

Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

- Additional comments /
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

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

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

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME—M. FOUCHER.

Névrite optique et maladies cérébrales.

Depuis quelque temps, vous avez eu l'occasion d'observer, ici, à la clinique, plusieurs cas d'une maladie du fond de l'œil communément désignée sous le nom de névrite optique. Hier, vous assistiez à l'autopsie d'une femme qui, au cours d'une maladie cérébrale ayant rapidement déterminé la mort, a été atteinte de cette affection oculaire. Aujourd'hui, vous avez un autre exemple de névrite optique chez la malade couchée au no. 36 de la salle Ste. Marie et qui est atteinte en même temps d'une affection intra-cranienne. Je crois donc l'occasion favorable de vous parler de cette maladie du nerf optique qui établit des rapports si intimes entre l'œil et le cerveau, entre l'ophtalmologie et la médecine générale. Je ne traiterai pas ce sujet en suivant les règles étroites d'une leçon didactique, je me placerai au véritable point de vue clinique, en m'attachant surtout à certains détails importants des cas que nous avons observés et en négligeant ceux qui sont accessoires. Trois points méritent surtout de fixer l'attention dans l'étude de la névrite optique; ce sont: 1^o le diagnostic; 2^o l'étiologie; 3^o la valeur sémiologique.

Diagnostic.—On reconnaît l'existence de la névrite optique, aux changements survenus dans les vaisseaux centraux de la rétine et aux modifications qui se sont produites dans la papille elle-même, à la suite de causes diverses. Ces causes, de quelque nature qu'elles soient, ont pour effet de produire une gêne au cours du sang dans les vaisseaux centraux. Le sang pénètre difficilement dans l'œil et en sort avec beaucoup plus de difficulté. Les artères deviennent plus petites, rectilignes, les veines se gorgent de sang, augmentent de calibre et décrivent des sinuosités. Les veines, devenant plus remplies, sont plus rondes qu'à l'état normal et agissent alors à la façon d'un cylindre sur la lumière réfléchie. Il en résulte que les parois vasculaires paraissent rouges, tandis que le centre est occupé par un reflet blanc. Les artères, au contraire, paraissent plus pâles que de coutume et offrent une coloration uniforme. Dans la névrite optique, il se passe donc du côté des vaisseaux un phénomène inverse de celui qui se produit à l'état normal.

Les altérations de la papille sont constituées par une transudation séreuse qui se fait le long des grosses veines et qui altère la transparence du nerf et de la rétine avoisinante. Le pourtour de la papille est voilé, surtout du côté interne, parce que, à cet endroit, les fibres

nerveuses sont plus abondantes. Graduellement, le gonflement de la papille augmente, et il peut atteindre des proportions assez considérables pour masquer complètement les bords du disque optique et rendre difficile la découverte de la papille. Ce gonflement, pour peu qu'il soit prononcé, fait proéminer la papille du côté du corps vitré et fait en sorte qu'il n'y a plus de niveau entre la rétine et le nerf optique. L'œil emmetrope peut donc devenir hypermétrope, ou le vice de réfraction peut augmenter s'il existe déjà. La différence de réfraction entre le niveau de la rétine et celui de la papille est facilement appréciable en utilisant le déplacement parallactique.

Lorsque ces divers symptômes persistent pendant quelque temps, l'inflammation succède à l'œdème et envahit, non-seulement la papille, mais aussi la rétine. On voit alors, à ce degré plus avancé, apparaître des hémorragies le long des grosses veines dans la papille ou dans son voisinage. Ces hémorragies offrent une disposition striée. Les fibres nerveuses, au niveau de la papille, et près de là, dans la rétine, perdent leur transparence, se transforment en plaques blanches striées. L'inflammation envahit le tissu cellulaire de la rétine et il en résulte des taches blanches arrondies, réunies par groupes au devant desquelles passent les vaisseaux rétiniens. La membrane adventice des vaisseaux participe aussi aux lésions de l'inflammation. On voit apparaître, sur les parois vasculaires, une double ligne blanche qui vient se juxtaposer aux deux lignes rouges qui limitent le vaisseau affecté. A l'endroit de la macula on peut remarquer aussi une lésion toute particulière. A cet endroit, les fibres de Muller étant radiées, la sclérose offre l'apparence d'une étoile dont les branches brillantes rayonnent tout autour de la macula. Cette étoile se rencontre surtout dans la névro-rétinite de Bright.

Le tableau détaillé qui précède n'est pas toujours complet dans chaque cas particulier qui se présente. Le gonflement de la papille est quelquefois à peine appréciable, les hémorragies, les plaques blanches manquent souvent: tel était le cas de la malade dont nous avons fait l'autopsie hier. Par contre, la malade couchée au no. 36 offre un œdème papillaire des plus caractéristiques; on remarque aussi des plaques blanches sous forme de stries au pourtour de la papille et des hémorragies le long des gros vaisseaux.

Ces différences dans l'aspect papillaire ont conduit les auteurs à admettre plusieurs variétés de névrite. Il y aurait la névrite descendante, c'est-à-dire se propageant du cerveau à la papille, une névrite rétro-bulbaire, comme on pourrait en observer une à la suite d'un phlegmon de l'orbite, la névrite ascendante, se propageant de la papille vers le cerveau, et enfin une fausse névrite, c'est-à-dire une stase papillaire, soit qu'il y ait simplement œdème de la papille sans inflammation des fibres nerveuses, soit qu'il y ait névrite véritable consécutive à l'œdème. Ces différentes sortes de névrites optiques sont incertaines, mais leur diagnostic différentiel à l'ophtalmoscope est entouré de telles difficultés et de telles incertitudes qu'il n'y a pas lieu d'attacher une très-grande importance aux assertions de ceux qui prétendent fixer d'une manière absolue le diagnostic différentiel en pareil cas.

Etiologie.—Après avoir reconnu l'existence de la névrite, il faut en trouver la cause. Que n'a-t-on pas dit, depuis quelques années, pour

expliquer la pathogénie de cette affection ! Il serait trop long de passer en revue toutes les théories qui ont été émises à ce sujet, arrêtons-nous seulement aux principales.

De Graefe, ayant observé que la névrite optique coïncidait souvent avec des affections cérébrales, a émis l'opinion que l'altération du nerf optique était une névrite descendante, une migration de l'inflammation du cerveau à la papille. Plus tard, s'étant convaincu que cette théorie était insuffisante et inacceptable, il soutint que la névrite optique était due à l'exagération de la pression intracranienne. Il admit encore que les tumeurs cérébrales et les diverses affections qui diminuent la capacité crânienne retentissent sur la pupille en comprimant les sinus caverneux. Le cours du sang étant arrêté dans ce sinus, il devait en résulter une gêne de la circulation centrale de la rétine qui se jettent dans ce sinus et un œdème papillaire.

Benediek attribua la névrite à une névrose du grand sympathique, névrose produisant des troubles vasomoteurs dans le cerveau et comme résultat ultérieur des altérations trophiques.

On sait que Schmidt et Manz ont découvert des communications entre l'espace vaginal compris entre les deux gaines du nerf optique et la cavité crânienne. Ces auteurs ont pensé que cet espace s'ouvrait dans la cavité même de l'arachnoïde. Parineau a cru qu'il s'ouvre plutôt dans l'espace sous arachnoïdien.

Quoiqu'il en soit de cette divergence d'opinion, la communication de l'espace vaginal avec la cavité crânienne étant admise, plusieurs auteurs ont cru que la névrite optique est due à ce que des liquides sont refoulés du cerveau à l'extrémité oculaire du nerf optique. Le liquide, en augmentant entre les gaines, finit par comprimer le nerf, et il en résulte une gêne de la circulation dans les veines centrales de la papille, et la stase veineuse produit l'œdème papillaire.

D'après quelques autres auteurs, il y a migration du liquide céphalo-rachidien ou des produits inflammatoires refoulés par la pression intracranienne jusque dans la papille elle-même. La différence entre les deux théories repose sur ce que, dans la première, la névrite serait due à une gêne de la circulation veineuse, tandis que dans la seconde, l'œdème résulterait immédiatement du liquide qui se répand dans la papille. Selon Parineau, la névrite optique est le résultat de l'hydrocéphalie et de l'exagération de la pression intra-crânienne. Dans ce cas, il se produit un œdème cérébral partiel ou généralisé dû à une stase lymphatique, et le nerf optique participe à cet œdème pour la même raison.

Voilà quelles sont les principales théories de la névrite optique. Examinons maintenant les objections qui sont faites à chacune d'elles. On a répliqué à de Graefe que la névrite ne se produisait pas toujours par migration, du cerveau à la papille; la névrite optique au lieu d'être descendante est quelques fois ascendante, toutes les affections cérébrales ne se compliquent pas nécessairement de névrite, le foyer inflammatoire dans le cerveau est quelquefois très éloigné de l'origine ou du trajet des nerfs optiques; en outre, le terme de névrite est souvent impropre, attendu qu'il ne s'agit dans bien des cas que d'un simple œdème papillaire. Une autre raison, c'est que, au lieu d'observer de la névrite, on remarque très-souvent de l'atrophie simple, dans les tumeurs cérébrales, par exemple. A la théorie de la pression

intra-crânienne, on peut objecter que des tumeurs volumineuses, exagérant par conséquent la pression, ne produisent pas toujours de névrites, tandis que des tumeurs d'un petit volume s'accompagnent quelquefois d'un œdème papillaire" considérable. En attribuant à la compression du sinus caverneux l'œdème de la papille, de Graefe s'était trompé. En effet, on sait aujourd'hui que les parois ostéo-fibreuses du sinus offrent une résistance considérable, et que d'ailleurs, ce sinus étant obstrué, la veine ophthalmique trouverait compensation dans la circulation faciale.

La théorie de Benedick ne repose que sur des vues de l'esprit, elle est ingénieuse, mais elle ne satisfait pas. Toutes les théories qui reposent sur les vaso-moteurs ou les vaso-dilatateurs échappent à toute critique.

La théorie de la stase veineuse produite par les liquides qui fusent dans l'espace sous-vaginal est passible des objections suivantes : pourquoi l'œdème se limite-t-il à l'extrémité oculaire du nerf optique? pourquoi n'envahit-il pas la rétine? pourquoi les veines se dilatent-elles, quelquefois, après le gonflement de la papille? si la stase veineuse est la cause de l'œdème, on devrait remarquer le phénomène contraire. Enfin, ne peut-on pas dire que la stase veineuse résulte plutôt de l'œdème?

La théorie du refoulement des liquides intra-crâniens jusque dans la papille même n'est pas confirmée par les expériences sur les animaux. Dans aucun cas, on n'est parvenu à faire pénétrer des injections jusque dans la papille, même en employant toutes sortes de procédés.

La théorie de Parineau, bien qu'elle s'appuie sur des données anatomopathologiques sérieuses, n'échappe pas à la critique. Abadie lui fait les objections suivantes : Une hémorrhagie intra-vaginale, soit spontanée, soit consécutive à un traumatisme, qui comprime le nerf optique n'est pas suivie de névrite par étranglement. Pendant la période d'état de la névrite, l'état cérébral peut rester tellement suffisant qu'il est impossible d'admettre que la pulpe encéphalique ait été désorganisée par infiltration de sérosité.

En présence de ces divergences d'opinion, que reste-t-il à conclure? Peu de chose; il faut chercher des renseignements dans l'anatomie pathologique. C'est ce que nous avons eu l'occasion de faire ici, quelquefois, à l'Hôpital Notre Dame, en procédant à l'autopsie des malades succombés au cours d'affections cérébrales accompagnées ou non de névrite optique. Ces examens *post mortem*, quoiqu'en petit nombre encore, ont confirmé en tout point les opinions de M. Parineau, en rattachant la névrite optique à l'hydrocéphalie accompagnée d'une exagération de la pression intra-crânienne et à l'œdème cérébral.

1^o *Hydrocéphalie ventriculaire et exagération de la pression intra-crânienne.*—Il y a quelques mois, nous avons publié, dans L'UNION MÉDICALE, une observation dont nous allons résumer ici les traits les plus saillants. Un homme, âgé de 43 ans, fait une chute du haut d'un mur de revêtement et se contusionne la tête. Deux mois et demi après, le malade se réveille, un matin, aphasique avec une céphalalgie intense. Les vomissements apparaissent et se répètent les jours suivants : l'examen ophthalmoscopique révèle l'existence d'une névrite optique. Trois jours après son arrivée à l'Hôpital le malade meurt.

À l'autopsie, les méninges sont fortement congestionnées et les sinus

gorgés de sang noir. On découvre quelques adhérences partielles entre les deux feuilletts de l'arachnoïde, surtout au niveau de la scissure inter-hémi-phérique. La partie antérieure du lobe gauche présente un ramollissement considérable, et on y constate de la fluctuation. A cet endroit, sur un espace d'environ deux pouces carrés, les méninges sont enflammées, épaissies et adhérentes les unes aux autres. En les onlevant, on ouvre la cavité d'un abcès enkysté, occupant les 2/3 antérieurs du lobe frontal gauche et contenant une once de pus. Il y a une infiltration considérable de sérosité dans le tissu cérébral tout autour du foyer. Une incision pratiquée dans ce tissu, infiltré jusqu'au niveau des ventricules, laisse échapper une grande quantité de sérosité. Voilà donc une observation convaincante.

La malade dont nous avons fait l'autopsie hier en est un nouvel exemple. Son observation vous est déjà connue; inutile de la rapporter de nouveau dans tous ses détails.

