahis par les ganglions allaient nécessiter de procéder à leur dénnation. Mais, d'autre part, cet homme souffrait tellement que j'ai fini par céder à ses supplications.

Aujourd'hui, pour une affection de même nature et siégeant sur le même organe,—un épithélioma de la langue,—nous aurons à pratiquer une opération en apparence plus grave, mais en réalité plus bénigne.

II. Je tiens vivement à appeler votre attention, en quelques mots seulement, sur la pustule maligne et son traitement, à propos d'un malade de notre salle des hommes.

La pustule maligne est une affection apyrétique, et lorsque, dans certains cas, elle s'accompagne de phénomènes fébriles, c'est que la maladie se complique de lymphangite, c'est-à-dire d'un élément morbide de plus.

D'ailleurs les habitudes du malade, en pareil cas, ont une influence véritable sur le pronostic de la pustule maligne. C'est ainsi que, chez les garçons d'abattoir, comme celui que nous traitons en ce moment, individus robustes et souvent alcooliques, on voit la pustule maligne se compliquer de fièvre, de lymphangite et de sphacèle, phénomènes entièrement dus à l'alcoolisme. Le malade est donc alors sous l'influence d'une double intoxication : celle du charbon et celle de l'alcool.

Quant au traitement, voici en quoi il consiste : en un traitement destructeur, en un traitement révulsif et en un traitement désinfectant, c'est-à-dire l'ablation de la pustule avec le thermo cautère, et des pointes de feu tout autour ; des injections de teinture d'iode au centième dans les parties œdématisées ; une atmosphère phéniquée continue comme désinfectant.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des ulcères variqueux par les incisions libératrices.

—Pour obtenir la guérison de ces ulcères, un Anglais, M. Gay, avait imaginé il y a quelque trente ans, de pratiquer à un centimètre de l'un des bords de la plaie une incision de même étendue que cette plaie. Quelquefois il la faisait porter sur les deux côtés des bords de l'ulcère, mais toujours dans la direction de l'axe de la jambe, de telle sorte que les deux incisions n'arrivaient jamais au contact à leurs extrémités.

Le professeur Dolbeau modifia, quelques années plus tard, cette manière de faire, en ce sens qu'il incisait les téguments à deux centimètres au moins des bords de la plaie, et que son incision s'étendait à tout le pourtour.

Les chirurgiens agissent indifféremment aujourd'hui de l'une ou de l'autre façon ; mais les deux procédés donnent, au dire de M. le Dr P. CHEVALIER, les meilleurs résultats.

L'incision se pratique, selon la profondeur de l'ulcère, ou selon le nombre de ces mêmes ulcères sur un seul membre, de un à trois centimètres des bords ; elle doit intéresser toute l'épaisseur du derme, rien de plus. Dès le second jour après l'opération, les lèvres de l'incision s'écartent considérablement l'une de l'autre, les bourgeons charnus se

développent très rapidement, dans la plupart des cas, et sur la surface de l'ulcère qui s'est rétrécie, et dans le sillon creusé par l'incision.

Mais, pour assurer le succès de ce procédé, il importe de donner au membre la position qui convient le mieux à la circulation, c'est-à-dire la position horizontale. Un pansement antiseptique, appliqué dès le premier jour, sera renouvelé ensuite de deux en deux jours.

De vastes ulcères ont été guéris de cette façon dans un espace moyen de quatre jours. — *Thèse de Paris et Bullet. de thérap.*

Du traitement des ulcères perforants du pied. — Ces ulcérations se manifestent, on le sait, dans l'ataxie locomotrice, la sclérose, le tabes ou sous l'influence des causes qui provoquent les troubles trophiques du système nerveux. L'auteur, M. TREVES, recommande de les traiter de la manière suivante : la plante du pied est recouverte en permanence de cataplasmes, pour amollir l'épiderme induré et faciliter l'action du bistouri, avec lequel on doit quotidiennement enlever une partie de cet épiderme. — Quand la surface de l'ulcération est détergée, on la panse avec un mélange de glycérine et d'acide salicylique, ayant une consistance crémeuse, auquel on ajoute une petite quantité d'acide phénique.

Ces applications occasionnent une douleur modérée, et le malade les renouvelle jusqu'à ce que les surfaces malades aient l'aspect d'une plaie récente. Les deux cas où M. Treves a fait usage de ce traitement se terminèrent par une complète guérison. — *Louvet.*

Du cathétérisme rétrograde. — Quand nous avons parlé de l'uréthrotomie externe dans le traitement des rétrécissements infranchissables du canal de l'urèthre, nous avons dit qu'il est des cas où la découverte du bout postérieur est très difficile. Bien plus, il en est où il est arrivé aux opérateurs les plus habiles de ne pouvoir le retrouver après de très longues recherches. On est amené à pratiquer l'uréthrotomie externe sans conducteur, le plus souvent pour des cas de rétrécissement consécutif à une rupture traumatique de l'urèthre. Quelquefois, quand la rupture du canal n'a point été complète, on peut, par la dissection, retrouver une portion de la paroi supérieure du conduit, et cette languette qui relie les deux bouts du canal est un guide assuré. Mais souvent aussi on se trouve en présence d'un périnée induré, parcouru par des fistules multiples, et dont tous les plans sont confondus en un tissu lardacé. Alors il est très difficile de trouver le bout postérieur. Dans un cas de ce genre que rapporte M. DUPLAY, il ne put, après une heure et demie de recherche, trouver l'orifice, et il laissa son opération inachevée ; puis dans une seconde séance il pratiqua le cathétérisme rétrograde. Il y a déjà longtemps que les chirurgiens ont songé à utiliser cette méthode qui consiste à passer dans le canal une sonde introduite d'arrière en avant par l'orifice vésical de l'urèthre. Les premiers qui usèrent de ce procédé profitèrent de la présence d'une fistule vésicale hypogastrique, fistule créée quelquefois par l'usage d'un trocart employé pour vider la vessie dans des cas de rétention complète de l'urine. C'est ainsi que procéda Verguin (de Toulon), en 1757, et d'autres le firent après lui. Mais, quand il n'y a point de fistule hypogastrique, ce qui arriva dans les cas de Duplay en 1883, il faut, par une opération préalable, ouvrir la vessie pour se frayer une voie vers le col.

Sédillot, en 1856, posa nettement cette indication, mais jamais il ne la mit en pratique. Le 9 novembre 1882, M. Duplay, pour la première fois, ayant ouvert l'urèthre antérieur et recherché inutilement pendant un quart d'heure le bout postérieur du canal, se décida, séance tenante, à employer le procédé de Sédillot.

Voici comment le savant professeur rapporte le fait : " Immédiatement au-dessus du pubis, je pratique avec le thermo-cautère une incision transversale de 5 centimètres. Après avoir divisé la peau, le tissu cellulaire, les muscles, j'arrive sur le tissu celluloso-adipeux lâche qui entoure la vessie. J'éprouve alors une certaine difficulté à saisir cet organe que je n'ai pu naturellement distendre au préalable et qui ne renferme qu'une faible quantité de liquide. Je parviens à accrocher la paroi antérieure de la vessie avec un crochet aigu ; j'amène entre les lèvres de l'incision, puis je pratique, avec le bistouri, une ponction juste suffisante pour me permettre d'y introduire une sonde d'argent ordinaire : dirigeant le bec vers le col vésical, la cavité embrassant la face postérieure du pubis, je l'engage sans difficulté dans l'orifice uréthro-vésical et je le fais saillir dans la plaie périnéale. " Cette citation contient à elle seule le manuel opératoire, et nous n'avons à y ajouter que quelques détails.

On pourra, avec avantage, se servir, pour repousser la vessie en avant, du ballon de Petersen. On ne peut remplir la vessie de liquide, mais souvent, elle sera distendue par la rétention d'urine ; toutefois, dans le cas de M. Duplay, elle était presque vide. L'incision cutanée, comme on l'a vu, n'a pas besoin d'être aussi considérable que lorsque l'on pratique la taille suspubienne, pour extraire un calcul, et l'ouverture vésicale n'a besoin d'être grande que juste assez pour le passage du doigt ou d'une sonde. L'impossibilité où l'on est de vider au préalable la vessie et de la remplir avec un liquide antiseptique, expose au danger de l'infiltration au niveau de la plaie ; aussi Pean conseille, une fois la vessie découverte, de ponctionner au moyen d'un trocart aspirateur avant de faire l'incision. Une fois la vessie ouverte, il est facile d'aller avec une sonde à grande courbure, et en suivant la ligne médiane, pénétrer dans l'orifice uréthral ; le doigt peut aussi, avec avantage et sans danger, servir de conducteur à la sonde. Pour placer ensuite une sonde à demeure dans toute la longueur de l'urèthre, on n'a qu'à l'introduire par le méat antérieur et, quand on est au niveau de la plaie périnéale, on attache cette sonde de gomme molle au moyen d'un bon fil ciré au bec de la sonde métallique introduite par la voie vésicale, puis on retire doucement celle-là par la vessie et on fait ressortir par la plaie hypogastrique les fils d'attache qui serviront ultérieurement au renouvellement des sondes. Il s'agit, en effet, d'obtenir le rétablissement du canal de l'urèthre normal, et voici comment les choses marchèrent dans le cas de M. Duplay. Au bout de huit jours et ainsi de suite durant six semaines, on changea les sondes, tandis que la plaie périnéale se fermait. On put ensuite pacer les sondes directement par le méat urinaire, et peu à peu, la fistule hypogastrique et la plaie périnéale se fermèrent. Dans la suite, on entretenait le calibre de l'urèthre, en passant tous les trois ou quatre jours, des sondes Béniquei.