Rappelons seulement qu'après avoir mesuré le liquide contenu dans les ventricules, nous l'avons évalué à 2 onces. De plus, les parois ventriculaires étaient atteintes de ramollissement.

Pour démontrer le rôle que joue l'hydrocéphalie dans l'étiologie de la névrite, nous pouvons encore citer le cas d'un enfant de 18 mois, ayant succombé au cours du développement d'un fungus hématode de la dure-mère et chez lequel, pendant la vie, on ne constata qu'une simple atrophie et à l'autopsie aucun épanchement dans les ventricules. Nous pourrions mettre en ligne de compte aussi les cas de deux autres malades morts d'affections cérébrales sans avoir été atteint pendant leur vie de névrite optique et qui à l'autopsie ne présentèrent ni hydrocéphalie ventriculaire ni œdème cérébral.

Voilà donc des observations concluantes, et qui le deviennent davantage lorsqu'elles s'accordent avec celles de plusieurs autres.

Il ne faut pas en conclure cependant que toute hydropisie ventriculaire s'accompagne nécessairement de névrite. On observe, en effet, des cas d'hydropisie où la névrite manque.

* L'hydrocéphalie en est un exemple frappant. Cette maladie, chez les jeunes enfants, est rarement suivie de névrite optique. Parineau donne pour raison à ce fait que la névrite optique se produit sous l'effet de l'hydropisie ventriculaire, à condition que la pression intra-crânienne augmente et éprouve une résistance assez considérable dans les parois crâniennes. Il est vrai que dans l'hydrocéphalie, la pression intra-crânienne augmente, mais les parois du crâne offrent-elles une résistance suffisante, chez les jeunes enfants, non, parce que les os, n'étant pas soudés, se laissent distendre facilement par le liquide. C'est ce qui expliquerait le manque de névrite dans certaines hydropisies ventriculaires.

La pression intra-crânienne est donc, elle aussi, un facteur important de la névrite optique.

^{2o} Toute névrite optique s'accompagne d'œdème cérébral. L'œdème de la papille n'est lui-même qu'un œdème analogue à celui du cerveau. Les autopsies que nous venons de relater démontrent encore la vérité de ce fait. Dans un cas, il y avait œdème généralisé, dans le cas d'hier, l'œdème, le ramollissement, étaient surtout appréciables au niveau des parois ventriculaires.

Quel est la cause de cet œdème du cerveau, puisqu'il est le même que celui de la papille?

Parineau soutient qu'il est dû à une gêne dans la circulation lymphatique du nerf optique et du cerveau.

On considère généralement aujourd'hui les cavités ventriculaires et sous-arachnoïdiennes comme étant de vastes réservoirs lymphatiques, dans lesquels vont se déverser les vaisseaux lymphatiques du cerveau et du nerf optique. Si, pour une cause ou pour une autre, à la suite d'un violent traumatisme du crâne, par exemple, le liquide céphalo-rachidien augmente et modifie la tension des cavités qui le contiennent, il en résulte une gêne dans la circulation lymphatique du cerveau: or comme le nerf optique a une circulation lymphatique commune avec celle du cerveau, il en résulte aussi une gêne dans la circulation lymphatique du nerf optique.

Cette stase a pour effet de pénétrer la substance nerveuse, de constituer ce qu'on appelle l'œdème cérébral. Nous avons donc, sous les yeux, un phénomène analogue à celui qui se passe toutes les fois qu'il y a obstacle à la circulation nerveuse. Cette théorie de Parineau, quelles que soient les objections que l'on puisse y faire, repose, à n'en pas douter, sur des bases très sérieuses.

Valeur sémiologique.—Il me reste maintenant à vous parler de la valeur sémiologique de la névrite optique dans les affections cérébrales. Le clinicien a besoin d'être renseigné à ce sujet: pour lui, toute l'importance de la question est là.

Si l'on considère le nerf optique comme étant une expansion du cerveau, on est tenté de croire que toute affection cérébrale retentit sur le nerf optique et se reflète en quelque sorte à son extrémité intra-oculaire, visible à l'ophtalmoscope. Malgré les affirmations de quelques auteurs, et l'avantage immense qu'il y aurait pour le médecin à lire le diagnostic des maladies cérébrales sur le fond de l'œil, la clinique nous a appris à nous contenter de beaucoup moins que cela. *Un grand nombre d'affections cérébrales apparaissent, évoluent et même causent la mort, sans que, pendant la vie, le moindre changement se soit manifesté dans le fond de l'œil.* D'un autre côté, beaucoup d'affections intra-crâniennes, même parmi celles qui ne sont pas mortelles, s'accompagnent de troubles papillaires, soit sous forme d'atrophie, soit sous forme de névrite ou d'écchymose: les tumeurs cérébrales, par exemple, peuvent s'accompagner de névrite optique ou d'atrophie simple de la papille, ou encore ne produire aucune complication du côté de l'œil. Il en est de même de presque toutes les affections intra-crâniennes qui ont des rapports avec la névrite optique. *on ne peut donc pas établir, d'une manière absolue, des relations de cause à effet entre les affections cérébrales et les affections de la papille optique: et surtout de la névrite: ces relations sont conditionnelles.* Quelle est la condition pour qu'une affection cérébrale retentisse sur la papille en produisant la névrite, ou, ce qui revient au même, quelle est la signification clinique de la névrite optique?

Sans nous occuper ici des théories qui ont cours sur l'étiologie de cette affection, en nous basant seulement sur l'anatomie pathologique et le résultat des autopsies, jusqu'à ce jour, nous sommes autorisés à croire que névrite optique signifie hydropisie ventriculaire, œdème cérébral partiel ou généralisé et exagération de la pression intra-crânienne. Rien de plus, rien de moins. On doit donc s'attendre à rencontrer la névrite optique surtout dans les affections qui s'accompagnent

d'épanchement ventriculaire. A ce titre, la méningite joue un grand rôle dans la production de cette complication et, c'est elle aussi qui s'accompagne le plus souvent de névrite optique. On sera surtout justifiable de conclure à l'existence d'une hydropisie ventriculaire et d'un œdème cérébral, si la névrite optique se présente au cours d'une affection cérébrale qui trouble plus ou moins profondément ces fonctions du cerveau. Dans les cas où la névrite optique coïncide avec un état général satisfaisant, avec des symptômes de maladie à peine marqués du côté des méninges et de la substance cérébrale, il est prudent de ne pas attacher une trop grande importance à l'œdème papillaire.

Il reste un point important à élucider dans l'étiologie de la névrite; il reste à savoir si la théorie de Parinaud est applicable à tous les cas de névrite d'origine cérébrale. Jusqu'à présent, il est impossible de se prononcer d'une manière absolue. C'est pourquoi la valeur sémiologique de la névrite optique n'offre qu'une importance relative. On doit toujours faire l'examen ophthalmoscopique à la suite de traumatismes cérébraux. Cet examen révèle souvent l'existence d'une névrite optique mais, dans ces cas comme dans d'autres, *il est impossible d'en conclure que la maladie sera grave ou bénigne*. Pour ma part, j'ai observé deux malades qui, à la suite de violents traumatismes du crâne, dont l'un était constitué par une fracture de la base du crâne, et l'autre par une fracture du frontal, ont été atteints de névrite optique et sont aujourd'hui en bon état de santé.

La malade couchée au No 36 de la salle Ste-Marie, après avoir présenté tous les symptômes de la stase papillaire, après avoir été atteinte de délire aigu et laissé peu d'espoir sur sa guérison, est maintenant convalescente, et cependant la névrite optique dont elle a été atteinte était beaucoup plus marquée que chez la malade dont nous venons de faire l'autopsie.

En résumé, si la névrite optique signifie souvent œdème cérébral, hydropisie ventriculaire et pression intra-crânienne, elle ne signifie pas toujours maladie grave et mortelle.

Chirurgie infantile—Emploi du laudanum—Diarrhée des enfants;

par SÉVERIN LACHAPELLE, M.D., St. Henri de Montréal.

J. C..... enfant de trois ans, se fit une blessure au ventre dans l'hypocondre gauche, le long des côtes flottantes; cette blessure fut causée par un morceau de verre. Demandé trois heures après l'accident pour examiner l'enfant, je constatai la sortie de l'omentum dans une longueur de trois à quatre pouces. L'omentum était mince, à son état naturel; j'essayai la réduction et ne pouvant réussir, je pensai que l'incision de la partie externe de cet omentum, et une suture ordinaire, comprenant le péritoine dans les deux lèvres de la plaie, devaient être nécessitées par les circonstances, de sorte que je fis demander M. le Dr Brosseau à cet effet.

Le péritoine fut trouvé très enflammé, épaissi, malgré qu'une petite heure seulement se fut écoulée depuis le premier examen; la réduction offrait donc encore plus de difficulté et devenait aussi moins rationnelle. Suture fut faite de la plaie telle qu'elle se présentait, et l'incision de l'omentum resté en dehors.

Le petit opéré a guéri, en jouant, par première intention. La plaie ne présente plus aujourd'hui qu'une bosselure interne, faisant prééminence en bas de la cicatrice.

Le traitement a consisté en un bandage d'emplâtre adhésif large, et dans l'administration du laudanum, cinq gouttes toutes les six heures.

Ce cas nous prouve que la chirurgie, infantile surtout, nous offre des avantages surprenants, et ensuite qu'il est peut être plus avantageux dans tous les cas d'éventration, quand l'omentum est sorti, de l'exciser, plutôt que de le remettre dans sa cavité naturelle. Si je n'en souviens bien, un cas de ce genre s'est présenté dans une cause devenue célèbre, parcequ'elle était criminelle; réduction de l'omentum fut faite et l'individu mourut de péritonite; dans ce dernier cas, le couteau de l'assassin était peut être moins coupable que le traitement.

* * *

Au sujet du laudanum administré à mon petit blessé, je ferai remarquer que l'expérience de chaque jour vient confirmer l'opinion que l'usage du laudanum est moins dangereux que celui de tous nos sirops patentés qui inondent le commerce. Je fais acheter un compte goutte avec la quantité de laudanum voulu, j'augmente la dose d'une goutte chaque soir, si la dernière dose a paru insuffisante, et je ne comprends pas que jamais empoisonnement puisse survenir de cette manière. Avec nos sirops de l'épicerie, nous avons un dosage non suffisamment contrôlé, et par conséquent irrégulier; de là, les accidents survenant assez fréquemment.

* * *

Le chiffre de la mortalité infantile durant le cours de la saison chaude semble être le même cette année que les années précédentes; de sorte que la diarrhée, qui en est la cause principale, est, nous devons le conclure, aussi mortelle cette année que jamais. C'est là un fait regrettable à constater, parceque je crois que nous pouvons dire sans trop exagérer que la diarrhée des enfants est curable, et qu'elle ne doit pas être mortelle, comme nous le constatons malheureusement trop souvent. J'attirerai donc l'attention sur l'étude faite à ce sujet par Jules Simon et publié dans l'UNION MÉDICALE. Le savant clinicien nous fait constater les différentes variétés de diarrhée et le traitement qui convient à chacune d'elles. Je ferai remarquer qu'ici la diarrhée la plus fréquente est celle à forme lientérique se terminant généralement par la dysenterie. Elle est causée plus particulièrement par la mauvaise alimentation. Puisque c'est cette variété qui existe parmi nous, notre médication doit donc varier en proportion. Les purgatifs astringents n'ont plus ici leur raison d'être, il faut faciliter la digestion des aliments par autre chose; néanmoins, les purgatifs astringents ou les astringents seuls peuvent ici être employés comme adjuvants, sinon comme médication principale. Voici la médication à laquelle j'ai recours le plus souvent :

Syrup rhæi co.	ʒi
Tr. catechu	ʒss
Tr. opii camph	ʒss
Aq. caleis	ʒii

Dose : une demi cuillerée à thé pour un enfant d'un an, toutes les six heures jusqu'à effet ; si l'effet n'est pas satisfaisant, et que la diarrhée persiste, j'augmente graduellement la dose, ou plutôt je la répète plus fréquemment. La dissenterie est traitée localement par les injections mucilagineuses opiacées.

Empoisonnement par la santonine : accidents convulsifs ; guérison ;

par J. LEROUX, M D., Montréal.

Le 20 juin dernier, vers six heures du soir, j'étais appelé par Mme X... auprès de sa petite fille, âgée de trois ans, qui venait, disait-on, d'avaler accidentellement douze doses d'adulte d'un médicament patenté nommé *Wilson's Dead Shot for Worms*.

A mon arrivée, je trouvai l'enfant dans les bras de sa mère ; elle venait précisément de vomir. Le tronc et les membres étaient rigides, la face bouffie, congestionnée, couverte de sueurs, les lèvres livides, l'œil fixe, les pupilles dilatées, la pupille droite l'étant un peu plus que la pupille gauche, le pouls normal, la respiration embarrassée comme dans les cas de convulsions tétaniques. Au bout de quelques minutes, il y eut relâchement complet des muscles convulsés. J'en profitai pour administrer à plusieurs reprises à la petite malade du lait, puis de l'albumine (blanc d'œuf.) Après chaque ingestion il y eut des vomissements pleins et entiers. Finalement, une dose de 15 gouttes de vin d'ipécac fut également suivie de vomissements. L'enfant eut alors un peu de délire et prononçait des paroles incohérentes ; le pouce, l'index et le médus de la main droite étaient légèrement contracturés. Je remarquai de plus un peu d'écume à la bouche.

Le médecin ordinaire de la famille étant arrivé sur ces entrefaites, je lui rendis compte de mes observations et de ce que j'avais cru devoir faire. Je ne fus ni blâmé ni approuvé. Nous nous retirâmes alors à l'écart pour nous consulter. Mon confrère émit l'opinion que le cerveau de l'enfant était malade et avait besoin d'être *nettoyé* (sic), que dans ce but il fallait administrer 10 à 12 grains de calomel, appliquer des compresses froides sur la tête et des sinapismes sur la poitrine et les mollets.

Pour moi qui voyais dans le cas présent un empoisonnement par une substance tétanique et qui savais que les poisons de ce genre s'absorbent en général rapidement, j'avoue que j'accordais peu de confiance au calomel qui aurait eu l'inconvénient d'irriter davantage le tube digestif ; je croyais plutôt à l'opportunité d'administrer un sédatif quelconque, chloroforme, chloral, opium ou bromure. Mais l'avis du vieux praticien, mon confrère, l'emporta sur celui du jeune médecin et fut sanctionné par la famille ; le traitement fut donc insitué tel que dit plus haut : calomel, sinapismes, etc.

Au bout de quinze minutes les pupilles se dilatèrent de nouveau, le trismus se montra ainsi que les convulsions franchement tétaniformes : opisthotonos, etc. A ce moment, le médecin de la famille se retira en disant qu'il avait une autre visite à faire, et prescrivant un grain de calomel à mettre sur la langue de la petite malade toutes les demi-heures. Diète : bouillon de bœuf.

Alarmé de la tournure que prenaient les choses et ne voulant pas transiger avec mon devoir qui était de sauver cette malade si la chose était possible, je dis à la mère de l'enfant que je prenais sur moi d'administrer de la morphine, ce que je fis tout de suite. J'injectai hypodermiquement un douzième de grain et attendis dix minutes. Les accès convulsifs ne cédant en aucune façon, je renouvelai la dose, et, au bout de dix autres minutes, la renouvelai encore. Mon confrère arrivant alors, et apprenant ce que j'avais fait, me blâma fortement et prétendit que la morphine pouvait être la cause des convulsions. Huit minutes environ après l'arrivée du docteur, le trismus disparaissait et tous les muscles étaient dans un relâchement complet.

Comme la respiration était quelque peu gênée, que le pouls était ralenti et devenu plus compressible, que la pupille se contractait, je craignis d'avoir dépassé le but que je m'étais proposé, et pour parer à cet inconvénient, je voulus pratiquer des injections anales au moyen d'une infusion de thé vert, mais mon confrère s'y opposa. Il consentit cependant à faire donner à l'enfant un peu de brandy dilué.

Il était alors 7 heures du soir. Le docteur étant parti de nouveau, je restai auprès de la malade jusqu'à onze heures. Pendant ce laps de temps, ma patiente n'eut pas un seul mouvement convulsif; elle reprit graduellement connaissance, et quand je m'éloignai à mon tour, elle reconnaissait bien ceux qui l'entouraient et parlait avec facilité.

La nuit fut assez bonne. La malade se plaignit seulement de gêne à la région épigastrique et de gastralgie. Le lendemain les urines étaient d'un rouge intense et causaient une sensation de brûlure au passage. Je prescrivis une diète lactée; des boissons délayantes, tisane de graine de lin avec bicarbonate de soude.

Durant les quatre ou cinq jours qui suivirent, les symptômes de gastrite allèrent en diminuant, l'urine conservant encore sa couleur rouge carmin. En soumettant cette urine aux réactifs, j'y constatai la présence de l'albumine en assez grande quantité dès le 21. Le 25 il n'y en avait plus que des traces qui disparurent tout à fait le 27.

Le *Wilson's Dead Shot for Worms*, soumis à l'analyse suivant le procédé de Bouchardat, a donné le résultat suivant: En dissolvant la matière suspecte et la soumettant à l'ébullition, pour la traiter ensuite par la potasse et l'alcool, on obtient une coloration jaunâtre du liquide, coloration qui passe successivement au jaune, jaune rougeâtre et rouge. L'urine soumise à la même expérience donne des résultats identiques.

Quand bien même l'analyse du poison en question n'aurait pas été faite, il était assez rationnel de supposer, par la nature des symptômes, les convulsions tétaniformes, la coloration rouge-cramoisi des urines, et la présence de l'albumine dans celles-ci, que la substance ingérée devait être de la santonine.

Wood, de Philadelphie, décrit ainsi (1) la symptomatologie de cet empoisonnement: Pâleur extrême de la face, quelquefois cyanosé limitée au pourtour des yeux ou étendue à tout le visage; vomissements quelquefois accompagnés de coliques, vertige, apathie ou même stupeur intellectuelle, refroidissement de la surface, sueurs profuses, tremblement, mydriase et finalement perte de connaissance et convulsions, ces dernières étant souvent violentes et accompagnées d'opisto-

(1) *Treatise on Therapeutics*, by H. C. Wood, M.D., Philadelphia, 1871.

thonos et d'emprostthonos, etc. L'urine présente dans ces cas un signe très caractéristique consistant en une coloration jaune safran ou jaune orange qui devient rouge par l'addition d'un alcali.

M. Labbé a donné dans le *Journal de thérapeutique* de novembre 1878 une série d'observations d'où il résulte que les symptômes observés étaient les mêmes que ceux décrits plus haut. Lui aussi a constaté des convulsions épileptiformes, parfois de l'opisthomonos, coma profond, etc., urine fortement colorée en jaune orange, etc.

La dyschromatopsie spéciale qui fait voir les objets colorés en jaune est mentionnée tout spécialement par Wood et Labbé. L'âge de l'enfant n'a pu, dans le cas que je viens de rapporter, nous permettre de constater ce singulier phénomène que le professeur Giovanni rapporte comme on sait à une simple action de teinture (1).

Polypnée hystérique simulant une dyspnée cardiaque ou diabétique.—Le Dr. E. Mackey (*Lancet*, février 1883) rapporte le cas d'une fille âgée de dix-sept ans auprès de laquelle il fut appelé plusieurs fois, les parents la croyant à l'article de la mort. Cette malade n'était qu'hystérique et le trouble était purement fonctionnel.

Le Dr. Mackey établit le diagnostic suivant entre la dyspnée hystérique et celle due au diabète. Dans cette dernière, l'attaque est violente et soudaine; les inspirations sont profondes; l'air pénètre bien dans les poumons, mais ne semble pas oxygéner le sang: les accès peuvent se répéter plusieurs fois, mais finalement le patient perd connaissance, la mort survenant au bout de dix heures à trois jours. Les mouvements respiratoires dépassent rarement quarante par minute, tandis que le pouls est petit, faible et très-rapide. Dans la dyspnée hystérique, les mouvements respiratoires atteignent le chiffre de 80 ou même 120 par minute, pendant que le pouls varie entre soixante et quatre-vingt. L'histoire du cas et les symptômes commémoratifs aident beaucoup, en outre, à établir le diagnostic.—*N. Y. Medical Record*.

Injections sous-cutanées d'eau pour calmer la toux.—Pour calmer la toux dans les cas de phthisie, de pleurésie, de bronchite, dit l'*Union médicale*, le Dr. Landouzy injecte sous la peau le contenu d'une seringue de Pravaz d'eau distillée, additionné de quelques gouttes d'hydrolat de laurier-cerise. L'injection paraît d'autant plus efficace qu'elle est poussée plus près des points dans lesquels les malades accusent les sensations de cuisson, de picotement, de fourmillement qui semblent être le point de départ de la toux. Par exemple, pour la phthisie laryngée, on pratique l'injection sur les côtés du larynx. Dans les pleurésies circonscrites et les bronchites des sommets, on pique dans les espaces intercostaux douloureux. Le malade obtient, grâce à cette injection, un repos plus ou moins prolongé.—*Revue méd. franç. et étrang.*

Désavantages de l'antropophagie.—En 1848, dit l'*Australasian Medical Journal*, un homme du nom de Sutton fut massacré rôti et mangé par les guerriers d'une tribu sauvage de la Nouvelle-Calédonie. Sutton étant affecté de syphilis, tous ceux qui en mangèrent moururent peu de temps après, présentant les symptômes d'un véritable empoisonnement.—*N. Y. Med. Abstract*.

(1) Voir *Union Médicale du Canada*, 1875, page 201 et suivantes.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

De la pérityphlite primitive (1).—Leçon clinique professée par M. BREQVOY à l'hôpital Cochin.— Ces deux faits vous permettent déjà de vous rendre compte de ce qu'est la pérityphlite primitive. Il va donc nous être facile d'en compléter l'exposé des symptômes et d'en faire le diagnostic.

Si l'on en jugeait par le silence des auteurs, cette variété d'inflammation péricœcale serait exceptionnelle. Il n'en est rien et je me hâte de vous dire qu'observant dans un milieu spécial, chez de jeunes sujets, j'ai tous les ans l'occasion d'en voir un certain nombre. La pérityphlite primitive, comme dans les exemples que je vous ai rapportés, se voit surtout, presque exclusivement, dirai-je, chez les jeunes sujets, et en particulier chez ceux du sexe masculin. Rarement observée après trente ans, elle est très commune chez les enfants.

Les causes en sont difficiles à préciser. D'après mes observations personnelles, elle se développe le plus souvent sous l'influence d'un exercice violent, d'une fatigue excessive. Je l'ai souvent vue déterminée par une course, une marche précipitée faite immédiatement après le repas, pendant le travail de la digestion.

Le froid paraît jouer un certain rôle dans son développement. Je n'irai cependant pas jusqu'à l'appeler pérityphlite rhumatismale en me servant d'un terme emprunté à Niemeyer.

En l'absence de causes appréciables dans nombre de cas, il est permis de se demander s'il n'y a pas quelque structure anatomique de l'organe, quelque particularité dans la texture du tissu cellulaire péricœcal qui doive être incriminé. C'est aux anatomistes de répondre.

Les causes de la pérityphlite secondaire sont au contraire la plupart du temps faciles à retrouver. Nous n'avons qu'à nous rappeler qu'elle accompagne les lésions de l'appendice cœcal ou du cœcum (inflammations, ulcérations, perforations par suite de la présence de corps étrangers, de concrétions intestinales, de matières fécales durcies). Elle vient à la suite de la constipation invétérée. La pérityphlite primitive n'a rien à voir avec la constipation. Nos sujets n'étaient pas constipés quand ils sont tombés malades. Les femmes, les vieillards sont très exposés à la constipation, et c'est justement dans ces conditions de sexe et d'âge que la pérityphlite primitive est rare.

La pérityphlite primitive débute à la manière des maladies aiguës, par des frissons, de la fièvre, des douleurs abdominales, des nausées et des vomissements. Bientôt les phénomènes se localisent dans l'abdomen et se manifeste ce symptôme qu'on pourrait appeler pathognomonique de notre maladie, la tumeur cœcale et péricœcale. Cette tumeur siège dans la fosse iliaque droite, et sa forme rappelle celle de l'organe affecté.

C'est une tuméfaction plutôt qu'une tumeur. Elle est mal circonscrite, très douloureuse à la pression, résistante plutôt que dure,

1. Suite et fin.— Voir la livraison de juillet.

ordinairement immobile se laissant un peu déplacer quand elle proémine. Elle occupe la fosse iliaque interne du côté droit. Elle se porte en dehors et remonte quelquefois jusqu'à l'hypochondre. A son niveau, la sonorité est peu considérable, mais la matité n'est pas absolue.

La pérityphlite primitive se terminant presque toujours par la guérison, la constatation anatomique fait défaut, et nous ne pouvons que faire des hypothèses au sujet du siège des lésions. Je crois cependant pouvoir dire que l'inflammation siège dans le tissu cellulaire qui enveloppe la partie du cœcum non recouverte par le péritoine. Pour avancer ce fait, je m'appuie sur ces symptômes: immobilité de la tumeur dès le début, absence de symptômes purement intestinaux (diarrhée ou constipation), demi-sonorité du cœcum. Enfin les symptômes du début sont d'une extrême acuité. Ils sont ceux d'un phlegmon, et ce phlegmon ne peut avoir pour siège que le tissu cellulaire.

Que le péritoine qui passe au-devant du cœcum participe à cette inflammation, cela n'est pas douteux dans certains cas. La diffusion de la tuméfaction, le météorisme abdominal, la douleur généralisée à l'abdomen, le péritonite qui se généralise, les reliquats inflammatoires, dont j'aurai bientôt à vous parler chez certains malades, témoignent bien que le péritoine peut être intéressé. Mais cette inflammation du péritoine n'influe en rien notre dénomination. C'est le tissu cellulaire périœcal qui s'enflamme primitivement. L'inflammation, qu'elle siège en arrière du cœcum dans le tissu cellulaire, qu'elle atteigne simultanément le péritoine en avant, est bien toujours une inflammation périœcale. C'est une pérityphlite et elle est primitive.

Les lésions ne se limitent d'ailleurs pas aux tissus périœcaux. Elles gagnent les tuniques du cœcum qui s'engorgent, s'épaississent, s'infiltrent. L'organe se météorise, et alors la tumeur se trouve constituée avec tous ses caractères: résistance, sonorité profonde, induration périphérique.

Cette tumeur se termine presque toujours par résolution: le suppuration qui est la règle dans la pérityphlite secondaire est ici l'exception. Les phénomènes généraux s'amendent, les symptômes locaux diminuent d'acuité, la tuméfaction disparaît et la guérison complète est la règle. Dans bien des cas, cependant, il reste des adhérences, des rétractions fibreuses du tissu enflammé qui un jour ou l'autre donneront lieu à des récidives.

Comme exemple de cette terminaison et de ces récidives, je peux vous rapporter l'observation d'un malade qui a été soigné dans nos salles et qui présentait une récidive évidente de pérityphlite.