Dans ces derniers temps, un chirurgien de Nancy, le Dr Rohmer, a pratiqué le cathétérisme rétrograde dans un cas d'hypertrophie de la prostate. Le malade, âgé de soixante-huit ans, entré à l'hôpital pour

une rétention d'urine absolue, était sondé tous les jours, lorsqu'un jour, le passage de l'instrument était devenu absolument impossible, on eu fut réduit à la ponction hypogastrique. Cette opération fut répétée nombre de fois sans qu'on pût davantage passer par les voies naturelles. Comme l'état général devenait très mauvais, le Dr Rohmer pratiqua la cystotomie sus-puicienne suivie du cathétérisme rétrograde, puis plaça une sonde à demeure qui ne resta que quarante huit heures. Dans la suite, le cathétérisme droit fut très facile. Nous sommes loin de conseiller cette façon d'agir dans tous les cas de dy-urie prostatique, elle ne peut s'appliquer qu'à des faits tout à fait exceptionnels, d'autant plus que ces rétentions subites et ces difficultés de cathétérisme sont dues le plus souvent à des poussées congestives que d'autres moyens peuvent arrêter. Cependant, quand il y a des fausses routes récentes, le cathétérisme rétrograde peut être utile aux prostatiques, en permettant un canal de se cicatriser facilement.—Dr BARRETTE, in *Concours médical*.

Des fractures du cubitus par cause indirecte et de la fracture du radius par torsion, par le Dr F. BROSSARD.—La fracture du cubitus par cause indirecte a peine mentionnée par quelques auteurs est une lésion traumatique de l'enfance et de l'adolescence.

La constitution des os à ces périodes de la vie et le rapport de résistance entre le tissu osseux et les ligaments articulaires en expliquent la raison.

L'observation clinique, jointe à l'expérience cadavérique, démontre que cette solution de continuité peut se rattacher à deux causes : le choc vertical ou la torsion.

Elle résulte :

1^o Du choc vertical, quand dans l'adduction générale du membre, l'inclinaison cubitale de la main fait du cubitus l'agent de transmission au carpe des pressions qu'il reçoit ;

2^o De la torsion, lorsque par une supination exagérée, les faces postérieures des deux os de l'avant-bras se rencontrant, leur contact tend à fléchir le cubitus d'avant en arrière.

Le siège et la forme de la fracture varient suivant ces deux mécanismes et aussi d'une façon très notable, suivant l'âge des sujets intéressés, comme le montrent du reste nos expériences.

L'absence de déformation du membre et de mobilité des fragments exposant à confondre ces fractures avec des contusions osseuses, l'erreur sera évitée par l'étude attentive de la cause productrice, par l'importance que l'on attachera au gonflement limité et à la douleur dont aucune autre cause n'expliquera la fixité de siège.

Cette lésion méconnue peut être le point de départ d'accidents inflammatoires graves, il importe donc de la reconnaître et de la soumettre à l'immobilisation qui, la plupart du temps, sera suffisante pour amener la guérison.

La torsion dans la pronation détermine sur le radius une fracture que nous n'avons pas trouvée décrite ; elle se traduit par une fêlure dont le trait peut revêtir une forme hélicoïde. Cette fêlure s'accompagne souvent de fracture transversale incomplète et quelquefois de décollement de l'épiphyse inférieure.—*Journ. de méd. de Bordeaux*.

Les prostatiques, par le prof. GUYON.—On connaît la tendance toute particulière aux congestions que présentent la plupart des prostatiques. La congestion est, chez eux, la caractéristique physiologique. C'est elle qui domine la symptomatologie, qui prépare les complications et qui souvent donne le signal de leur apparition.

Il est donc nécessaire de combattre de bonne heure cet élément congestif; dans ce but, deux ordres de moyens peuvent être mis en œuvre : des moyens chirurgicaux et des moyens hygiéniques et médicaux. Les premiers ne réussissent qu'à la condition de ne pas omettre les seconds, et comme ceux-ci restent sensiblement les mêmes aux diverses périodes de la maladie, nous croyons utile de les faire connaître. Voici ce traitement, tel que le formule M. Guyon.

1o Eviter toutes les causes de *refroidissement général ou local*,

2o Proscrire d'une façon absolue les *écarts de régime* (dîners copieux et prolongés, excès alcooliques), tout en s'attachant à réprimer l'*abus* plutôt que le simple *usage* des mets et des boissons nuisibles (salaisons, viandes, faisandées, crustacés, poisson de mer, asperges, bière, vins blancs, champagne).

Ce n'est pas seulement l'excès des boissons excitantes ou alcooliques que doivent éviter les prostatiques, c'est même l'excès des boissons les plus inoffensives par elles-mêmes; c'est pour ce motif qu'il ne faut conseiller qu'avec la plus grande circonspection le traitement hydro-minéral :

3o Eviter la *retenue volontaire et prolongée* de l'urine dans la vessie; en résistant au besoin d'uriner, les prostatiques s'exposent à de véritables accidents (rétention, cystite, etc.);

4o N'user que très modérément du coït, et en observant le vieux précepte : *Non morari in coïtu*;

5o Tenir compte de la funeste influence qu'exercent sur les symptômes fonctionnels de la maladie, la *nuît*, le *decubitus horizontal* et l'*immobilisation prolongée*; la *nuît*, éviter le séjour prolongé au lit; avant de se coucher, les malades, lorsqu'ils n'auront pu sortir, feront très utilement une promenade d'un quart d'heure à vingt minutes dans leur appartement. Se conduire de même le matin, au lever.

Le *jour*, ne pas contracter d'habitudes sédentaires, mais ne pas prolonger les promenades jusqu'à la fatigue; éviter l'équitation et les grands voyages en chemin de fer. Combattre la constipation sans jamais faire usage de drastiques; un grand lavement froid ou tiède, pris le matin au réveil, exerce à la fois une action évacuatrice et décongestionnante; souvent les prostatiques se trouvent bien de prendre le soir, avant de se coucher, un quart de lavement émollient, qu'ils devront garder;

6o Activer les *fonctions de la peau* par des frictions sèches et les massages. Les grands bains ne devront pas dépasser un quart d'heure.

Telles sont les principales ressources que nous fournissent les notions d'hygiène pour combattre la tendance congestive commune à tous les prostatiques. Voici maintenant les *agents de la thérapeutique médicale proprement dite* qu'on pourra diriger, soit contre la maladie elle-même, soit contre ses différents symptômes :

1o Contre la *lésion scléreuse* de l'appareil urinaire, on conseillera l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme par jour, pendant quinze jours ou trois semaines, tous les mois. L'usage doit en être continué pendant des mois ou même des années;

2o Contre la *lésion congestive*, on pourra la combattre en agissant sur l'élément vasculaire au moyen du seigle, de l'ergotine, de la noix vomique et de toutes les préparations à base de strychnine, ces différents agents ne devront, toutefois, être administrés qu'avec beaucoup de prudence;

3o Contre l'*excitation vésicale*, on trouvera dans les solutées vireuses, particulièrement dans la belladone et la jusquiame et dans les préparations de valériane, des médicaments plus inoffensifs que l'opium ou ses dérivés et cependant assez actifs. Quant aux bromures, ils n'ont sur les troubles vésicaux qu'une action très insignifiante, mais qui, chez certains sujets, est utilisable.

Ce traitement hygiénique et médical suffit, dans la plupart des cas, à supprimer les troubles fonctionnels dont se plaignent les prostatiques, et c'est seulement lorsque, malgré son emploi, la vessie ne parvient plus à se débarrasser elle-même de son contenu qu'il faut avoir recours au cathétérisme.—*Ann. des mal. des org. génito-urinaires.*

OBSTÉTRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Ménorrhagie dans la première moitié de la grossesse.—M. le Dr. GANZINOTTY rapporte dans la *Revue médicale de l'Est*, un fait assez rare qu'il résume ainsi. Une jeune femme devenue enceinte est prise, dans le cours de la sixième semaine de sa grossesse, d'un écoulement sanguin intermittent qui d'abord vient et reste continu durant tout le quatrième mois et la première semaine du cinquième mois, l'écoulement, peu abondant d'ailleurs, a lieu sans troubler le cours de la grossesse, sans altérer la santé de la femme, et s'arrête spontanément à mi-terme : la grossesse suit ensuite son cours normal.

Examinant les causes qui peuvent amener un semblable accident, M. Ganzinotty élimine et l'hypothèse de la persistance des règles, dont l'hémorrhagie n'avait nullement le caractère, et la possibilité d'altérations utéro placentaires, dans lesquelles l'écoulement sanguin n'est pas persistant ou est bientôt suivi d'avortement. Il rejette aussi l'hypothèse d'une insertion vicieuse du placenta, qui amène si exceptionnellement l'hémorrhagie dans la première moitié de la grossesse que, sur un total de 1121 cas de placenta prævia recueillis par divers auteurs, on n'a vu survenir que 18 fois la première hémorrhagie de la sixième à la vingtième semaine.

Et c'est un des faits cliniques les mieux établis que ces hémorrhagies n'apparaissent qu'après le sixième ou le septième mois de la grossesse ; au reste, leur apparition soudaine et passagère, leur marche essentiellement intermittente, sont des caractères qui les distinguent complètement de cet écoulement, présenté par cette malade d'une façon continue pendant tout le quatrième mois. Enfin, si, par exception, le placenta prævia a saigné au début de la grossesse, ou bien l'avortement se produit comme dans les cas rapportés par Hunter et Duncan, ou bien l'hémorrhagie arrêtée reparait vers la fin de la grossesse ; ce n'est point ainsi que les choses se sont passées et, chez cette jeune femme, la grossesse est arrivée à la fin du septième mois sans aucune nouvelle hémorrhagie.

Il n'existait pas non plus ici de lésion apparente du col pouvant expliquer l'hémorrhagie. Cependant, M. Ganzinotty rapproche cet accident de ceux qui ont été décrits par M. Tarnier dans les termes suivants :

“ Nous ne signalerons qu'une forme assez rare et assez bizarre d'hémorrhagie utérine pendant la grossesse : chez certaines femmes, quelques jours après la fécondation, un écoulement sanguin se fait jour à travers la vulve. Il est peu considérable, tantôt intermittent, tantôt continu, il s'accompagne rarement de la formation de caillots, il est comparable à un écoulement menstruel de médiocre abondance. Cette hémorrhagie dure quelquefois trois ou quatre mois sans aucune interruption ; malgré cela, elle ne présente pas de gravité et n'interrompt pas le développement de la grossesse, puis elle s'arrête sans cause appréciable.