C'est un nommé Simonin, âgé de 17 ans, cordonnier.

Le malade racontait avoir été pris, il y a dix-huit mois, d'accidents semblables à ceux pour lesquels il entraît actuellement à l'hôpital. Il était resté alors sept jours dans le service de M. T. Anger, qui diagnostiqua une typhlite. Jamais il n'avait eu d'autre maladie.

Depuis cette époque, le malade allait très bien, n'avait pas de constipation habituelle, lorsque, dans la nuit du 15, il fut pris de coliques violentes. Le lendemain, une diarrhée abondante s'établissait.

Au moment du premier examen, nous constatons une fièvre assez vive, un état saburral marqué, avec une langue blanche, pâteuse, envies de vomir. Le ventre est un peu ballonné, surtout à la partie inférieure qui forme, au niveau des fosses iliaques et de la ligne médiane (partie

sus pubienne, un relief très marqué. La tuméfaction est toutefois plus prononcée du côté droit. La palpation est douloureuse à droite et à gauche. La tumeur est légèrement sonore, un peu gargonillante. Elle présente une certaine fluctuation.

20. La tumeur a diminué de volume. Elle est, à cette date, bien plus prononcée du côté droit que du gauche.

22. La tumeur s'est encore affaissée. Le malade a, d'ailleurs, eu beaucoup de diarrhée depuis deux jours et on a pu constater dans les gardes-robes la présence d'un peu de sang.

26. La tumeur a presque complètement disparu. Il ne reste plus qu'à la partie externe un noyau induré, qui est certainement dû à des adhérences reliant le tissu péricœcal à la paroi abdominale.

À côté de la terminaison par la guérison complète, de la guérison avec récidives possibles, il faut placer un mode de terminaison beaucoup plus rare : la terminaison par suppuration. Quand la suppuration s'établit, elle peut se faire jour à l'extérieur. Dans ces cas, la marche est lente, l'ouverture tardive.

Bien plus fréquemment, les abcès s'ouvrent dans l'intestin.

Les malades sont pris de diarrhée fétide, de selles purulentes et ordinairement la guérison finit par arriver après ces évacuations plus ou moins répétées.

Ces abcès peuvent encore s'ouvrir dans la vessie, dans le vagin. Ils peuvent fuser au loin et suivre la marche des abcès migrants, gagner la cuisse par la gaine des vaisseaux fémoraux. Dans certains cas, ils ont perforé la gaine du psoas iliaque et ont fait saillie à la cuisse, au niveau du petit trochanter. Dans certaines migrations exceptionnelles, le pus a pu gagner le tissu cellulaire périrénal.

Enfin, la terminaison la plus malheureuse est l'ouverture du foyer inflammatoire dans le péritoine, avec ses conséquences funestes promptement mortelles.

Je ne veux pas terminer cette énumération des suites de la pérityphlite, sans m'élever contre cette opinion qui veut que ces pérityphlites puissent devenir le point de départ de péritonites tuberculeuses. Je n'ai jamais vu semblable terminaison : je suis convaincu que, dans ce cas, on a confondu avec la pérityphlite certaines péritonites chroniques circonscrites.

Je passerai rapidement sur le diagnostic différentiel avec les tumeurs développées dans la fosse iliaque. Si je traitais complètement la question de la pérityphlite, j'aurais à vous montrer comment cette maladie peut être différenciée d'un phlegmon iliaque, d'un étranglement interne, d'une invagination intestinale.

Pour le cas que j'envisage, le point capital est de savoir si on a affaire à une pérityphlite primitive ou à une pérityphlite secondaire consécutive à une lésion du gros intestin et de l'appendicé iléo cœcal. Pour cela il faut faire une enquête minutieuse sur les antécédents du malade : s'il a déjà souffert de l'intestin et comment il en a souffert.

C'est par le fait de l'existence ou de l'absence de symptômes antérieurs que vous arriverez à savoir si vous avez affaire à une pérityphlite primitive ou secondaire. Le personnage dont je vous ai parlé au début de cette clinique, avait souvent eu des coliques, des points douloureux abdominaux. Et de fait, on a trouvé, à l'autopsie, un rétrécissement de l'intestin. C'était donc une pérityphlite secondaire.

N'allez pas croire que cette enquête soit toujours facile et que vous puissiez toujours vous prononcer avec certitude. Souvent vous devrez rester dans une sage réserve. Cette réserve vous est commandée en vue du pronostic très sérieux dans la pérityphlite secondaire, bénin dans la pérityphlite primitive.

Il me reste à vous dire comment j'institue le traitement de la pérityphlite primitive. Au début, je fais appliquer localement des sangsues. Avec cette émission sanguine, dont j'ai constaté les heureux effets, je donne à l'intérieur un purgatif (calomel, huile de ricin, etc.). Si l'inflammation est lente à se résoudre, je fais appliquer un vésicatoire.

Si la suppuration s'étend, si l'abcès tend à s'ouvrir à l'extérieur, j'attends que le pus soit bien collecté, et, alors, j'en pratique l'incision et j'en fais le drainage, en m'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique.—*Union médicale.*

Traitement du ver solitaire.—Après un léger repas, pris le midi, le malade se prive de toute nourriture; il doit boire de l'eau en abondance. Au coucher, on lui administre un purgatif salin; on prescrit le plus souvent, une ou deux poudres de Seidlitz. On a recours de préférence aux purgatifs salins, parce qu'ils ont pour effet particulier de provoquer une exosmose aqueuse considérable au travers des vaisseaux capillaires de l'intestin. Cette abondante effusion de liquide débarrasse la muqueuse intestinale de la couche épaisse de mucus qui la tapisse, et dans laquelle est implantée la tête du ténia, qui se trouve alors exposée au contact direct du médicament téniaicide lorsqu'il passe dans l'intestin: condition des plus favorables au succès du traitement.

Que la première dose purgative agisse ou non, il faut la répéter, le lendemain matin, le malade étant toujours à jeun. Sur les dix heures, c.-à-d. après que le malade a eu plusieurs selles, on prépare l'émulsion suivante: On prend quatre onces de graines de citrouille, que l'on triture dans un mortier, par petites quantités $\frac{1}{2}$ once à la fois, en ajoutant de l'eau q. s. pour faire une pâte; il faut conserver l'écorce, qui est plus utile que nuisible. Le tout étant trituré, on ajoute de l'eau q. s. pour faire une chopine d'émulsion que l'on edulcore au goût. On la refroidit avec de la glace et on administre toute cette quantité en trois doses, à des intervalles de deux heures. Le malade se soumet alors à un repos parfait, évitant toute cause de nausées et de vomissements, qu'il fera disparaître, s'ils se montrent, au moyen d'eau glacée, ou de petits morceaux de glace fondus dans la bouche. L'estomac, étant vide, supportera bien, assez souvent, la première dose, mais le plus ordinairement, la seconde et surtout la troisième dose seront renvoyées par les vomissements. Si les vomissements suivent de près l'ingestion de la médecine et qu'ils persévèrent, le traitement sera nul, parce que le remède n'atteindra pas le ver. Généralement, cependant, il n'en est pas ainsi, et au moment de la troisième dose, ou peu de temps après l'avoir prise, le malade a une selle, sinon il prend une demi-once d'huile de ricin, dans de la bière ou du porter. On reçoit les évacuations alvines dans un vase contenant de l'eau, afin d'examiner avec aise le ver dans toutes ses parties, sans courir le risque de le rompre, comme cela arriverait si on le manipulait. On procède

minutieusement dans cet examen, surtout lorsqu'on arrive aux plus petits anneaux qui sont près de la tête. Si on ne reconnaît pas celle-ci, on n'est pas assuré du succès du traitement. Si on ne la trouve pas, on est certain que le malade passera des portions plus ou moins longues du ver dans les 3 ou 4 mois suivants. Il faudra donc répéter ce traitement en prenant plus de précautions et préparant le malade de longue main.

Lorsqu'on renouvelle le traitement, on emploie l'oléo-résine de fougère mâle, qui a, sur les graines de citrouille, les avantages suivants: Elle se prend plus facilement; elle n'est pas aussi facilement digérée par l'estomac; elle ne produit pas autant de nausées; sous forme d'oléo-résine, la fougère mâle est moins soluble dans les liquides intestinaux, elle arrive donc sur la tête du ténia dans un état suffisamment concentré pour agir comme poison. Mais elle est probablement moins active sur la tête du ténia que les graines de citrouille, en conséquence elle est moins sûre.

On administre l'oléo-résine de fougère mâle en émulsion, soit avec le sucre, la gomme arabique ou la glycogène. On l'administre mieux dans des capsules de la capacité de dix grains chacune, dont deux tous les quarts d'heure, pendant une heure et demie, à moins que des nausées sévères fassent craindre leur rejet. On peut donner impunément huit ou dix capsules. Souvent, spécialement dans les temps froids et quand elle est de bonne qualité, l'oléo-résine dépose un sédiment granulaire et épais. Il faut alors agiter la fiole avant de l'administrer car ce dépôt constitue une partie importante du médicament.

Avec la fougère mâle, comme avec les graines de citrouille, il faut un traitement préparatoire si l'on veut réussir à débarrasser notre malade de son parasite. — DR E. R. SQUIBB, in *Ephemeris of Mat. Medica*. — *Columbus Medical Journal*.

De quelques particularités relatives à l'épilepsie.—Hospice de la Salpêtrière.—M. LEGRAND DU SAULLE. — Je me propose, dans cette leçon, de vous parler de quelques manifestations de l'épilepsie. Mon but n'est pas en effet de retracer devant vous tous les signes classiques de cette maladie: je veux seulement appeler votre attention sur les points qui sont généralement les moins bien connus.

Parmi les phénomènes insolites de l'épilepsie, il en est un qui n'est signalé nulle part et que nous n'avons observé que tout récemment, malgré les nombreux cas d'épilepsie soumis à notre examen depuis de longues années: Quatre malades de notre service ont eu un nombre d'attaques si considérable que nous avons cru devoir vous les présenter pour la rareté du fait. Ce nombre d'attaques dépasse en effet tous les chiffres que vous pourrez trouver dans vos livres. De plus, l'usage continu du bromure de potassium, dans les cas dont nous parlons, a été d'une efficacité inattendue; de sorte que, chez ces malades, vous aurez deux points intéressants à considérer: la fréquence excessive des attaques; l'heureuse influence du traitement.

L'une d'elles, Angèle M..., 17 ans, qui avait très peu de crises à son entrée, fut prise de fièvre typhoïde; on supprima le bromure; les attaques ne se montrèrent pas pendant toute la durée de la pyrexie. Vers le trente-cinquième jour, nous reprîmes le traitement, mais certainement trop tard, car les convulsions ne tardèrent pas à réparaître. Elle

eut 1,750 attaques en trois semaines; aujourd'hui, grâce à l'usage du bromure administré à la dose de 3 grammes 50 par jour, elle n'a plus que 3 à 4 attaques par semaine.

Notre seconde malade, Rosa G..., 15 ans, avait à son entrée dans le service des accès convulsifs fort rares. Au mois de janvier dernier, elle fut prise de céphalalgie, de vomissements, de constipation; le pouls était à 130, la température normale. Nous pensâmes d'abord à une méningite tuberculeuse, mais bientôt des crises épileptiformes se montrèrent en nombre si considérable que nous pûmes en compter 8,000 en moins de 20 jours, grâce à l'organisation permanente d'une surveillance spéciale, jour et nuit. Un traitement énergique fut institué: nous donnâmes pendant deux à trois jours 15 grammes de bromure; aujourd'hui, nous ne constatons plus que que 3 à 4 crises par jour.

Notre troisième malade, B..., 21 ans, a eu 1,530 attaques pendant l'année 1879. Le traitement a apporté une telle amélioration dans son état qu'elle a pu devenir infirmière auxiliaire.

Enfin, notre dernière malade, D., 21 ans, ne présentait que 300 à 500 attaques par an. Mais ce qu'il y avait de remarquable chez elle, c'est que tous les 10 jours, à heure fixe, elle était prise d'accès de manie furieuse, de huit heures du matin à midi et demi. Dans ce cas, nous avons institué un double traitement: contre la névrose, nous avons donné le bromure, et nous avons vu les accès de 500 descendre à 60. Contre la périodicité, nous avons ordonné le sulfate de quinine, et les accès périodiques ont complètement disparu. Ce qui démontre bien l'influence du sulfate de quinine, c'est qu'un jour où ce médicament ne fut pas administré, par erreur, les accès reparurent avec la même intensité.

Cela dit, Messieurs, nous allons entrer dans quelques considérations générales sur l'épilepsie, et insister sur quelques points particuliers. Il y a en France un nombre considérable d'épileptiques: les statistiques officielles en accusent 40,000, mais ce chiffre est loin d'être l'expression exacte de la vérité, car que de familles n'osent avouer cette terrible maladie! De plus, comme épileptiques, nous ne devons pas compter seulement ceux qui présentent des attaques convulsives: il y a lieu de distinguer les épileptiques proprement dits, les épileptiques aliénés, les épileptiques larvés, les épileptiques alcooliques et les épileptiques paralytiques. Les épileptiques proprement dits doivent être classés, au point de vue de leur état mental, en trois catégories: les uns ont leur intelligence à peine touchée: ils peuvent vaquer à leurs affaires et dissimuler leur état: on peut dire que ce sont des privilégiés. D'autres présentent des troubles intellectuels fugaces se montrant pendant ou après leurs attaques; ils ont des moments d'absence. Enfin, dans une troisième catégorie, doivent être rangés les épileptiques offrant des troubles permanents de l'intelligence: ces derniers sont de véritables aliénés. Mais, d'une façon générale, on ne peut assimiler un épileptique à un aliéné, car on rencontre dans le monde des épileptiques très intelligents et fort bien doués.

L'épilepsie reconnaît trois ordres de phénomènes somatiques: le vertige, l'accès incomplet et l'attaque convulsive. Depuis la thèse de Calmeil (1824), qui traitait surtout de phénomènes convulsifs, il faut arriver jusqu'à Trousseau pour trouver une étude remarquable sur l'épilepsie. Trousseau a surtout beaucoup insisté sur le vertige; mais

il a tout à fait négligé de s'occuper de l'accès incomplet, qui est un phénomène épileptique au même titre que le vertige. L'illustre clinicien a donné une description fort exacte de l'individu atteint de vertige : Un malade, au milieu d'une conversation ou pendant son travail, pâlit tout à coup, s'arrête, interrompt sa phrase, conserve les yeux fixes pendant quelques secondes, puis il pousse un soupir, termine sa phrase commencée ou achève le mot. Une personne joue au whist et fait le geste de lancer sa carte, quand soudain la carte s'échappe de ses doigts et tombe de travers sur ses genoux. Après quelques secondes d'immobilité, elle continue sa partie.

Malgré sa courte durée, le vertige conduit comme l'attaque convulsive à des troubles intellectuels et à l'accomplissement d'actes étranges.

Le vertigineux est surtout destiné à perdre la mémoire. Trousseau a bien indiqué ce fait, de même qu'il a montré qu'on voyait des épileptiques vertigineux enlever machinalement leurs vêtements et découvrir leurs organes génitaux. Le professeur Lasègue a étudié cette dernière catégorie de malades et leur a donné le nom d'exhibitionnistes, mais notre regretté et savant confrère a peut-être eu tort de confondre sous une même dénomination des gens dont l'état mental est absolument différent.

Dans un wagon où se trouvaient huit personnes, un homme d'une quarantaine d'années se lève tout à coup, jette ses lunettes par la portière, urine sur les genoux d'une petite fille de huit ans, puis se rassied sans avoir l'air de comprendre l'indignation des voyageurs. A l'arrivée du train, il est arrêté et dirigé sur le dépôt de préfecture de police. Je l'examinai avec soin le lendemain, et ne tardai pas à reconnaître que cet homme était un vertigineux.

Autre fait : une femme de 30 ans vole une paire de souliers à un étalage, sous les yeux du marchand. Arrêtée, elle n'a ni souvenir ni conscience du fait qui lui est imputé. Cette femme était une vertigineuse épileptique. Depuis cette époque je l'ai revue trois fois à la préfecture de police : elle avait relevé ses jupes dans la rue, excité par ses paroles un vieillard à la débauche et insulté un gardien de la paix. Dans l'un de ses vertiges, elle s'est trempé les mains dans une casserole de lait bouillant.

Nous avons dit qu'il y avait un autre phénomène aussi bien caractérisé que le vertige, et que nous avons appelé l'accès incomplet. Qu'est-ce donc que l'accès incomplet ? C'est une manifestation épileptique intermédiaire entre le vertige et l'attaque convulsive. Il est caractérisé par des mouvements convulsifs partiels ou plutôt par des contractions de certains muscles de la face et des membres, du machonnement et une sorte de déglutition automatique. Le malade dans n'importe quelle attitude s'arrête tout à coup ; sa face pâlit un peu, mais l'un des côtés du corps se raidit, la respiration se suspend, un certain machonnement se produit, et un bruit de déglutition se fait entendre. Au bout de quelques secondes, tout rentre dans l'ordre. Ces "fausses crises" sont toujours les mêmes. L'accès incomplet représente l'attaque réduite à ses signes initiaux ; l'un est le diminutif de l'autre. Après les accès incomplets, les malades n'ont qu'un souvenir confus de ce qui leur est arrivé. On peut croire, s'il s'agit d'une affaire judiciaire, qu'ils simulent l'amnésie. Avec beaucoup d'efforts, ils arrivent à dire qu'ils ont une réminiscence vague de quelque chose de douloureux et d'horrible.

Trousseau cite le cas d'un ecclésiastique qui, encensant son évêque, se mit tout à coup à tourner la tête d'une façon bizarre et à faire des grimaces qui n'échappèrent à personne. — Le président d'un tribunal se levait brusquement de son siége pendant une plaidoierie et s'en allait uriner dans la chambre du conseil, balbutiait quelques mots et, s'apercevant de sa méprise, rentrait bien vite dans la salle d'audience. — Une femme du meilleur monde et très bien élevée s'arrêtait tout à coup au milieu d'une conversation et se mettait à tenir un langage étrange. Trousseau considérait ces malades comme des vertigineux; il faut en faire des épileptiques à accès incomplets.

Un phénomène tout à fait surprenant peut se montrer chez ces malades. Ainsi, il arrive qu'un épileptique qui a eu un accès incomplet à dix heures du matin, puis un deuxième accès à quatre heures du soir, ne se souvienne pas de ce qu'il a fait entre ces deux accès. Tel est le cas de ce tailleur qui, pris d'un accès incomplet à neuf heures du matin, part pour Neuilly essayer des habits. A quatre heures, il éprouve un nouvel accès incomplet, reprend le paquet de vêtements qu'il a apportés et s'en retourne à Neuilly. Là, il apprend avec étonnement qu'il est déjà venu dans la journée et que les habits ont été essayés. Ce malade avait absolument perdu le souvenir de ce qu'il avait fait entre ses deux accès incomplets; c'est là un phénomène bien caractéristique.

L'épileptique, après un accès incomplet ou complet, ou à la suite d'un vertige, peut avoir des impulsions dont nous allons dire quelques mots. L'impulsion est un phénomène psychique en vertu duquel un individu est impérieusement poussé à commettre tel ou tel acte. L'impulsion est le plus souvent brusque et irréfléchie. Un soldat, sujet à des accès incomplets (mâchonnements, mouvements de déglutition), se mit à frapper son sergent sans cause apparente. Condamné à mort par le conseil de guerre, il fut bientôt reconnu malade et gracié. On le plaça dans une maison de santé, et là, pris d'une impulsion irrésistible, il ne tardait pas à se livrer à des voies de fait contre l'infirmier qui le veillait. Pressé par une impulsion impérieuse, un épileptique peut tuer les personnes qui sont autour de lui, et bien souvent alors le médecin a quelque peine à faire admettre l'irresponsabilité du malade, car la justice accuse parfois le médecin d'une philanthropie exagérée.

Heureusement les impulsions, de même que les autres accidents dus à l'épilepsie, peuvent être combattues par l'usage du bromure de potassium. Nous avons dans le service une malade qui, prise il y a trois ans d'une impulsion irrésistible, poursuivit la sous-surveillante avec des ciseaux; celle-ci sauta par la fenêtre, mais fut immédiatement suivie par la malade qui l'eût certainement frappée si on n'était intervenu. Mise au traitement bromuré (6 grammes par jour), cette malade n'a pas présenté depuis trois ans d'actes impulsifs.

À propos d'impulsions, il est un fait très important à signaler et très utile à connaître en médecine légale: L'épileptique ne frappe pas comme un persécuté; il épuise sa rage sur sa victime. On a cité un cas où 63 blessures avaient été portées par le malade. Le persécuté, au contraire, ne donne qu'un seul coup.

Certains épileptiques présentent encore quelquefois un phénomène sur lequel je m'arrêterai un instant; je veux parler des *fugues inconscientes*. Ainsi, ces individus peuvent être pris du besoin automatique de marcher tout droit devant eux, sans but défini, et ils sont parfois

loin de leur domicile lorsqu'ils reviennent à eux. J'ai vu avec M. La-sèque un malade qui prit un jour un billet de chemin de fer pour Mar-seille, et se trouva dans cette ville sans savoir comment il y était venu. Un an après, ce même individu partait pour le Havre, et lorsqu'il revint à lui, il était sur un navire en vue de Bombay. C'est ce malade qui se tua devant la porte de l'appartement de sa femme, parce qu'elle ne voulait pas le recevoir; son fils, qui l'accompagnait, se donna un coup de revolver immédiatement après. Cet événement s'est passé à Paris en novembre 1875 et a donné lieu aux commentaires les plus éronés.

Les faits que nous venons de signaler vont nous servir à comprendre ce qu'on a appelé l'épilepsie larvée. Ces hommes, qui à certains moments vagabondent ainsi sans le savoir, sont affectés d'épilepsie fruste. La manifestation morbide est psychique: c'est l'épilepsie de l'intelligence. Un archéologue peut, à l'aide de quelques signes conservés sur une inscription, reconstituer entièrement cette inscription; de même le médecin doit, dans certains cas, s'emparer d'un mot de la phrase morbide, et avec ce mot reconstruire la phrase tout entière.

Les individus atteints d'épilepsie larvée sont susceptibles de présenter à des époques souvent périodiques des anomalies intellectuelles d'une durée très brève. On voit ces malades se livrer aux excentricités les plus bizarres; ils deviennent violents et agressifs, font de longues courses inconscientes, ont des impulsions irrésistibles et des tendances homicides. Ces actes sont toujours les mêmes et se répètent invariablement de la même façon; les impulsions sont toujours uniformes. J'ai eu occasion d'examiner un incendiaire qui mettait régulièrement le feu tous les mois. Cet homme était un épileptique larvé. Traité par le bromure de potassium, il n'a plus remis le feu depuis qu'il suit son traitement. Cette uniformité dans les impulsions, dans les actes, se retrouve chez les individus atteints de vertige. Ainsi un jeune homme demeurant au cinquième étage, descendait ses cinq étages après chaque vertige, prenait la soupière du concierge et remontait chez lui sans avoir conscience de ce qu'il avait fait. Un autre vertigineux sifflait le même air toutes les fois qu'il avait eu un vertige.

Je viens, Messieurs, de passer en revue devant vous certaines particularités de l'épilepsie. Je vous ai montré le malade atteint de vertige, d'accès incomplet, et sujet aux fugues inconscientes et aux impulsions irrésistibles. Pour terminer cette étude, je vous rappellerai l'observation de Michot, l'assassin de Montargis, qui présentait à lui seul en même temps que la grande attaque convulsive, toutes les autres manifestations de l'épilepsie dont nous venons de parler. Michot, âgé de 31 ans, avait des vertiges qui revenaient d'une façon périodique "au moment de la pleine lune." Plus tard, il accusait des accès incomplets et des grandes attaques convulsives. Il avait aussi des fugues inconscientes et des impulsions terribles. C'est à la suite d'une de ces impulsions qu'il tua sa femme à coup de serpe, et se mit à faire à travers champs une course de 9 à 10 kilomètres, en massacrant sur son passage et personnes qu'il rencontra.

Vous voyez, Messieurs, combien il est important pour le médecin de connaître tous ces faits, et de savoir qu'un individu arrêté pour actes immoraux ou pour meurtre peut être un épileptique inconscient. L'observation minutieuse de toutes les manifestations de l'épilepsie, la ce-

naissance exacte de tous les phénomènes insolites de cette affection vous permettront de porter un diagnostic certain, et d'éclairer les tribunaux dans les affaires qui vous seront soumises.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement de la variole par les lotions phéniquées.—Le *Scalpel* du 24 juin 1882 publie une note du Dr P. Demeure, de Tubizo, dans laquelle l'auteur préconise hautement l'emploi de l'acide phénique, en lotions, dans les cas de variole. D'après les observations du Dr Demeure les effets de ces lotions ont été les suivants :

1^o Sensation de bien-être par suite de la diminution de la chaleur brûlante à la peau, et souvent après la lotion, le malade s'endort d'un sommeil paisible;

2^o Diminution assez considérable de l'état fébrile ;

3^o Absence ou grande diminution des accidents cérébraux ; presque plus de délire ; on n'observe plus le gonflement énorme sur la face ;

4^o Les pustules passent à l'état de dessiccation le septième jour, il n'y a plus de suppuration et par conséquent on n'a plus à craindre la résorption purulente ;

5^o Une autre conséquence de cette absence de suppuration, c'est que cette terrible maladie ne laisse après elle aucune trace de son passage. Je l'ai constaté chez tous les malades que j'ai soignés.

En résumé, l'emploi des lotions phéniquées bien suivi, est appelé à rendre un immense service dans le traitement de la variole :

1^o En en diminuant la durée ;

2^o En en rendant le traitement simple et moins répugnant ;

3^o En augmentant considérablement les chances de guérison, la mort n'étant plus qu'une exception ;

4^o En prévenant la contagion et le développement des épidémies ;

5^o Enfin, ce qui n'est pas non plus de moindre importance, le malade n'aura plus à craindre les traces indélébiles que laisse presque toujours après elle cette maladie si redoutée.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

La lithotritie rapide pratiquée suivant la méthode du Dr Bigelow.—Extrait d'une communication faite à la Société de médecine de Paris par le Dr DELEFOSSE.—Lorsque Civiale pratiqua sa première séance de broiement avec le trilabe en 1824, la lithotritie n'avait aucune direction et ne pouvait en avoir ; aussi les insuccès furent-ils très fréquents pendant les années qui suivirent cet essai de broiement.