“ Nous croyons que cette perte de sang a sa source dans le col utérin, qui nous a paru, dans un cas, gros et ramolli. Cette explication est probable, quand on se rappelle avec quelle facilité le museau de tanche laisse suinter du sang quand on examine une femme enceinte au spéculum. La présence d'une ulcération sur le col rendrait encore l'écoulement sanguin plus facile. Cette hémorrhagie pourrait faire méconnaître une grossesse : c'est là son plus grand danger. Elle ne réclame aucun traitement.”—*Paris médical.*

Mort par pénétration de l'air dans les veines de l'utérus, par G. BRAUN.—Il est bien établi par les observations récentes que les influences mécaniques peuvent faire entrer de l'air dans les veines utérines. Les suites funestes de cet accident sont bien démontrées par les faits d'Olshausen et de Litzmann que rapporte Braun. Dans le cas d'Olshausen, on employa la douche utérine pour mettre le travail en train dans une grossesse gémellaire ; pendant l'injection, la femme se plaignit d'angoisse respiratoire, se dressa sur le lit, puis subitement perdit connaissance et retomba ; une minute après, ce n'était qu'un cadavre. L'autopsie permit de constater la présence de l'air dans les vaisseaux coronaires du cœur aussi bien que dans les vaisseaux de l'utérus. Dans le cas de Litzmann, il s'agissait de provoquer l'accouchement prématuré chez une femme à bassin aplati rachitique, enceinte pour la sixième fois et arrivée à la trente-cinquième semaine de sa grossesse. On injecta de l'eau chaude avec l'appareil à pompe de Mayer. La douche fut employée plusieurs fois ; à la quatrième, donnée comme les autres avec toutes les précautions possibles, la femme se sentit subitement mal à l'aise, la respiration devint pénible, le visage se cyanosa, puis la respiration se ralentit et la mort survint en quelques minutes. L'autopsie démontra là encore l'entrée de l'air dans les veines utérines. L'examen de l'appareil qui avait servi à donner l'injection fit voir que le piston ne fermait pas exactement.

À ces faits, G. Braun en ajoute un troisième observé à sa clinique et qui prouve que l'air peut aussi pénétrer dans les veines utérines sans cause mécanique extérieure. Une femme de 25 ans, saine et vigoureuse, enceinte pour la seconde fois, se fait admettre à la clinique au début du travail, l'accouchement se fait normalement et dans un temps assez court, enfant vivant, du poids de 2,350 gr. venu en présentation du sommet. La femme, qui était restée sur le côté pendant l'accouchement, est replacée sur le dos. L'expression utérine amène

bientôt le placenta avec 300 gr. de sang environ. A ce moment, le visage de l'accouchée devient violacé; elle est prise de vomissements, de convulsions et perd connaissance. L'utérus était flasque, et il s'écoulait par le vagin du sang noir, mais pas en quantité suffisante pour expliquer le collapsus. Toutes les tentatives faites pour réveiller la contractilité cardiaque furent vaines et la mort survint rapidement. A l'autopsie, faite vingt heures après le décès, on trouva de nombreuses bulles d'air dans toutes les veines du cou, dans celles du cœur, et de l'air aussi dans les veines de l'utérus. Dans ce cas, la mort était survenue à la suite de l'entrée de l'air dans les veines de l'utérus, et de la paralysie du cœur qui en a été la conséquence. Comment expliquer cette pénétration de l'air dans les veines utérines, puisqu'on n'avait employé ni cathéter, ni canulé utérine? Braun donne l'interprétation suivante: une fois le placenta détaché et exprimé, la flaccidité de l'utérus a permis l'entrée de l'air dans sa cavité. Une circonstance quelconque l'a empêché de s'échapper par le vagin, et la pression exercée sur l'utérus par la main de la sage-femme l'a fait pénétrer violemment dans les veines de cet organe. G. Braun incline à penser qu'on peut attribuer à l'entrée de l'air dans les vaisseaux utérins un certain nombre de ces cas ressemblant à du collapsus, avec ou sans terminaison fatale, que l'on observe assez souvent dans les suites de couches ou dans l'accouchement.

De ces faits on peut rapprocher le suivant, observé par Davidson, chez une femme hindoue accouchée sans difficulté et normalement: présentation du sommet, délivrance spontanée, pas d'hémorrhagie. Trois quarts d'heure après, au moment où elle voulait prendre des aliments, l'accouchée s'affaissa subitement et mourut, sans autres symptômes. A l'autopsie, deux heures après la mort, on trouva l'utérus vide, ses veines un peu dilatées, et, dans le ventricule droit, une grande quantité de bulles d'air mélangées au sang, et de la congestion pulmonaire. —*Schmidt's Jahrbucher*.—*Lyon médical*.

La cannelle dans les métrorrhagies.—L'emploi de la cannelle dans les hémorrhagies n'est pas chose nouvelle.

Beaucoup de médecins font servir l'eau de cannelle, édulcorée avec sirop *ejusdem*, comme véhicule de l'extrait de seigle ergoté, et l'on constate, chaque jour, l'efficacité d'une semblable préparation.

M. J. CHÉRON fait remarquer que l'action stimulante de la cannelle a été utilisée pour servir d'adjuvant et de correctif au fer et à la digitale, dans la chlorose et les affections organiques du cœur. Cette même action qu'elle doit à son huile essentielle, jointe à celle de ses principes toniques (le tannin et un autre acide), a pu nécessairement la rendre recommandable contre les métrorrhagies.

C'est particulièrement dans la *teinture de cannelle* que l'on trouve renfermés les principes stimulants et les principes toniques. Les effets physiologiques de cette teinture sont les suivants:

L'ingestion de 1 ou 2 grammes de teinture fait éprouver un sentiment de bien-être dans la région épigastrique, qui s'accompagne bientôt d'une excitation légère, très agréable, très réconfortante. Le pouls devient plus ample, sans pourtant augmenter de fréquence.

Si l'on élève la dose de 2 à 10 grammes, la sensation de chaleur à l'épigastre est beaucoup plus intense et, dans l'heure qui suit, il sur-

vient une excitation générale très sensible, avec un peu d'agitation nerveuse, élévation de la température, pouls large et plus fréquent. Quelquefois se produit une crise de sueurs qui vient terminer cet ensemble de phénomènes.

Les indications de la cannelle se présentent surtout dans les métrorrhagies des femmes chlorotiques, des femmes débiles et lymphatiques, dans celles de la grossesse, dans celles qui suivent l'accouchement, enfin dans celles qui sont symptomatiques d'un cancer utérin. On peut prescrire cette potion fort agréable :

P. Teinture de cannelle..... 6 gr.
Sirop d'écorces d'oranges.....100 gr.

Une cuillerée à soupe toutes les trois heures, si la perte de sang est abondante. Une cuillerée à café toutes les deux heures, si elle est minime.

Dans les métrorrhagies chlorotiques, on a assez souvent coutume de prescrire la poudre de cannelle associée à la limaille de fer.

Tout cela est bien si la personne chlorotique a une idiosyncrasie métallique qui demande le fer ; mais si pourtant l'aptitude métallique est pour le cuivre ou pour l'or, ou pour le zinc, ou pour l'aluminium, ce qui arrive encore parfois, nous ne voyons pas pourquoi il faudrait s'obstiner à donner du fer.

S'il y en a qui abusent du fer, il n'en manque pas qui font abus de l'argent, tout comme s'ils s'étaient juré à eux-mêmes d'en arriver, un jour, à ne plus avoir à traiter que des noirs !...—*Scalpel.*

Le raclage de l'utérus.—M. TERRILLOX cherche à remettre en honneur cette opération pratiquée pour la première fois par Récamier, actuellement à la mode chez les chirurgiens allemands, "un peu redoutée en France où elle naquit" ; elle peut, en effet, rendre de grands services dans les cas de petits polypes utérins avec hémorrhagie, contre l'endométrite végétante et pour détruire les lambeaux de placenta qui, après l'accouchement, se greffent sur la muqueuse et entretiennent ainsi des phénomènes de congestion et d'hémorrhagie continuels ; mais c'est surtout dans le cancer de l'utérus, lorsqu'on ne peut plus pratiquer l'ablation complète du col, ou lorsque le cancer a envahi la cavité utérine, que le raclage est particulièrement indiqué ; à moins que le chirurgien n'ose recourir à l'ablation totale de l'utérus, telle que notre excellent confrère Barette l'a décrite récemment d'après les travaux de Trélat, Tillaux, Terrier. Le curage de l'utérus, qui consiste à enlever toutes les parties malades jusqu'à ce qu'on rencontre les tissus sains, est une très bonne opération palliative : elle est facile et bénigne, à la condition qu'on observe scrupuleusement les précautions les plus strictes de l'antisepsie.

Avant l'opération, la malade doit avoir la vulve soigneusement détergée et avoir subi plusieurs injections vaginales antiseptiques ; une purgation est administrée la veille.—Le curage est pratiqué au moyen de curettes de différents modèles, dont les bords sont mousses pour les unes, tranchants pour les autres. On se sert d'abord de la curette à bords tranchants pour racler, pour gratter ; puis, dès que l'instrument pénètre un peu profondément, dès qu'on n'est plus bien certain de ne pas dépasser les fongosités, on emploie avec ménagements la curette à bords mousses.

Pour différencier les tissus morbides des tissus normaux, on est guidé par ce fait que les tissus malades se laissent facilement déchirer et ne crient point sous l'instrument, au contraire, dès qu'on arrive sur le tissu utérin normal, il donne à la main de l'opérateur une sensation de grattement, de raclage, de grincement. à la façon de ces gros tendons fibreux sur lesquels on porte l'instrument. Du reste, tant que le cancer de l'utérus n'a pas pris une très grande extension, il est facile d'enlever les parties malades sans courir les risques d'une lésion péritonéale. Cette opération se fait habituellement sans que la malade perde plus de quelques cuillerées de sang, l'hémorragie cesse d'ailleurs, dès que l'instrument s'adresse au tissu de l'utérus, dur et peu vasculaire.