Ce n'est que vers 1845 que la lithotritie est établie, dans son ensemble, sur des bases sérieuses et définies ; le manuel opératoire est ce qu'il sera de nos jours, les instruments de même forme générale. Il était tout naturel d'ailleurs que certains principes acceptés comme vrais il y a cinquante ans fussent acceptés au même titre par la génération actuelle : ce sont ceux qui reposent sur des états physiologiques et pathologiques toujours identiques du moment qu'ils ne sont pas modifiés par un agent quelconque. Ainsi, la courte durée des séances préconisée par Civiale depuis 1845 devait être forcément mise en pratique par ses successeurs, puisque cette courte durée de séances était imposée précisément par un état général de la vessie inhérent à l'organisme, la contractilité et l'irritabilité occasionnées par le contact d'un corps

étranger. Cette loi devait être scrupuleusement observée tant qu'un agent général ne viendrait pas modifier ou supprimer cette contractilité et cette irritabilité.

Le docteur Bigelow est donc dans l'erreur quand il écrit que "jusqu'à présent la durée d'une séance dépendait de l'habileté du chirurgien". Evidemment cette habileté peut jouer un rôle, mais n'est pas le facteur principal, puisque les meilleurs opérateurs ont toujours recommandé les séances très courtes, l'opéré étant dans l'état de veille.

Les changements faits par les chirurgiens de notre génération à la lithotritie ont surtout porté sur la forme des mors des instruments, sur quelques détails relatifs au traitement consécutif à l'opération. Ainsi, les bains préconisés par Civiale après les séances ont été, avec juste raison, complètement abandonnés, et enfin sur la manière de faciliter l'évacuation des graviers.

L'introduction du chloroforme dans l'opération de la lithotritie, il y a quelques années, avait laissé les chirurgiens un peu froids. On essaya l'anesthésie surtout chez les enfants, et les résultats furent très contestables. Ce qui ne veut pas dire que, dans certaines circonstances, les malades ne fussent pas soumis, dans ces derniers temps, à l'inhalation de l'agent anesthésique; mais enfin ce n'était pas la pratique courante.

Tel était dans son ensemble l'état de la lithotritie lorsque, en 1875, M. Bigelow, professeur de chirurgie à l'Université de Harvard, publia les résultats qu'il avait obtenus en opérant les malades, par le brievenement, sous l'influence du chloroforme. Les succès qu'obtint M. Bigelow l'amènèrent à considérer l'emploi du chloroforme comme la règle au lieu d'être l'exception, quand on doit opérer un calculéux par la lithotritie.

Pour tout opérateur qui sait combien la contractilité vésicale, l'irritabilité des organes urinaires jouent un grand rôle dans le succès de la lithotritie, il est évident que le chloroforme doit, dans certains cas, rendre de grands services en supprimant ces obstacles soit totalement, soit en partie; je dis soit en partie, car les travaux de MM. Guyon et Reliquet nous ont montré combien cette irritabilité vésicale peut persister malgré l'anesthésie; mais, l'opérateur sait aussi qu'il y a d'autres données dans le problème à résoudre, données dont il faut tenir compte, et qu'accepter entièrement les idées de M. Bigelow c'est entrer dans une voie dangereuse.

La nouvelle méthode pratiquée dans les conditions indiquées par le savant professeur américain me paraît devoir subir des modifications:

"1° La lithotritie *moderne*, d'après M. Bigelow, est basée sur la tolérance de la vessie, tolérance complètement en désaccord avec les croyances d'un demi siècle;

"2° La vraie cause des accidents consécutifs à la lithotritie est le séjour dans la vessie de fragments qui la froissent et provoquent l'apparition de la cystite."

Ces prémisses, qui sont les pierres angulaires de la méthode préconisée par M. Bigelow, ont pour conclusion:

1° On peut faire une longue opération dans la vessie sans irriter cette dernière, à condition que tous les fragments soient retirés dans la même séance;

2° L'extraction d'un calcul vésical par l'urèthre est aujourd'hui surtout une question d'appareils qui permettent de broyer la pierre et d'enlever les débris le plus promptement possible. (Bigelow, *Remarques sur la lithotritie moderne*. *Revue de chirurgie*, n° 4, 10 avril 1872, p. 301.

Examinons ces prémisses, rendons-nous compte si les accusations portées contre la lithotritie "ancienne" sont vraies, et, par conséquent, si les bases de la lithotritie "moderne" doivent être considérées comme des articles de foi.

Pendant un demi siècle, aucun chirurgien, pas plus Civiale qu'Héurte-
teloup, qu'Amussat, que Caudmont, que les chirurgiens actuels enfin, n'a admis que l'on devait mettre l'intolérance vésicale seule en cause dans les cas d'insuccès avec la lithotritie: ils savaient que les fragments laissés dans la vessie avaient aussi leur part dans ces insuccès, et ce fut même cette irritabilité spéciale qui conduisit Civiale à ne faire que de courtes séances.

La contractilité vésicale joue donc un très grand rôle dans une séance de broiement et lorsque le chloroforme n'était pas généralement employé, les chirurgiens ont eu raison d'être imbus des idées de Civiale sur cette contractilité qu'il faut, à l'état de veille, ménager à tout prix. C'est donc à tort, selon moi, que M. Bigelow a écrit que "la tolérance de la part de la vessie est complètement en désaccord avec les croyances d'un demi-siècle."

Il résulte de ce que je viens d'établir, que, si l'on doit attribuer une part considérable d'insuccès, dans le traitement par la lithotritie, à l'irritation produite par le séjour des fragments au col, on doit aussi admettre que cet insuccès peut être dû à une autre cause: la contractilité vésicale inhérente à l'état nerveux de l'individu. Je puis déjà en tirer *a priori* cette conséquence que je développerai plus loin: il y a des cas où endormir le malade est complètement inutile et dans lesquels l'ancienne méthode est excellente.

Ce qui est un fait vrai et sur lequel on peut sûrement s'appuyer pour augmenter la durée des séances, c'est que le chloroforme supprime en partie ou en totalité cette irritabilité vésicale et, par conséquent, fait avancer d'un pas le manuel opératoire, en permettant de broyer plus de fragments en une seule séance.

J'insisterai encore sur un point d'une grande importance: M. Bigelow paraît admettre que cette irritabilité du col vésical produite par les fragments est un accident commun. Tel n'est pas mon avis, et je dirai, au contraire, que ce phénomène morbide est plutôt l'exception que la règle.

Les fragments de calcul n'étant pas aussi redoutables que le pense notre confrère américain, l'irritabilité pouvant ne pas exister, ou exister seulement à un léger degré, l'habileté de l'opérateur et la conduite de l'opération pouvant éviter de réveiller cette contractilité, j'ai le droit de dire qu'il se présente pas mal de cas où endormir le malade est inutile et même dangereux. J'explique de suite le mot dangereux: toutes les fois que l'on soumet un malade à l'influence du chloroforme, on augmente par le fait même de la chloroformisation les causes d'accidents généraux, d'autant plus qu'il ne faut pas oublier qu'ici le chloroforme doit être donné jusqu'à résolution complète.

Ces cas où l'anesthésie est inutile sont ceux indiqués par tous les autres comme étant le véritable triomphe de la lithotritie: pierre de 1 ou 2 centimètres de diamètre; organes sains, ou du moins non déformés, convenablement préparés; point d'accidents; destruction du calcul en une ou deux séances; guérison prompte. Pourquoi, dans de telles conditions, endormir un malade? pourquoi l'exposer bénévolement à un

accident mortel, ou tout au moins lui donner cet état nauséux, désagréable qui reste après l'administration du chloroforme. Nous avons tous eu de ces malades qui possédaient un calcul de petite dimension, calcul que l'on broyait quelquefois séance tenante, tout en ayant l'intention, en introduisant le lithotriteur, de ne faire qu'une simple exploration.

Chez ces opérés, le séjour de cet instrument n'est pas suffisant pour amener une irritation vésicale; les fragments sont enlevés généralement dès la première séance; s'il reste de ces derniers, le repos au lit, les cataplasmes, les lavements laudanisés permettront amplement au calculeux d'attendre la deuxième et dernière séance.

Les conditions ne sont plus les mêmes quand la pierre dépasse 2 centimètres ou que l'on a affaire à ce que Civiale appelait des cas compliqués.

Le chloroforme peut-il et doit-il alors nous venir en aide? Nous avons vu que, jusqu'en 1875, la réponse était négative pour beaucoup de chirurgiens; actuellement, depuis les travaux de Bigelow, le chloroforme est appelé à rendre service et peut être employé.

Deux procédés se présentent au chirurgien qui endort son malade pour le soumettre à la lithotritie: le procédé américain, broyer, évacuer, enlever tout le calcul *en une seule séance*, quelle que soit la longueur de cette séance; le procédé, que l'on peut appeler français: broyer, évacuer, enlever tout le calcul en plusieurs séances, dont la durée dépasse 20 à 30 minutes en moyenne.

Vaut-il mieux, le chloroforme étant administré, délivrer le malade en une seule séance, ou revenir plusieurs fois au broiement?

Les fragments qui irritent le col vésical étant la véritable cause du mal, dit M. Bigelow, nous ne devons abandonner l'opération que quand le calcul est enlevé; aussi ne doit-on pas reculer devant des séances d'une durée d'une heure, deux heures, trois heures et même davantage.—*A suivre.*

Le pansement à l'iodoforme.—M. Paul Berger fait de ce pansement une étude critique et s'attache à signaler les obscurités de la question.

Un fait doit pourtant être mis en lumière: c'est l'action éminemment antiseptique de l'iodoforme, c'est la manière dont il tarit la sécrétion des plaies, préserve de toute transformation putride, active la réparation, et l'on peut dire qu'aucun agent ne serait plus précieux dans la pratique des pansements si son emploi ne laissait toujours la crainte de ces accidents d'origine, de forme et d'intensité si variables que l'on range parmi les effets de l'absorption de l'iodoforme. Pour que le pansement à l'iodoforme puisse prendre place à côté du pansement de Lister, il faut absolument que la nature et les conditions de l'intoxication iodoformique soient mieux définies, et pour cela il est nécessaire que ce pansement ait été soumis à nouveau au rigoureux examen d'observateurs qui ne soient prévenus ni contre lui ni trop en sa faveur. Jusqu'alors il sera bon et utile néanmoins d'en conseiller l'emploi avec réserve et précaution, et en se réglant sur les propositions suivantes que l'on peut considérer comme résumant à peu près l'état de nos connaissances sur ce point:

L'iodoforme est un antiseptique efficace; il empêche toute transformation putride sur les plaies qu'il recouvre, il en diminue la suppuration, il favorise la réparation secondaire.

Quoiqu'il ne s'oppose pas à la réunion par première intention lorsqu'il est interposé entre les lèvres d'une plaie, il manifeste parfois ces propriétés irritantes qui se traduisent par la rougeur des lèvres de la plaie. On l'a accusé de favoriser la production des érysipèles, mais sans preuves certaines.

Le pansement à l'iodoforme est éminemment un pansement rare : il ne doit être renouvelé que tous les cinq ou six jours au plus, et quand l'iodoforme qui recouvrait la plaie a disparu en grande partie. Il se fait avec de l'iodoforme cristallisé déposé directement sur la plaie ou incorporé à de la gaze dont on recouvre celle-ci : la condition essentielle de son efficacité est que la surface traumatique soit dans toute son étendue en contact avec la couche d'iodoforme ; les préparations où l'iodoforme est associé à un excipient : vaseline, gélatine, beurre de cacao, etc., sont d'une action beaucoup moins sûre.

Le pansement à l'iodoforme est surtout destiné à rendre de grands services dans les cas où le pansement de Lister n'est pas applicable : plaies des cavités muqueuses, de la bouche, du rectum et du vagin ; dans les plaies anfractueuses et irrégulières ; enfin dans les plaies septiques.

Mais l'iodoforme paraît jouir de propriétés toutes particulières contre les processus fongueux et tuberculeux ; c'est donc à la suite des opérations sur les tissus atteints de ces altérations que ce pansement trouvera le plus sûrement son emploi. De l'avis de tous les chirurgiens qui ont expérimenté l'iodoforme, c'est là la seule indication où il ne puisse être remplacé par aucun autre agent.

L'iodoforme mis en contact avec les plaies est absorbé par leur surface, ainsi que le prouve l'apparition d'iode dans les urines ; ce n'est néanmoins que dans des cas assez rares qu'on l'a vu déterminer de véritables phénomènes d'intoxication ; ceux-ci sont essentiellement caractérisés par la perte de l'appétit, la petitesse et la fréquence du pouls sans élévation de la température, par de l'agitation avec tendance à la lypémanie. Dans les cas graves on observe du délire furieux précédant le collapsus final, et, chez les enfants surtout, des phénomènes méningitiques.

On a attribué faussement à l'iodoforme un grand nombre de cas malheureux dont la cause devait être cherchée ailleurs. Quant aux conditions qui favorisent l'intoxication, bien qu'elles soient extrêmement variables, elles paraissent surtout résider dans la dose exagérée de médicament employé, l'étendue de la surface avec laquelle on le met en rapport, l'âge avancé et la débilité du sujet sur lequel on l'emploie.

Enfin, l'observation attentive des premiers phénomènes d'empoisonnement, en permettant de supprimer à temps la substance toxique, permettra le plus souvent d'arrêter à temps les accidents et d'empêcher l'intoxication légère de devenir une intoxication grave ou mortelle.

Revue des sciences médicales.—Lyon médical.