Quant au pansement de la cavité produite par le raclage, quelques chirurgiens en cautérisent toute la surface avec le thermo-cautère, d'autres, moins bien inspirés, promènent dans le fond de la cavité opératoire, des tampons imbibés d'une solution de chlorure de zinc; quelques-uns enfin se contentent de pratiquer des lavages phéniqués. De même pour les soins consécutifs que réclame la plaie, la conduite des chirurgiens diffère beaucoup, les uns, simplifiant un peu trop les choses, laissent aux soins du hasard et du temps la cicatrisation de la cavité qui, peu à peu, se comble et réunit ses parois, d'autres font chaque jour ou plusieurs fois par jour des lavages avec un liquide antiseptique quelconque.

M. Terrillon préfère à juste titre le pansement à l'iodoforme. il installe, à l'aide d'un soufflet, une petite quantité de poudre et comble la cavité d'un ou de deux tampons de gaze iodoformée au trentième. Derrière ce premier tampon, il en place ordinairement un second, fait d'ouate hydrophile ordinaire. ce second tampon n'a d'autre but que d'aider à la compression hémostatique qu'exerce le premier et de recevoir, grâce à sa puissance d'imbibition, les liquides sécrétés par la surface bourgeonnante. Ce pansement a un pouvoir antiseptique assez considérable pour pouvoir être renouvelé seulement tous les trois ou quatre jours, sans aucun risque pour la malade, et sans que les liquides se soient altérés au point de dégager quelque odeur de putridité.

Il existe deux contre-indications formelles au curage de l'utérus: a) le cancer a envahi les organes voisins de l'utérus, on risque alors une perforation, b) lorsqu'on constate, par le toucher vaginal, des accidents inflammatoires (pelvi-péritonite, phlegmon aigu ou chronique du ligament large, etc.) existant autour de l'utérus. c'est en effet une loi générale de respecter l'utérus quand les annexes sont atteintes, sous peine de voir éclater de graves accidents péritonéaux.

Lorsque le raclage s'adresse, non plus à un cancer extérieur, mais à une production développée dans la cavité de l'utérus, deux difficultés surgissent: 1o celle de faire pénétrer la curette assez profondément à travers l'orifice du col trop étroit; 2o celle du pansement. Pour vaincre l'étroitesse du col, on emploie la dilatation brusque ou mieux la dilatation graduelle, qu'on pratiquera non pas avec l'éponge préparée, mais avec des tiges hygrométriques de laminaria ou des tiges métalliques dilatatoires graduées à différents calibres. On les passe avec précaution dans la cavité, on les laisse une heure à demeure et, après deux ou trois jours de cette manœuvre, on obtient une dilatation suffisante pour passer la curette et aller racler profondément l'intérieur de la cavité du corps.

Quant à la difficulté d'appliquer un pansement, M. Terrillon conseille de faire d'abord le curage avec le plus grand soin ; puis, à l'aide d'une petite éponge montée sur un long manche, de déterger avec soin la cavité au moyen d'un lavage sérieux, de cautériser légèrement toute la surface interne à l'aide d'un tampon imbibé d'une solution caustique, enfin de placer dans le vagin des morceaux de gaze iodoformée antiseptique.

Les complications sont rares. Lorsque le raclage de l'utérus a été fait avec méthode et avec les précautions antiseptiques, toutefois on peut observer des coliques de l'utérus assez douloureuses et provoquées dans certains cas par un simple caillot. On a noté également chez les malades qui ont subi l'opération du curage, une phlegmasia alba dolens des membres inférieurs, peut-être plus imputable à l'état cachectique des sujets qu'à la phlébite des veines utérines.— *Bulletin de thérapeutique.*

La santonine dans l'aménorrhée et la dysménorrhée, par J. CHÉRON.—La santonine est une substance cristallisée, incolore, qui devient jaune sous l'influence de la lumière. Elle est peu soluble dans l'eau et soluble dans l'alcool au $\frac{1}{40}$.

Elle donne lieu quelquefois, après son absorption, à des phénomènes de perversion des sens de la vue, du goût et de l'odorat. Les objets paraissent colorés en jaune ou en violet, et les urines, qui deviennent plus abondantes, sont colorées en jaune, si elles sont acides, et en rouge, si elles sont alcalines. Les personnes qui en font usage constatent une certaine augmentation de l'appétit.

Nos recherches physiologiques nous ont démontré que la santonine est un médicament vasculaire, qui se comporte, à l'endroit des fibres lisses, comme l'ergot de seigle et l'ergotine. Emprasons-nous d'ajouter qu'autant l'ergot de seigle et l'ergotine sont nuisibles à l'estomac, autant, au contraire, la santonine exerce une action favorable sur cet organe.

La santonine est considérée comme un anthelminthique, et on sait avec quelle facilité elle détermine l'expulsion, du canal intestinal, des ascarides lombricoïdes. Dans ce cas, son action est très rapide ; les ascarides sont expulsés vivants et peuvent, d'après des expériences connues, vivre plus de quarante heures dans une infusion de semen contra. Il a donc lieu de croire que des mouvements péristaltiques énergiques de la portion de l'intestin qui abrite ces entozoaires sont la cause première de leur expulsion, ce qui apporte une preuve de plus à l'appui de cette manière de voir qui nous fait considérer la santonine comme un médicament vasculaire comparable à l'ergot de seigle.

Nous avons constaté les excellents effets de la santonine dans des cas d'aménorrhée et de dysménorrhée liés plus particulièrement à l'adynamie, à l'anémie, à la chlorose, dans cette période qui suit l'établissement plus ou moins incomplet des règles à la puberté.

Etant donnée l'action physiologique de la santonine, telle que nous venons de la présenter, et la congestion chronique de forme passive qui détermine l'aménorrhée et la dysménorrhée chez les adynamiques, on comprend l'action favorable de cette substance qui, d'une part, décongestionne l'appareil utéro-ovarien et, d'un autre côté, tonifie l'état général par son action cupeptique.

Le mode d'emploi auquel nous nous sommes arrêté est le suivant :

Santonine..... 2 grammes.

Gomme adragante dans la glycérine au $\frac{1}{10}$ ^e. q. s.

Pour 40 pilules.

Prendre une ou deux pilules avant chaque repas.

On peut aussi employer la santonine en potion :

Santonine	0 gr. 25
Alcool.....	15 gr.
Julep gommeux.....	60 gr.

Chaque cuillerée à bouche contient 0,05 centigrammes de santonine.

Prendre une à deux cuillerées à bouche avant chaque repas.

L'emploi de ce médicament, comme anti-aménorrhéique et anti-dysménorrhéique, mérite d'être conservé dans la thérapeutique, parce qu'il est bien supporté par l'estomac, sur lequel il exerce une action favorable, et parce qu'il donne des résultats rapides dans des cas où de nombreux médicaments et de nombreuses médications ont complètement échoué.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*.

PÉDIATRIE.

Étiologie et prophylaxie du rachitisme, par le docteur J. COMBY, in *Arch. gen. de méd.*—Les causes du rachitisme se résument toutes dans l'alimentation des nouveau-nés. Le rachitisme n'est qu'une question d'hygiène de l'enfance.

Bien souvent les débuts du rachitisme échapperont au médecin qui n'aura dans l'esprit que l'image des déformations extrêmes.

Il faut être prévenu pour reconnaître l'entrée en scène du rachitisme, plus souvent silencieuse que bruyante. Il est rare, en effet, d'observer ces symptômes que les médecins ont assignés au rachitisme qui commence, à savoir : la fièvre, les sueurs locales, etc. Il ne faut pas compter sur cette sorte d'invasion aiguë qui n'appartient qu'à de rares exemples. Il faut bien plus compter sur les troubles digestifs, sur la gastro-entérite, sur la dilatation de l'estomac, sur le développement du ventre, *pseudo carreau*, qui marque la première phase du rachitisme, loin d'être une conséquence éloignée comme on l'a prétendu.

Est-on prévenu de ces particularités, on saisira le rachitisme dans ses débuts, dans ses manifestations les plus atténuées, et on restera frappé de sa fréquence extrême dans les classes peu fortunées de l'agglomération parisienne.

L'alimentation vicieuse des nouveau-nés est la cause du rachitisme, et il n'y en a point d'autre.

L'allaitement artificiel peut se faire à l'aide du biberon ou simplement à l'aide d'un verre, d'une tasse, qu'on porte directement aux lèvres de l'enfant, ou bien par l'intermédiaire d'une cuiller.

Il y a deux variétés principales de biberons, les biberons à long tube et les biberons sans tube.

À Paris, c'est presque exclusivement le biberon à long tube qui est employé dans la classe ouvrière. Il est rare que le lait de vache soit donné pur aux enfants, la plupart des nourrices le coupent avec de l'eau sucrée, de l'eau de gruau ou une tisane quelconque.

La quantité de lait prise par chaque enfant soumis à ce mode d'alimentation est extrêmement variable; aucune règle ne préside également à la fréquence des repas. En été, à toutes ces conditions défavorables vient s'ajouter l'influence de la chaleur qui provoque la fermentation du lait dans le biberon et dans ce long tube en caoutchouc qu'il est très difficile de tenir propre. C'est alors que la gastro-entérite sévit avec la rigueur que l'on connaît; les enfants n'ont pas le temps de devenir rachitiques, ils sont fauchés par l'athrepsie, qui enlève à Paris plus de 250 enfants par semaine dans la saison chaude de l'année. Or, parmi ces nouveau-nés qui succombent à l'athrepsie, le plus grand nombre sont nourris au biberon.

En hiver, l'athrepsie n'est pas aussi meurtrière; les enfants résistent plus longtemps à l'action du biberon; ce n'est plus la gastro-entérite aigue qu'on observe, c'est l'inflammation sub aigue et chronique, c'est la dilatation de l'estomac, etc. Le rachitisme se montre alors comme une conséquence fatale de ces désordres.

Parmi les trop nombreux enfants élevés au biberon que nous avons pu étudier, le rachitisme n'a fait défaut que dans des cas tout à fait exceptionnels. Par exemple, l'enfant avait été ainsi allaité à la campagne, avec du lait toujours frais et de bonne qualité; aucun autre aliment que le lait ne lui avait été donné prématurément, etc.

Le biberon à long tube est un détestable instrument, puisqu'il conduit l'immense majorité des enfants à l'athrepsie ou au rachitisme.

Sans doute, les inconvénients de cet affreux appareil peuvent être atténués par des soins minutieux, mais ces soins sont rares dans le milieu où ce biberon est le plus répandu. Nous dirons donc que, chez les enfants nourris au biberon et qui résistent à l'athrepsie, le rachitisme est la règle.

Le biberon sans tube est certainement supérieur au précédent, mais c'est un instrument très incommode, et nous ne voyons pas pourquoi, si l'on renonce au biberon, on ne renoncerait pas définitivement à toute espèce de biberon.

Pourquoi, dès l'instant qu'on renonce aux avantages du *long tube* à cause de ses dangers, pourquoi ne pas s'adresser tout de suite aux réceptacles que nous avons sous la main (verre, tasse, etc.), et dont la propreté constante peut-être si facilement obtenue?

L'allaitement artificiel est mauvais et ne peut être mis en parallèle avec l'allaitement naturel. Pour nous, nous dirions volontiers qu'une mauvaise nourrice est préférable au meilleur des biberons. Si l'allaitement artificiel est mauvais et provoque fréquemment le rachitisme, la combinaison de ce mode défectueux d'allaitement avec l'allaitement naturel en palliera les inconvénients. Cet allaitement mixte se rencontre assez souvent dans la pratique: des ouvrières travaillant à la journée donnent le sein à leur nourrisson le matin, parfois à midi, et le soir, en rentrant à leur domicile. Pendant le reste du temps, l'enfant est confié à une garde qui donne le biberon et parfois des aliments plus ou moins indigestes. Ce système a des conséquences déplorables, et beaucoup des enfants que nous avons vus succomber à l'athrepsie ou devenir rachitiques, étaient des victimes de ce mode d'allaitement.

D'autres fois c'est une mère aisée qui veut bien allaiter son enfant, mais sans se fatiguer; le biberon lui vient en aide, surtout la nuit, quand l'enfant pleure. Mauvais procédé, qui conduit le petit à l'athrepsie-

sic et au rachitisme. Enfin, on voit des nourrices mercenaires, éloignées des parents, qui, pour élever deux enfants à la fois, ou pour avoir des moments de liberté, s'adressent au biberon. Nous n'avons pas besoin d'insister sur les dangers de cette pratique.

Les faits de rachitisme survenus dans ces conditions sont très nombreux.

L'immense majorité des enfants *nourris exclusivement au sein* jusqu'à l'âge de douze mois échappent au rachitisme. Le rachitisme, chez eux, est l'exception, mais il peut se rencontrer dans les conditions suivantes : la nourrice n'observe aucune règle dans l'allaitement ; elle donne le sein, sans compter, à toute heure du jour et de la nuit, quand l'enfant crie, et pour l'empêcher de crier.

Il en résulte un véritable surmenage de l'estomac qui, recevant 20 ou 30 doses de lait par jour, ne peut les digérer ; il se révolte et se dilate.

Ce sont d'abord des régurgitations de lait caillé, puis des coliques, des diarrhées, des symptômes de gastro-entérite, et finalement, de la dilatation de l'estomac et du rachitisme.

Le rachitisme peut se montrer aussi dans l'allaitement naturel, quand ce dernier pêche par sa durée trop courte. Si l'enfant ne reçoit le sein que jusqu'à l'âge de six mois, par exemple, pour être soumis ensuite au biberon ou à l'alimentation prématurée, il est grandement exposé à l'athropsie et au rachitisme.

L'alimentation prématurée peut être associée à l'allaitement naturel, artificiel ou mixte, plus souvent à ces derniers qu'au premier.

Quand un enfant est nourri au sein, et suivant les règles qui doivent présider à l'allaitement naturel, il se développe dans les meilleures conditions de santé.

On ne songe pas alors à faire entrer prématurément dans son régime des aliments grossiers et indigestes. Au contraire, s'il est mal nourri au sein et au biberon, on a une tendance fâcheuse à ajouter au lait, qui devrait être la nourriture exclusive de l'enfant, des aliments étrangers. Cette association de l'alimentation prématurée avec les différents modes d'allaitement que nous avons étudiés, conduit au rachitisme en passant toujours par la gastro-entérite et la dilatation de l'estomac.

On ne sera pas surpris du succès que l'alimentation prématurée a obtenu dans les familles, quand on verra des médecins de la valeur et de l'autorité de Trouseau, donner ces funestes conseils : " Déjà, dès l'âge de quatre, cinq ou six mois, l'enfant aura été habitué à prendre, indépendamment du lait de sa nourrice, des aliments féculents, bouillie, potages, dont on augmentera le nombre ou la quantité à mesure qu'il grandira."

Les cas de rachitisme survenus à la suite de l'alimentation prématurée sont innombrables, on peut dire que tout enfant, quel que soit le mode d'allaitement employé, qui reçoit assez souvent d'autres aliments que le lait avant l'âge d'un an, a neuf chances sur dix de devenir rachitique.

L'alimentation prématurée conduit, en général, au *sevrage prématuré* ; l'enfant a reçu de bonne heure, avec son aliment naturel, le lait, d'autres aliments. Bientôt la mère, voyant que son enfant mange bien, essaie de le sevrer. On voit ainsi des enfants sevrés dès l'âge de six mois. Beaucoup meurent quand le sevrage est trop brutal, quelques-uns résistent et deviennent rachitiques. (A suivre.)

Traitement antiseptique de la diphthérie et du croup.—Voici comment procède le Dr RENOY (de Saumur) dans le traitement de la diphthérie et du croup par la méthode antiseptique :

1o Nous installons, dit-il, notre malade dans une chambre convenablement aérée sans être trop vaste, chauffée entre vingt et vingt-cinq degrés. Cette température, favorable au malade, facilement supportable pour son entourage, nous a paru comporter un état hygrométrique suffisant. Naturellement l'air sera maintenu respirable, oxygéné, c'est-à-dire on veillera à son renouvellement (ce que la cheminée assure), on évitera l'encombrement dans la chambre, et comme source de chaleur on évitera le poêle qui dessèche l'air ;

2o Nous obtenons la vaporisation par un moyen très simple, c'est-à-dire par un ou deux de ces petits fourneaux à pétrole en usage dans toutes les cuisines aujourd'hui. Sur ce fourneau, qui fournit une source considérable de chaleur, une casserole d'une contenance de un ou deux litres d'eau, remplie de la solution antiseptique. L'appareil sera placé près du lit, et la vapeur concentrée sur le malade par un rideau entourant le fourneau et la tête du lit.

Voici une formule que nous avons adoptée :

Acide phénique.....	280 grammes.
Acide salicylique.....	56 “
Acide benzoïque.....	112 “
Acide rectifié.....	468 “

ce qui donne un litre d'une solution transparente, dont on verse toutes les trois heures une cuillerée à bouche (ou un verre à liqueur) dans les deux litres d'eau en ébullition sur le fourneau.

Chaque cuillerée à bouche représente :

Acide phénique	5 grammes.
Acide benzoïque.....	2 “
Acide salicylique.....	1 “

Ce qui fait pour vingt-quatre heures une vaporisation de :

Acide phénique.....	40 grammes.
Acide benzoïque	16 “
Acide salicylique.....	8 “

que nous estimons être une dose moyenne, suffisante à la pluralité des cas. Une assez large part doit d'ailleurs être forcément laissée à l'appréciation de chaque cas. C'est ainsi qu'on proportionnera avant tout la quantité d'antiseptiques vaporisés à la gravité du mal et au volume d'air de la chambre.—*Bull. de la soc. méd. d'Angers.*

Deux cas de fièvre herpétique, par le Dr DECROIZILLES, médecin de l'hôpital des Enfants Malades.—J'ai, plusieurs fois déjà, signalé à l'attention du public médical des états pathologiques fort bénins, observés chez des jeunes sujets, et caractérisés par un mouvement fébrile peu intense, suivi d'une éruption d'herpès qui siégeait à la face. J'ai dit qu'on pouvait les rapprocher des fièvres éruptives et les appeler des fièvres herpétiques, on ayant soin de ne pas confondre ces herpès fébriles avec les herpès critiques qui surviennent dans le cours de certaines fièvres de courte durée, et paraissent mettre un terme à l'élé-

ment pyrétique. Je viens d'avoir l'occasion de rencontrer deux nouveaux cas analogues à ceux que j'ai mentionnés dans plusieurs de mes leçons et dont j'ai donné la relation dans la *Revue des maladies de l'enfance* de 1884. Il me paraît utile de dire quelques mots de ces deux derniers faits.

S...(Marius), âgé de 12 ans et demi, entra le 29 septembre dernier dans mon service, salle Saint-Augustin, n° 3. C'était un enfant lymphatique, mais bien constitué; il s'était plaint de la gorge en se présentant à la consultation, le matin de son entrée, et avait affirmé qu'il se sentait courbaturé et privé d'appétit depuis deux ou trois jours. Je le trouvai, le 30 septembre, avec 38°,6 de température et 110 pulsations; je ne constatai d'autres symptômes locaux qu'un peu de rougeur du pharynx, et de gonflement au niveau de l'amygdale gauche. Le lendemain le bord libre du voile du palais avait repris sa coloration normale et l'amygdale n'était pas tuméfiée; cependant l'état fébrile était le même que la veille, mais une éruption s'était produite depuis vingt-quatre heures. En effet, on apercevait à la commissure des lèvres, du côté droit, un groupe de vésicules petites et serrées les unes contre les autres; un second groupe existait à deux centimètres en dedans du premier; un troisième s'était développé à 15 millimètres de la commissure gauche; un quatrième occupait le centre de la joue gauche; enfin un cinquième siégeait à la fois sur la paupière inférieure et sur la paupière supérieure, au milieu de l'angle interne de l'œil gauche. Ce dernier groupe ne se composait que de cinq ou six élevures vésiculeuses, chacune des quatre autres agglomérations comprenait de vingt à vingt-cinq vésicules qui, pour la plupart, paraissaient contenir un peu de liquide grisâtre et dont les dimensions n'excédaient pas celles d'une tête d'épingle. Ces agglomérations recouvraient une surface irrégulièrement quadrangulaire, à bord festonnés et correspondant à un espace de 15 à 20 millimètres carrés.