Destruction des polypes du nez par l'acide chromique.—Le traitement des polypes du nez, dit le Dr F. DONALDSON, de Baltimore, a pour objet la destruction rapide du néoplasme avec le moins de douleur et d'hémorrhagie possibles et de manière à en prévenir le retour. Trois méthodes sont employées ; le forceps, la méthode la plus ancienne et la plus souvent employée, cause beaucoup de douleur,

une perte de sang considérable, et laisse souvent des ulcérations dans les tissus environnants; elle est très efficace quand le pédicule est détaché près de son insertion. On peut diminuer la sensibilité de la muqueuse par les pulvérisations d'eau glacée contenant du sel en solution, mais l'insensibilité ne va pas jusqu'au point de rendre le travail du forceps indolore. Les avantages de cette méthode sont: la brièveté relative de l'opération et la non-récidive fréquente du polype.

On se sert encore du forceps tranchant, des lacs et d'autres appareils mécaniques et surtout de l'instrument de Jarvis; mais d'après son expérience, ce n'est pas chose facile d'entourer d'un lac le pédicule d'un polype, et si on se contente de ce seul moyen, le polype reparait presque invariablement. Après avoir parlé du galvano-cautère, il appelle l'attention sur l'emploi des caustiques et dit qu'ils ont été abandonnés surtout parcequ'ils blessaient fréquemment les tissus environnants. L'acide acétique glacé injecté dans les polypes en amène la destruction, mais s'il touche la muqueuse, il l'enflamme, en détruit une partie et cause une douleur atroce: il est vrai toutefois que ses propriétés irritantes peuvent être facilement neutralisées par les lotions d'eau pure.

L'acide chromique en cristaux très petits ou en solution de cent grains à l'once est l'agent qui lui a le mieux réussi. C'est un escharotique puissant, qui ne cause pas de douleur, ne produit pas d'hémorrhagie et dont l'action peut être parfaitement contrôlée si on en fait un usage judicieux. En outre, il est plus antiseptique et désinfectant que tous les autres acides et sels métalliques qui ont été employés. Son action est prompte, mais peu pénétrante. Voici son mode d'application: humectez la membrane muqueuse d'une solution de plomb pour la protéger, recouvrez d'acide l'extrémité pointue d'une mince tige de verre et faites-la pénétrer aussi loin que possible dans le centre du polype, et avant de la retirer, retournez-la plusieurs fois dans la plaie, de façon à ce que l'acide y reste déposé. On voit de suite le polype se crispier, et on peut l'enlever sans douleur et sans hémorrhagie avec la pince à dissection. Quelquefois l'application locale est suivie d'irritation, mais la solution de plomb, si elle a été bien appliquée, protège les tissus environnants. Après l'application de l'acide, on peut, si on le desire, appliquer le lac avec plus de précision qu'auparavant. On peut faire usage de l'acide chromique dans les deux variétés de polypes gélatineux. Dans le traitement des polypes fibreux il est aussi très utile, mais à un moindre degré que chez les précédents. Le Dr. D. ne recommande pas ce traitement à l'exclusion des différentes méthodes chirurgicales, mais plutôt comme un moyen de leur venir en aide en détruisant la substance du néoplasme, en rendant l'opération chirurgicale moins douloureuse et l'hémorrhagie moins abondante, ou enfin pour détruire les insertions du polype et en prévenir le retour.—*N. F. Med. Record.*

Traitement mécanique de la sciatique — par le Dr SHOEMAKER
— Je fus consulté le 5 août 1882 par une dame âgée; forte corpulence tempérament sanguin. Douleur considérable dans toute la face postérieure du membre inférieur depuis la hanche jusqu'au talon; douleurs dans les articulations. Pas de rougeur des articulations, douleur à la pression nulle, pas de désordres constitutionnels; langue nette et

humide, selles normales et régulières, urines normales, peau sèche, température normale, douleurs lancinantes. La patiente dit qu'elle est dans cet état depuis sept mois, qu'elle souffre depuis le mois de janvier 1882. Diagnostic : névralgie sciatique. R. Sulfate de cinchonidine et salicylate de soude, àâ ℥ii—M. Faites 10 poudres, dont une toutes les quatre heures. Pendant la nuit du 6, je fus appelé en toute hâte et trouvai la malade horriblement souffrante. Je proposai les injections hypodermiques de morphine, que la patiente refusa disant qu'elle préférerait plutôt mourir. Il fallait agir. Je me rappelai qu'étant presque enfant j'avais été affecté d'une sciatique et que lorsque je pouvais fixer mon pied au bois du lit et me remonter sur mes oreillers de façon à produire l'extension, j'en éprouvais un bien-être considérable.

Je fis donc l'extension avec un poids de 18 ou 20 livres; en moins de vingt minutes ma patiente ne souffrait plus et commençait à s'assoupir. Je la laissai et retournai chez moi, surpris et enchanté du bon et rapide résultat que j'avais obtenu. A ma visite du lendemain, je trouvai ma patiente aussi heureuse qu'il est possible de l'être. Les douleurs avaient presque complètement disparu. Elle me dit qu'elle avait gardé l'appareil pendant environ trois heures; qu'alors le membre commençant à se fatiguer, elle cessa l'extension et dormit un peu. Puis la douleur ayant commencé à se faire sentir de nouveau, elle remit l'appareil et fut bientôt soulagée. La nuit se passa ainsi à reprendre et à discontinuer l'extension. Je lui conseillai de garder l'appareil pendant toute la journée et la nuit suivante. Le lendemain je la trouvai debout, se déclarant guérie; je prescrivis de continuer les poudres trois fois par jour au lieu de toutes les quatre heures. La guérison s'est maintenue depuis cette époque. Deux autres cas traités de la même manière m'ont donné un résultat tout aussi satisfaisant. — *N. Y. Med. Record.*—
The Am. Med. Journ.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Des polypes fibreux et de leur ablation. — Clinique de M. T. GALLARD, à l'Hôtel-Dieu. — L'expression de *polype utérin* n'est peut-être pas très correcte. On décrit, en effet, sous ce nom, une tumeur pédiculée prenant insertion sur le col de l'utérus ou sur la paroi de la cavité utérine; mais au point de vue de leur nature et de leur développement, on a cru devoir distinguer diverses espèces de polypes. Sous l'influence de la métrite interne, il se développe fréquemment de petites productions molles, pédiculées, qu'on désigne sous le nom de *polypes muqueux*, et qui ne sont autre chose qu'une des nombreuses altérations dont la membrane interne de l'utérus peut être alors le siège. On y trouve aussi, avec les mêmes caractères de conformation, adhérant à la muqueuse, des concrétions sanguines plus ou moins volumineuses, décrites par Velpeau sous le nom de *polypes fibreux*, et dont l'origine n'est pas encore très nettement déterminées. Quant aux *polypes cancéreux*, c'est par un abus de langage qu'on qualifie de ce nom certaines végétations proéminentes au delà du foyer de néoplasme. Les véritables polypes de l'utérus ne sont, à vrai dire, dans l'immense majorité des cas, autre chose que des *tumeurs fibreuses*. Vous pourrez les appeler à volonté des *fibromes* ou des *myomes*.

La *tumeur fibreuse* se développe habituellement dans l'épaisseur même de la paroi utérine; tant qu'elle y reste incluse, elle est dite *interstitielle*, mais elle opère souvent, en s'accroissant, une sorte de migration qui la fait saillir soit vers le péritoine, soit vers la cavité utérine. Quand elle suit cette dernière direction, elle proémine sous la muqueuse dont elle se coiffe, et, s'énucléant ainsi progressivement de la paroi dans laquelle elle a pris naissance, elle finit par n'y être plus rattachée que par un pédicule plus ou moins volumineux; elle constitue alors un *polype fibreux*. La nature de ce dernier est ordinairement révélée par la coexistence de tumeurs semblables, intra-pariétales ou sous-péritonéales, facilement appréciables, et qui procèdent d'un même état pathologique.

Lorsque le fibrome est *interstitiel*, nous n'avons que peu de prise sur lui, et le traitement doit le plus souvent être exclusivement médical; quand il est *sous-péritonéal*, il ne commande d'intervention que si, par son siège, son volume et ses rapports, il expose à de sérieux dangers et compromet l'existence; on se trouve alors dans l'obligation d'avoir recours à l'hystérectomie, opération périlleuse, dont les risques ne sauraient être imposés à la malade sans être justifiés par la gravité même des accidents qui la menacent.

Le *polype fibreux*, lorsqu'il est constitué aux dépens de la paroi utérine, se trouve d'abord renfermé dans l'intérieur de la matrice; mais il peut ne pas s'en tenir là de sa migration, et après s'être énucléé sous la muqueuse, il finit par être refoulé, par une sorte de travail d'expulsion, à travers le canal cervical, descendant ainsi jusque dans le vagin, comme cela est arrivé chez notre malade du n° 13 de ma salle Sainte-Marie.

Cette femme, âgée de quarante-quatre ans, a eu deux enfants. Elle jouissait d'une bonne santé et n'avait encore présenté aucun accident du côté de l'appareil génital, lorsqu'il y a deux ans elle commença à avoir des règles très abondantes, au point de constituer de véritables ménorragies; durant les périodes inter-menstruelles, elle perdait beaucoup en blanc. Pendant les quatre derniers mois qui viennent de s'écouler, elle a eu des pertes de sang presque continuelles; à la fin de décembre, lorsqu'elle se décida à entrer à l'hôpital, elle était très anémiée et très affaiblie; elle éprouvait de violentes douleurs lombaires et elle avait elle-même bien senti qu'elle portait dans l'abdomen deux tumeurs volumineuses, à la présence desquelles il fallait attribuer certains phénomènes de compression, tels que dysurie, constipation, engourdissements dans les membres inférieurs, avec un peu d'œdème des jambes. A son entrée, j'avais constaté l'existence de ces deux tumeurs abdominales, remontant jusqu'aux environs de la ligne ombilicale; elles étaient séparées par une rainure, mobiles et adhérentes à l'utérus, et avaient donc tous les caractères des tumeurs fibreuses. Elles ne proéminaient pas dans le vagin, le col de l'utérus était seulement un peu gros.

Pour arrêter l'écoulement sanguin, je prescrivis des irrigations vaginales à l'eau froide; puis je fis pratiquer des injections sous-cutanées d'ergotine.

Sous l'influence de ces injections, ou au moins à la suite de leur administration, nous avons vu les hémorragies diminuer. Cependant, les pertes sont revenues au bout de très peu de temps et ont mani-

festement augmenté l'état d'anémie de la malade. Mais il s'est produit autre chose, et, si je n'attribue pas volontiers aux injections d'ergotine l'arrêt des hémorrhagies, je crois qu'au moins le médicament a agi pour provoquer les changements qui se sont opérés dans la disposition des tumeurs. Peu de temps après le début du traitement, nous avons vu celle qui siégeait du côté gauche diminuer progressivement de volume. Étonné de cette disposition et sollicité par le retour des hémorrhagies, je pratiquai de nouveau le toucher il y a quelques jours, et je trouvai alors, dans le vagin, une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule. Elle se continuait, par un gros pédicule à travers le col, jusque dans la cavité utérine, et on retrouvait le corps de l'utérus sur le côté gauche, la tumeur de droite n'ayant subi aucune modification. Il était manifeste que la tumeur que nous avons trouvée à gauche n'était autre chose que l'utérus lui-même dilaté par un polype dont il venait de se débarrasser en l'expulsant dans le vagin.

Cette migration d'un fibrome qui, après avoir été interstitiel, se transforme en polype et descend jusque dans le vagin, en traversant la cavité utérine, n'est pas chose rare. Il arrive même souvent qu'au moment de franchir les orifices du col, il fait à travers leur ouverture des apparitions intermittentes, signalées pour la première fois par Huguier, je crois, et fort bien décrites par deux de ses élèves, M. Bernaudeau et M. Larcher. J'en ai vu de nombreux exemples, dans l'un desquels il m'a fallu attendre près de dix huit mois qu'un polype qui s'était ainsi montré à moi, devint assez accessible pour pouvoir être enlevé. Dans certains cas, on ne peut ainsi temporiser, et lorsque des hémorrhagies trop rebelles épuisent la malade, il faut, en quelque sorte, forcer la porte qui reste trop obstinément fermée, pour aller chercher le polype jusque dans la cavité utérine. Je pourrais vous citer plusieurs observations dans lesquelles cette pratique m'a parfaitement réussi, et où il m'a suffi de deux coups de ciseaux donnés de chaque côté du col utérin dans toute sa hauteur, pour voir immédiatement descendre dans le vagin des polypes restés jusque-là inaccessibles, et qu'il m'a été ensuite très facile d'enlever, à l'aide d'un des procédés dont il me reste à vous parler.

Avant d'avoir recours à l'un quelconque de ces procédés d'ablation, on pourrait peut-être se demander s'il ne serait pas plus sage d'attendre l'expulsion spontanée du polype, par suite de l'usure ou de la rupture de son pédicule. Ce phénomène se produit, en effet, quelquefois, mais dans des circonstances tellement rares que nous n'y devons pas compter, et ce en quoi il nous importe le plus, c'est en ce qu'il nous indique les meilleures voies à suivre pour obtenir une guérison qui se produit ainsi parfois sous l'influence des seuls efforts de la nature.