Le jeune malade ressentait une légère cuisson sur les points envahis par cette éruption qui ne s'était étendue à aucune autre région du corps que la face. Il avait de la constipation et des nausées; sa langue était sale et son haleine mauvaise. Il ne toussait pas et dormait assez mal pendant la nuit. Je lui recommandai de toucher le moins possible à sa figure, et je lui fis prendre 20 grammes d'huile de ricin, avec du bouillon coupé pour toute nourriture. Je m'abstins d'ailleurs de toute médication locale afin de ne pas troubler l'éruption dans son évolution régulière.

Le 2 octobre, on trouvait 38°,2 et 86 pulsations; le mouvement fébrile s'était donc atténué, mais l'état saburral persistait. Les différents groupes de vésicules étaient un peu plus tendus et plus luisants que la veille. Autour de leurs limites, on voyait une zone rougeâtre de 2 ou 3 millimètres d'épaisseur; la sensation de brûlure était plus accrue que la veille, mais l'enfant avait eu la sagesse de ne pas s'écorcher. Le 3 octobre, le thermomètre tomba à 37°,8 et le pouls à 90; en outre, je constatai que la dessiccation des boutons vésiculeux commençait à se faire sur plusieurs points. Le lendemain, il n'y avait plus de fièvre, et la dessiccation était complète sur tous les groupes. Enfin l'anorexie n'existait plus et la langue semblait netto.

A partir du 5 octobre, aucun mouvement fébrile ne se produisit plus, le jeune garçon se remit à manger avec appétit. Les croûtelles qui

avaient remplacé les vésicules et détachèrent successivement ; mais les parties du tégument que le processus éruptif avait affectées ne furent complètement déblayées que le 8 octobre et, à cette date, il était encore aisé de les distinguer des points environnants par leur coloration vive et un peu de résistance à la pression, mais d'ailleurs, au point de vue de l'état général, on pouvait regarder le rétablissement comme complet ; je ne crus donc pas devoir retenir le jeune Sal... à l'hôpital, et il me quitta dix jours après son admission.

Un autre garçon de 13 ans, le nommé Desm... (Augusto,) entra, le 20 octobre, au n° 28 de la salle Saint-Augustin. Dans ce second cas, les prodromes fébriles existaient depuis trois jours, lorsque le malade fut admis à l'hôpital. Ils avaient consisté en douleurs dans les régions lombaire et épigastrique, avec sensation de courbature et anorexie ; le 19 octobre, il y avait eu de légers frissons. Je ne constatai, au moment de mon premier examen, qu'un état saburral de moyenne intensité avec 39° de température et 120 pulsations, une céphalalgie modérée et un peu de sensibilité abdominale et de constipation. Je fis prendre un vomitif composé de sirop et de poudre d'ipécacuanha ; ce médicament produisit l'effet voulu, mais n'amena pas de soulagement, et, le 22, l'état général était le même que le jour précédent, la fièvre n'avait pas diminué ; en outre, deux groupes de vésicules s'étaient formés depuis la veille : l'un occupait la lèvre supérieure du côté droit, et l'autre, situé au-dessous de la narine du même côté, paraissait avoir son point de départ dans la muqueuse nasale. Les vésicules étaient petites, acuminées et pour la plupart transparentes, le malade ressentait quelques démangeaisons au niveau de ces deux groupes.

Le 23 octobre, le thermomètre n'était plus qu'à 38°,2 et il n'y avait que 100 pulsations, on trouvait la langue à peu près nette ; quelques-unes des vésicules commençaient à se dessécher. Le 24, la température s'était abaissée de près d'un degré, l'enfant demandait à prendre des aliments solides et à se lever. Le 25, les deux groupes vésiculeux étaient couverts de petites croûtes, on pouvait considérer la fièvre comme terminée, puisqu'il n'y avait plus que 38° et 80 pulsations. Dans l'espace de deux ou trois jours, les croûtes se détachèrent successivement et ne laissèrent plus qu'une légère rougeur. Le jeune Desm... qui avait retrouvé ses forces et son activité fonctionnelle, pouvait quitter l'hôpital le 29 octobre ; il y avait séjourné pendant dix jours.

Ces deux faits ont, l'un avec l'autre, une grande analogie : chez mes deux malades, des prodromes fébriles, de deux à trois jours de durée, ont pris assez d'importance pour qu'on crût nécessaire de les faire entrer à l'hôpital. Puis, une éruption limitée à la face a succédé à ces phénomènes précurseurs qui pouvaient faire croire au début d'une dothiéntérie. Cette éruption était composée de vésicules, elle réunissait tous les caractères de l'herpès. La poussée éruptive n'a pas éteint l'état fébrile, mais elle a persisté, pendant plusieurs jours après sa disparition, à la façon des éruptions de la rougeole, de la scarlatine ou de la variole, qui survivent, au moins pendant leurs périodes de décadence, aux troubles pyrétiques et aux phénomènes généraux qui leur servent de prologue. Je puis donc appliquer à ces deux cas l'expression de fièvre herpétique : ils ont eu la même durée et la même issue que ceux que j'ai déjà publiés.

J'ai toujours constaté, dans ces observations d'herpès fébrile, que

l'éruption occupait la face seule ou la face et le cou ; mais rien ne prouve que l'efflorescence vésiculeuse ne puisse, dans de semblables circonstances se développer sur d'autres régions. J'ai constaté aussi qu'une semaine s'écoulait d'habitude entre l'apparition des premières vésicules et la chute des dernières croûtes qui leur avaient succédé. Chez deux des enfants qui m'ont présenté cette réunion de symptômes, le thermomètre s'est élevé un instant à 40°, mais chez les autres il n'a pas dépassé 39°. Cependant tous ces jeunes sujets paraissaient être fortement courbaturés, au moment de leur admission dans nos salles ; il y avait, chez presque tous, un état saburral prononcé ; on se croyait en face de fièvres typhoïdes à leur période initiale. Mais l'apparition d'herpès démontrait bien vite que cette opinion était erronée, tandis que la persistance de la fièvre, après la formation des groupes herpétiques, prouvait d'autre part qu'il ne s'agissait pas d'un herpès critique.

Les enfants, chez lesquels j'ai rencontré l'herpès fébrile, étaient ordinairement robustes ; ils ont eu presque toujours plus de tendance à la constipation qu'à la diarrhée, et, chez un seul d'entre eux, j'ai découvert des signes de bronchite qui ont eu une courte durée. Chez aucun de ces malades je n'ai observé de céphalalgie violente, ni de saignements de nez répétés. Un seul, garçon de sept à huit ans, eut un délire assez intense, avec du gargouillement au niveau de la fosse iliaque droite, du météorisme, et un peu d'albuminurie. Il guérit cependant tout aussi promptement que les autres, c'est-à-dire dans l'espace de deux semaines.

Ces faits ont une importance qu'on ne peut méconnaître ; ils démontrent qu'il est souvent difficile de se prononcer, pendant la période infantile, sur l'importance ultérieure d'une pyrexie dont on ne voit que le début. Ils ont une analogie frappante avec un grand nombre de fièvre typhoïdes à leur premier stade, et il n'existe aucune particularité qui permette de supposer que, chez tel ou tel malade, les prodromes fébriles aboutiront, dans un bref délai, à la formation d'une ou de plusieurs poussées de vésicules dont l'apparition autorisera l'observateur à se tranquilliser, et à annoncer un dénouement heureux au bout de peu de jours. Il est bon de se rappeler, en songeant aux cas de cette nature, que lorsqu'on aperçoit ces éruptions vésiculeuses autour de l'orifice buccal, on ne doit pas négliger, pendant les deux ou trois jours suivants, de se tenir au courant des variations de la température et du pouls, puisque la formation des vésicules, dans cette catégorie d'états fébriles, ne correspond pas à la disparition soudaine de l'élément pyrétiq. Enfin l'on n'oubliera pas qu'un traitement laxatif, une alimentation légère suffisent pour répondre à toutes indications au point de vue thérapeutique. L'enfant n'est totalement guéri qu'une semaine après que l'herpès s'est montré ; il faut le traiter, pendant cette période, comme un convalescent, en laissant la dessiccation, puis la chute des croûtes se faire spontanément, ou en modérant quelquefois, par l'application de poudre émoullientes, les cuissons qui pourraient être la cause d'atouchements involontaires et d'excoriations.—*Paris médical.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Rothe.*

P.—Acide carbolique.....	}	ââ
Alcool		
Teinture d'iode.....		5 gouttes
Eau de menthe.		750 grains
Teinture de belladone.....		15 “
Sirop diacode.		150 “

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les deux heures, jusqu'à cessation des paroxysmes.—*Cincinnati Medical News.*

Potion expectorante.—*Cook County Hospital (Chicago).*

P.—Sulfate de morphine.....	1 grain
Teinture d'aconit	16 gouttes
Nitrate de potasse	1 drachme
Acide hydrobromique dilué	16 gouttes
Sirop d'ipéac.....	2 drachmes
Sirop de scille.....	6 “
Eau q.s. pour faire.....	2 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures.—*Cincinnati Medical News.*

Atonie stomacho-intestinale.

P.—Teinture de noix vomique..	2 parties
Extrait fluide de cascara sagrada.....	20 “
Sirop simple....	15 “
Eau de laurier-cerise.....	15 “
Eau distillée.....	10 “

M.—*Dose* : Trois à quatre cuillerées à café par jour.—*Les nouveaux remèdes.*

Dyspepsie flatulente.—*DaCosta.*

P.—Oxide d'argent.....	¼ grain
Extrait de noix vomique.....	⅛ “
Capsicum.....	⅓ “

M.—A prendre en une seule dose (sous forme pilulaire) trois fois par jour. En même temps DACOSTA prescrit l'usage du lait et de viandes saines et interdit l'usage d'aliments amylacés. Il donne aussi la pepsine, à dose de 5 grains, à l'heure des repas, et, s'il y a constipation, ⅓ grain d'aloine, tous les soirs.—*College and Clinical Record.*

Dysenterie chronique.—*Cook County Hospital (Chicago).*

P.—Sulfate de morphine.....	1 grain
Sulfate de fer.....	16 grains
Acide sulfurique dilué	½ drachme
Sulfate de magnésic.....	½ once
Eau q.s. pour faire.....	2 onces

M.—*Dose* : Une cuillerée à thé toutes les trois ou quatre heures.—*Cincinnati Medical News.*

Aménorrhée.—Parvin.

P.—Sulfate de fer.....	} 1 grain	ââ
Poudre d'aloès.....		
Térébenthine.....		
M.—Pour une pilule.— <i>College and Clinical Record.</i>		

Dysménorrhée.—Bartholow.

P.—Extrait de belladone.....	} 5 grains	ââ
Extrait de jusquiame.....		
Extrait de stramonium.. ..		
Sulfate de quinine.....		

M.—Pour 20 pilules.

Dose : Une pilule, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Neurasthénie.—Maximovitch.

P.—Bromure de fer.....	1 drachme
Bromhydrate de quinine.. ..	1 "
Extrait de rhubarbe.....	q.s.

M.—Faites 120 pilules.

Dose : Deux pilules, trois fois par jour.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

Tremblement nerveux.—DaCosta.

P.—Acide phosphorique dilué.....	20 gouttes	
Phosphate de strychnine.. ..	$\frac{1}{8}$ grain	
Elixir simple.....	} 1/2 drachme	ââ
Eau.....		

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour, dans un peu d'eau.—*College and Clinical Record.*

Eczéma de la vulve.—Parvin.

P.—Acétate de plomb.....	1 drachme
Acide hydrocyanique dilué.....	2 drachmes
Eau.....	3 onces

M.—En applications sur les parties malades, toutes les trois ou quatre heures; moins souvent s'il y a solution de continuité de la peau.—*College and Clinical Record.*

Prurit anal.

P.—Acide phénique.....	1 partie
Teinture d'opium.....	120 parties
Acide cyanhydrique dilué.....	10 "
Glycérine.....	15 "
Eau distillée.....	180 "

Le patient, après s'être soigneusement lotionné à l'eau chaude et avoir pris un petit lavement chaud, pour bien nettoyer les parties, imbibe dans cette solution un tampon de ouate, qu'il s'introduit assez haut dans l'anus à la manière d'un suppositoire, et qu'il laisse jusqu'au moment de la dessiccation, après quoi il doit renouveler le pansement.—*Bulletin de thérapeutique.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, JANVIER 1886.

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

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

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

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

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

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

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

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

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

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

Abus de charité

Depuis quelque temps, plusieurs médecins ont, à diverses reprises, attiré notre attention sur certains abus qui, sous le voile d'une prétendue charité, se commettent tous les jours dans nos dispensaires publics et même, dit-on, dans les hôpitaux. Il semble tout naturel de croire que dispensaires et hôpitaux ont été fondés pour le soulagement gratuit des malades vraiment pauvres, c'est-à-dire des malades ne pouvant payer les frais d'un médecin, et, de même que l'on s'attend à ce que les malades pauvres seuls se présentent à cette consultation, de même l'on s'attend également à ce que celle-ci soit gratuite. Or nous savons qu'il y a abus dans les deux cas. Ainsi, très souvent, des patients assez bien doués du côté de la fortune pour se payer le luxe d'un médecin particulier, ne se font aucun scrupule de venir se placer au rang des pauvres sur les bancs du dispensaire. Cela coûte moins cher assurément. En certains cas, ces malades réussissent à passer ainsi, sous le couvert d'une indigence d'emprunt, à l'insu du médecin de service. Dans d'autres cas, le médecin, sachant fort bien à qui il a affaire, passe outre tout de même, ne voulant pas, en se montrant difficile sur ce point, contribuer à faire diminuer le nombre des patients qui alimentent le dispensaire.

Il est sans doute bel et bon de faire la charité, et de donner gratuitement ses soins aux malades pauvres, mais il nous a toujours semblé que,

sous ce rapport, la profession médicale paie largement sa part chaque année. Aucun de nous ne saurait refuser de secourir le vrai pauvre chaque fois qu'on lui demande de le faire, que ce soit à l'hôpital ou dans la pratique civile, mais nous ne voyons pas qu'il soit nécessaire, dans le seul but d'alimenter un dispensaire et de grossir le chiffre des malades qui s'y présentent, de donner des soins à des gens qui peuvent fort bien se payer le luxe d'un médecin à eux.

Au reste, avec un peu de vigilance et de bonne volonté, il doit être assez facile au médecin de service de distinguer, dans la plupart des cas, la véritable indigence de la pauvreté factice.

Si nous insistons de la sorte sur le point en question, c'est que, de nos jours, la classe des faux-pauvres se fait de plus en plus nombreuse dans les dispensaires et dans les consultations médicales et chirurgicales des hôpitaux. On nous a cité dernièrement les noms de familles qui, d'un bout de l'année à l'autre, vont mendier des soins médicaux à certain dispensaire bien connu. Que de fois ne nous est-il pas arrivé à nous-même de rencontrer à la consultation de l'hôpital des individus, autrefois nos clients, qui, sur le conseil d'un voisin, avaient jugé plus économique de s'adresser au médecin de l'hôpital, *afin de n'avoir rien à payer*.

Dans une communication au *Boston Medical and Surgical Record*, le Dr Hasket Derby, de Boston, rapporte plusieurs faits relatifs aux abus que nous constatons et dont nos confrères de là-bas ont aussi à se plaindre. Nous choisissons le plus caractéristique. — "Un jeune homme se présente au Dr Derby. Après quelques questions : "Je préférerais vous voir à votre bureau, dit ce jeune patient, parceque vous pourriez probablement m'y consacrer une plus grande partie de votre temps. Cependant je puis aller au dispensaire comme le fait mon oncle." — Est-ce que votre oncle est bien pauvre ? demanda le praticien. — "Oh non ! mon oncle est propriétaire d'une manufacture !" — Mais comment fait-il pour se présenter au dispensaire ? — "Mon oncle est rusé, répond le jeune homme. Chaque fois qu'il vient, il endosse de vieux habits et se noircit les mains !"

À Montréal, il y a bien des oncles et bien des neveux de cette trempe-là !

D'un autre côté, il arrive parfois que certains médecins chargés du service gratuit des dispensaires ne se font pas scrupule d'accepter, ni même de demander des honoraires (au rabais, cela s'entend,) des patients qu'ils sont censés traiter *gratis et pro Deo*. Ces médecins, il est peut-être inutile de le dire, sont justiciables de l'institution qui les emploie ; or un tel procédé est tout à fait opposé au but même de l'institution, qui est de venir en aide aux pauvres. Si donc, la consultation du dispensaire doit être *pour les pauvres seuls*, elle doit être *gratuite dans tous les cas*. Nous ne comprenons pas autrement le rôle des dispensaires. Au reste, s'il est des médecins qui profitent de leur position pour exiger une rétribution personnelle de la part des malades pauvres qui les consultent aux dispensaires ou à l'hôpital, nous croyons savoir qu'ils le font à l'insu des directeurs et administrateurs, et que leur nombre est encore restreint.

Un autre abus, plus grave encore, à notre sens, consisterait dans le fait que des médecins attireraient au dispensaire ou à l'hôpital les bons clients, en leur faisant entrevoir qu'ils n'auront rien à payer pour les soins médicaux, opérations, etc., toute la dépense devant se bor-

ner aux frais de pension, remèdes, etc. Qu'un médecin ou agisse ainsi envers ses propres clients, il n'y a rien qu'on lui puisse raisonnablement reprocher, mais qu'il allèche de la sorte et *débauche* les clients de ses confrères, c'est ce qui nous semble dépasser la mesure permise. Cela arrive pourtant, nous assure-t-on, et beaucoup plus souvent qu'on ne le pense.

Il est grandement temps, croyons-nous, que tous ces abus cessent une bonne fois. L'exercice de l'art médical n'est pas déjà si rémunérateur par lui-même qu'il faille encore se rendre la tâche plus ingrate. Les dispensaires et les hôpitaux nous enlèvent chaque année un grand nombre de bons clients, et si nous ne voulons pas que cet état de choses persiste et aille en s'aggravant, entendons-nous pour y porter remède. Plusieurs moyens sont à notre disposition, et nous les examinerons dans un prochain article.

Un nouveau tonique du cœur.

Dans une note communiquée à l'*Académie des Sciences*, à Paris, M. le professeur Germain Sée a rapporté les résultats qu'il a obtenus par l'emploi d'un alcaloïde, la spartéine, dans certains cas de maladies organiques du cœur. Ces résultats sont des plus satisfaisants, et nous nous empressons de les porter à la connaissance de nos lecteurs.

La spartéine existe dans le *Cytisus scoparius* (*Spartium scoparium*) ou genêt à balais, petit arbrisseau bien connu par ses propriétés diurétiques. Découverte dès 1850 par Stenhouse, elle fut peu étudiée avant 1883 alors que M. Sée la classa parmi les médicaments cardiaques. Tout récemment les travaux de MM. Laborde et Sée sont venus mettre au jour des faits physiologiques et cliniques qui ne laissent plus de doute sur les propriétés précieuses du remède en question.

Les expériences de M. Laborde démontrent que le sulfate de spartéine agit sur le cœur d'une façon remarquable, augmentant l'énergie des battements cardiaques sans donner lieu (à doses de $\frac{1}{2}$ à 2 grains) à des phénomènes toxiques. Celles de M. Germain Sée mettent en évidence trois effets caractéristiques et concluants : le premier, qui est le plus important, c'est le relèvement du cœur et du pouls ; sous ce rapport, il équivaut à la digitale ou à l'alcaloïde du muguet, la convallamarine, et son action tonique est infiniment plus marquée, plus prompte et plus durable. Le deuxième effet, c'est la régularisation immédiate du rythme cardiaque troublé : aucun médicament ne saurait lui être comparé à cet égard. Le troisième résultat c'est l'accélération des battements, qui s'impose pour ainsi dire dans les graves atonies avec ralentissement du cœur, et, par cela même, se rapproche de la belladone. Tous ces phénomènes apparaissent au bout d'une heure ou de quelques heures au plus, et se maintiennent trois à quatre jours après la suppression du médicament. Pendant ce temps, les forces générales augmentent, la respiration est facilitée, la fonction urinaire seule ne paraît pas influencée par la dose modérée employée jusqu'ici.

Le sulfate de spartéine semble donc indiqué chaque fois que le myocarde a fléchi, soit parcequ'il a subi une altération de son tissu, soit parce qu'il est devenu insuffisant pour compenser les obstacles à la circulation. Lorsque le pouls est irrégulier, intermittent, arythmique,

le sulfate de spartéine rétablit rapidement le type normal. Quand enfin la circulation est ralentie, le médicament paraît immédiatement obvier à ce trouble fonctionnel, tout en maintenant ou augmentant la force acquise du muscle. (1)

La dose ordinaire du sulfate de spartéine est de $\frac{2}{3}$ grain qu'on peut répéter plusieurs fois dans la journée et porter jusqu'à deux grains dans les 24 heures sans qu'il en résulte aucun inconvénient pour le malade.

De nouvelles expériences sont sans doute nécessaires pour établir d'une manière plus précise et l'action physiologique et les indications thérapeutiques de la spartéine, mais nous pouvons dès aujourd'hui, à la suite de MM. Sée et Laborde, ranger ce médicament au nombre de nos meilleurs toniques cardiaques. Dans la période asystolique des maladies organiques du cœur, alors que celui-ci ne peut plus suffire à sa tâche, il sera donc indiqué d'administrer la spartéine, mais il faudra de toute nécessité l'associer à quelque diurétique si l'on veut en même temps faire disparaître les liquides épanchés dans les cavités et le tissu cellulaire (hydrothorax, ascite, anasarque, etc.). La spartéine ne semblant pas avoir d'action marquée sur la tension artérielle, il sera bon de la combiner à un diurétique vasculaire. Dans les cas où le rein aurait besoin d'être stimulé, les diurétiques sécrétoires devraient lui être adjoints

NECROLOGIE.

W. MARSDEN, A. M., M. D.

La profession médicale de Québec a fait, le 16 décembre dernier, une perte bien sensible dans la personne de M. le Dr. W. Marsden qui a succombé à une congestion de poumons.

Le Dr. Marsden était âgé de 79 ans. La profession médicale québécoise a perdu en lui son doyen, car il pratiquait depuis le 10 avril 1830, et les jeunes médecins perdent aussi un protecteur et un homme qui était toujours prêt à leur donner de sages conseils.

Le Dr Marsden était maître-ès-arts du collège Bishop, de Lennoxville, et M. D. de l'université Harvard. Il était président de la commission de l'hôpital de Marine, du comité de Vigilance, de la Société protectrice des animaux; gouverneur du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada depuis sa fondation, en 1847, et il en fut le président en 1862.

Il a été longtemps président de la Société de médecine de Québec, conseiller municipal, magistrat, membre correspondant de beaucoup de sociétés savantes, et assesseur du Collège des médecins pour les examens de l'Université Laval.

Le Dr Marsden, enfin, était un homme d'une activité extraordinaire et d'une intelligence supérieure. Il ne laisse pas d'enfants.

(1) Compte-rendu de l'Académie des Sciences, décembre 1885.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Index bibliographique de la presse et de la librairie médicales, un gros vol. in-8 paraissant tous les ans ou par livraisons au choix des souscripteurs. Cet index forme un répertoire général, par ordre alphabétique des matières, des travaux contenus dans les journaux médicaux français et étrangers de chaque année à partir de 1833, et une liste complète des ouvrages parus en France, classés alphabétiquement par noms d'auteurs et par matières. Prix, 20 francs. Administration et rédaction, 6 place Saint-Michel, Paris.

GENN.—*The Surgical treatment of Cysts of the Pancreas*, by N. Genn. M. D., of Milwaukee.

MATTISON.—*Avena Sativa in the treatment of Opium addiction*, by J. B. MATTISON, M.D., Brooklyn, N. Y.—Reprint from the *Medical Bulletin*, October, 1885.

SMITH.—*Hereditary or degenerative ataxia.—Six cases in one family; death of one case and autopsy*, by W. Everett SMITH, M.D.—Reprint from the *Boston Med. and Surg. Journal*. Boston, 1885.

PAQUIN.—*Instructions pratiques aux mères de famille sur les maladies des enfants. 1re livraison—Hygiène et maladies des organes de la digestion par le Dr Elz. Paquin—Ludington*, imprimerie de la Revue Canadienne de l'Ouest.

GEORGE.—*Duty of the State towards the Medical Profession.—An address delivered before the Medical Alumni Association of the University of Michigan by Conrad GEORGE, M.D., Ann-Arbor, Mich., June, 1885.*

VARIETES.

M. le D. L. P. LACHAPPELLE est de retour de son voyage au Mexique. Sa santé s'est considérablement améliorée.

Notre ami, M. le Dr W. PRÉVOST, a été, en décembre dernier, nommé Inspecteur sanitaire pour la Province de Québec.

Il nous fait plaisir d'apprendre que notre estimé collègue, M. le Dr DESROCHES, Rédacteur propriétaire du *Journal d'Hygiène populaire*, est aujourd'hui tout-à-fait rétabli de la grave indisposition qui l'avait retenu chez lui depuis la mi-novembre.

Par décret en date du 11 décembre 1885, M. Mathias DUVAL, agrégé des Facultés de médecine, a été nommé professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris, en remplacement de feu le prof. Robin.

SOLUTION LAROYENNE.—Pour toutes les diverses maladies qui sont sous la dépendance du système nerveux, nous pouvons sans crainte, et guidés par de nombreuses expériences, affirmer que la SOLUTION LAROYENNE est un des rares médicaments qu'on puisse avec succès et sans danger administrer aux malades.

Il n'est guère de cas, et il faut alors que le système nerveux soit bien profondément atteint, dont elle ne vienne à bout; encore procure-t-elle toujours un grand soulagement, une diminution remarquable et rapide dans le nombre des attaques. Et cela se conçoit, du reste, puisque la SOLUTION LAROYENNE, basée sur l'observation et les données les plus nouvelles de la science, se compose des antinerveux les plus puissants, associés à certaines autres substances qui en augmentent l'effet.

Le *Medical Analectic*, publié par la maison G. P. PUTNAM'S SONS, de New-York, sera dorénavant rédigé par M. le Dr. R. W. AMIDON. Cette intéressante revue occupait déjà une place aussi considérable que distinguée dans la presse médicale des États-Unis, et nous voyons avec plaisir que, sous la direction du Dr Amidon, des améliorations très importantes seront faites à la partie éditoriale qui embrassera la littérature médicale du monde entier. Prospérité et longue vie!

Nécrologie.—A New-York, John. C. DRAPER, M.D., L.L.D., professeur de chimie à l'Université de New-York, à Paris, M. Henri BOTLEY, président de l'Académie des sciences, professeur au Muséum d'histoire naturelle; le Dr RABUTEAU, connu par son *Traité de thérapeutique*; à Lille, M. le Dr WINTREBERT, vice-doyen de la Faculté catholique de médecine de Lille.

Université Laval, Montréal, FACULTÉ DE MÉDECINE.—Durant le terme de Pâques, les cours se donneront dans l'ordre suivant:

Pathologie générale.—Prof. E. P. LACHAPPELLE—8 h. a. m. tous les jours.

Chimie organique.—Prof. PAFARD—9 heures a. m. tous les jours (grand amphithéâtre.)

Pathologie externe.—Prof. BROSEAU—9 heures a. m. tous les jours (petit amphithéâtre.)

Anatomie descriptive.—Prof. LAMARCHE—10 h. a. m. tous les jours.

Anatomie pratique.—Prof. BERTHELOT—2 heures p. m. tous les jours jusqu'au 5 mars.

Médecine opératoire pratique.—Prof. N.....—2 heures p. m. tous les jours, après le 5 mars.

Pathologie interne.—Prof. ROTTOT—3 heures p. m. tous les jours.

Matière médicale.—Prof. DESROSIERS—4 h. p. m., tous les jours.

Tocologie.—Prof. DAGENAI—5 heures p. m. tous les jours.

CLINIQUES :—Hopital Notre-Dame.

Clinique ophthalmologique et otologique.—Prof. FOUCHER—9 heures a. m. lundi, mercredi et vendredi (facultative); mardi, jeudi et samedi (obligatoire.)

Clinique interne.—Prof. LARAMÉE—11 heures a. m., lundi, mercredi et vendredi.

Clinique externe.—Prof. BROSEAU—11 heures a. m. mardi, jeudi et samedi.

DÉCÈS.

Poulin—Le 16 décembre 1882, Louis-Philippe-Maurice, âgé de 1 an 11 mois et 8 jours, enfant de M. le Dr A. F. Poulin, de Victoriaville.

DESROSIERS.—A Montréal, le 27 décembre 1885, à l'âge de 11 mois et 24 jours, Jean-Etienne, enfant du Dr H. E. Desrosiers.