D'après cela, nous voyons que la meilleure manière de débarrasser une femme d'un polype utérin, c'est de rompre ou de sectionner le pédicule qui tient ce polype attaché à la matrice. Pour arriver à ce résultat, les moyens que nous pouvons employer sont nombreux et variés. Chacun d'eux peut, à l'occasion, présenter des avantages notables sur tous les autres et doit être choisi lorsque se présentent les circonstances qui marquent sa prééminence. Aussi ne puis-je concevoir que des praticiens véritables viennent recommander, d'une façon exclusive, celui de ces procédés auquel ils ont le plus habituellement recours, soit que le connaissant mieux ils sont plus habiles à l'em-

ployer, soit qu'un hasard heureux les ait placés, fortuitement, en présence d'une série de cas dans lesquels il est plus particulièrement applicable.—*A suivre.*

Des injections sous-cutanées de morphine dans l'éclampsie puerpérale.—Le Dr. TRUSH, dans une communication faite à la société obstétricale de Cincinnati, préconise les injections hypodermiques de morphine contre l'éclampsie. Quoiqu'il en soit, dit-il, (*The Obstetric Gazette*) de la pathologie de ces attaques convulsives survenant avant, pendant ou après l'accouchement, il ne peut exister aucun doute que le traitement de cette terrible maladie au moyen des injections hypodermiques de morphine est éminemment efficace. Il rapporte *in extenso* trois cas traités avec succès par cette méthode, l'injection de $\frac{1}{4}$ à $\frac{1}{2}$ grain de morphine associée à $\frac{1}{100}$ à $\frac{1}{40}$ de grain d'atropine comme stimulant cardiaque, antisialogogue et peut être à cause de sa propriété de relâcher les fibres musculaires de la vie organique.

Mais, dit-il, bien que je sois convaincu de l'efficacité de ce mode de traitement, je n'ai jamais osé employer les doses considérables de morphine ($1\frac{1}{2}$ à 2 grains) recommandées par les Drs. Clark et Faust. Je préfère m'en tenir à des doses plus faibles. Pourquoi ces doses massives, dangereuses, quand de plus faibles peuvent suffire? Comme l'expérience l'a prouvé, ne vaut-il pas mieux employer des doses moindres répétées à intervalles d'une heure ou une heure et demi plutôt que de risquer d'empoisonner la malade?

Chez les pléthoriques, il va sans dire que rien n'empêche de pratiquer la saignée en même temps qu'on administre la morphine.

Des rapports entre les tumeurs ovariennes et les ligaments larges; leurs conséquences au point de vue du traitement.—M. TERRILLON, à la Société de chirurgie de Paris, appelle l'attention de ses collègues sur cette grave complication des tumeurs ovariennes.—J'ai eu l'occasion, dit-il, de voir et d'opérer trois cas de tumeurs ovariennes qui avaient envoyé des prolongements dans les ligaments larges. J'ai consulté les travaux des auteurs sur la question; je n'ai pas trouvé de travail d'ensemble.

J'ai trouvé d'intéressantes notes dans l'ouvrage de Hégar, dans le mémoire de Karl Schröder et des observations éparses dans les mémoires de Muller, de Péan et de Kœberlé. Avec ces faits, j'ai fait un travail d'ensemble sur la question.

La première observation se rapporte à une femme de 21 ans que j'ai opérée le 13 mars 1883: elle avait dans le ligament large gauche un prolongement que j'ai pu énucléer facilement et j'ai suturé les deux feuilletts du ligament large. la malade a guéri rapidement.

La deuxième a trait à une femme de 28 ans, dont la tumeur était peu mobile et immobilisait l'utérus.

Après une ponction qui retira quatre litres, je fis l'opération le 12 février 1883. La décortication du prolongement que la tumeur envoyait dans le ligament gauche fut impossible, je dus suturer ce qui était adhérent à la plaie avoir l'avoir pédiculisée. Je fis le drainage: la malade a guéri au moins temporairement, car on sait que la petite portion du kyste qui reste peut végéter et reproduire la maladie.

La troisième observation est celle d'une femme de 38 ans: la décor-

tication fut impossible, je laissai une portion du kyste que je pédiculisai et suturai à la paroi; j'en fis le drainage. Le pédicule suppura, l'inflammation se transmit au péritoine et la malade mourut de péritonite subaiguë suppurée.

Le développement de tumeurs ovariennes dans le ligament large peut se faire dans deux directions: 1^o en avant et en bas; 2^o en arrière dans la concavité du sacrum, puis ce prolongement peut remonter vers les vertèbres lombaires et séparer les feuilletts du mésentère et refouler en avant l'intestin grêle et le gros intestin.

Le ligament large s'hypertrophie contrairement à ce qu'on observe dans les kystes paraovariques.

Le pronostic de ce cas est plus grave que ceux des tumeurs ovariennes sans prolongement.

Cela, du reste, dépend de la façon dont on peut l'enlever. Faut-il pratiquer la décortication?

Kœberlé, Péan, Muller disent qu'il faut le faire, Karl Schröder préfère laisser une partie de la tumeur que décortiquer.

Mais quand on en laisse une partie, les chances de guérison sont moindres, car les malades peuvent mourir de péritonite suppurée ou par le fait du rebourgeoisement de la tumeur.

Le diagnostic, du reste, est très difficile, sinon impossible; on n'a aucun signe de certitude.

Le traitement varie, car il faut faire une distinction capitale. Les adhérences de la tumeur avec le ligament large sont très lâches ou très serrées.

Quand elles sont très lâches, on peut décortiquer facilement et on suture ensuite les deux feuilletts du ligament large; j'aime mieux cela que le drainage abdominal ou le drainage abdomino-vaginal.

Quand les adhérences sont bien serrées, la décortication est impossible; alors on suture les bords de la cavité kystique aux bords de la plaie, et on l'y maintient avec soin. Cette cavité est très anfractuense, il faut la drainer largement et dans tous les prolongements, pour la désinfecter avec soin. On pourrait, dans ces cas, faire un drainage abdomino-vaginal. En résumé, la méthode de choix est la décortication.

J'ai, comme on l'a vu, soigneusement distingué ces tumeurs ovariennes avec prolongement dans les ligaments larges des kystes paraovariques, ce que la plupart des auteurs n'ont pas suffisamment fait. — *France-médicale*.

Du chanvre indien dans la ménorrhagie. — M. J. Brown considère le chanvre indien comme un spécifique dans la ménorrhagie et dit qu'aucun autre médicament n'a jamais produit d'aussi bons effets. Il n'en saurait expliquer le *modus operandi*, mais il est porté à croire que cet agent porte au cerveau une plus grande quantité de sang et diminue la tonicité musculaire du cœur. Quelques doses suffisent pour régulariser l'écoulement. Il recommande la formule suivante :

R. — Tinet. cannabis indicac.....	m xxx
Pulv. tragac co.....	ʒi
Spts chloroform.....	ʒi
Aquae ad.....	ʒii

Dose : Une once toutes les trois heures.

Le Dr Batbo, de Castletown, Ile de Man, corrobore l'opinion de M. Brown. — " Une longue expérience, dit-il, de l'emploi du chanvre indien dans la ménorrhagie, plus particulièrement aux Indes, m'a convaincu que c'est là, dans ce pays au moins, un des médicaments les plus efficaces à notre disposition ; je crois même que c'est le remède par excellence contre cette maladie, malheureusement si fréquente aux Indes. Le Dr Batbo en a fait usage dans un très grand nombre de cas et toujours avec des résultats satisfaisants. Il emploie la teinture à la dose de 10 ou 20 gouttes une ou deux fois en 24 heures. Son efficacité pour contrôler la ménorrhagie est tellement certaine, dit-il, qu'on peut s'en aider pour confirmer le diagnostic dans les cas où on soupçonne un avortement, car il paraît n'avoir que peu d'effet sur l'hémorrhagie qui accompagne cet état. Il n'a jamais vu le remède produire aucun effet physiologique désagréable. — *British Med. Journ.*

PÆDIATRIE.

La diarrhée chez les enfants. — Clinique de M. JULES SIMON, à l'Hôpital des Enfants Malades. I.—Après avoir parlé, dans la dernière leçon, de l'entérite aigüe, de cette affection si fréquente chez les petits enfants et précédée le plus ordinairement d'une entérite catarrhale, j'en étais arrivé au traitement, lorsque l'heure nous a forcés à nous séparer. C'est donc par là que je commence cette nouvelle conférence sur la diarrhée.

Dans cette affection, le repos au lit est absolument indispensable; puis viennent l'hygiène et l'alimentation, lesquelles doivent être en rapport avec l'âge de l'enfant. Si l'on a affaire à des sujets très jeunes, on les soumet au régime lacté, s'ils sont plus âgés, à un régime diététique, à l'eau albumineuse, à l'eau de riz avec panades et bouillons. Puis vient le traitement médical. Pour un enfant de deux, trois et quatre ans, en outre de l'eau de riz et de l'eau albumineuse, on prescrira la decoction blanche de Sydenham, et si cela ne suffit pas, on aura recours à une potion ainsi formulée.

Bismuth.....	4 grammes.
Diascordium	2 "
Laudanum de Sydenham :	
Pour un enfant de 2 ans.....	1 à 2 gouttes.
À partir de 3 ans.....	2 à 3 "
Eau gommeuse.....	100 grammes.

Si l'enfant est encore à la mamelle, on emploiera la même potion, mais à des doses médicamenteuses plus faibles, c'est-à-dire 2 grammes seulement de bismuth, 50 centigrammes de diascordium et une goutte de laudanum de Sydenham, de six mois à un an, ou une demi-goutte de un jour à six mois. Cette potion est administrée par cuillerée à café d'heure en heure. elle est suspendue si la diarrhée diminue.

Mais l'entérite s'accompagnant souvent de phénomènes gastriques de vomissements, le traitement en doit être complété par d'autres

(1) Sinae.—Voir la L.raison de juillet.

prescriptions. C'est ainsi que contre ces vomissements on aura recours à la potion de Rivière que l'on donnera de quatre en quatre heures tout en continuant la potion au bismuth. Si néanmoins les vomissements persistent, je fais appliquer un vésicatoire sur le creux épigastrique, en même temps que je fais faire des fomentations sur le ventre avec l'huile de camomille camphrée. Enfin, lorsque l'enfant est un peu grand, on lui administre des lavements d'amidon cuit avec une goutte de laudanum de Sydenham. De plus, le petit malade aura d'autant plus besoin d'être enveloppé de ouate, surtout au niveau des membres inférieurs, qu'il sera plus jeune,

Bien qu'un certain nombre de médecins aient conseillé l'emploi des purgatifs, je les repousse absolument en raison de l'inflammation intestinale qui en serait certainement accrue et par crainte de choléra infantile auquel les enfants ont une si grande tendance.

Quant au traitement que je viens d'indiquer, il devra être continué pendant 10 et 12 jours sans aucune interruption. J'ai vu des médecins s'étonner de voir la diarrhée n'en éprouver aucune heureuse influence, parfois même augmenter; cela tenait, il faut bien le savoir, à ce que les prescriptions sont souvent loin d'être fidèlement suivies dans les familles, cela tenait aussi à ce que les médicaments étaient mal donnés; ainsi, par exemple, à ce que le bismuth restait au fond de la fiole qui contenait la potion, celle-ci n'ayant pas été agitée chaque fois au moment de s'en servir.

—Après l'entérite aiguë, je vous parlerais de l'entérite folliculeuse si le traitement n'en était pas le même. Je passe donc tout de suite à l'entérite pseudo-membraneuse.

L'entérite pseudo-membraneuse s'accompagne de coliques extrêmement douloureuses tant avant qu'après l'expulsion des fausses membranes. Aussi est-ce dans ces cas-là que je conseille l'usage des grands lavements, de façon à faire une véritable irrigation de l'intestin, et à arriver jusqu'à l'S iliaque. Pour un enfant d'un an, le lavement contiendra un verre d'eau tiède; pour deux ans, deux verres à deux verres et demi. Puis on injecte immédiatement après, dans le rectum, dans une petite quantité d'eau, une goutte de laudanum de Sydenham.

—L'entérite choïeriforme ou choléra infantile exige un traitement spécial. Maints auteurs ont présenté contre la diarrhée réellement foudroyante de cette affection l'emploi des substitutifs: l'ipéca, le nitrate d'argent, la poudre d'*hydrargyrum cum creta*; je les ai essayés et je n'ai pas eu à m'en louer. Dans le choléra infantile, il y a deux médications auxquelles il faille recourir: 1^o une médication préventive, c'est-à-dire celle de la diarrhée lientérique ou catarrhale qui précède toujours l'apparition du choléra infantile et qu'il faut arrêter le plus promptement possible par les moyens que nous avons recommandés plus haut; 2^o une médication curative par les substances alcooliques, même chez les enfants à la mamelle. Chez ceux-ci, au-dessous de six mois, on donne une cuillerée à dessert de vin de Malaga dans un verre d'eau sucrée; à un an, une cuillerée à bouche; enfin, s'il est plus âgé, la dose de Malaga sera portée à 2 ou 3 cuillerées à bouche. En même temps toute la surface du corps sera frictionnée avec des substances alcooliques, des stimulants, de l'eau de mélisse par exemple, puis l'enfant sera enveloppé avec soin de ouate recouverte de taffetas gommé ou de caoutchouc.

Si aucun soulagement ne se produit, l'enfant sera plongé dans un bain

sinapisé ou dans un bain de vin chaud, et maintenu jusqu'à ce que la peau rougisse. On alimentera aussi le petit malade avec du bouillon de poulet dégraissé, avec du lait coupé et additionné d'eau de chaux. Dès que les vomissements apparaîtront, on administrera la potion de Rivière, on la donnera au moment où l'enfant prend ses aliments (lait ou bouillon), on appliquera un vésicatoire à l'épigastre. On fera prendre aussi à l'enfant une sorte de sorbet fait avec de la glace râpée en neige et mêlée de sucre. Enfin on aura recours aux lavements amidonnés et landanisés.

En un mot, il s'agit d'un traitement stimulant contre une affection qui tue, avec la plus grande rapidité, les enfants qui en sont atteints.

—La diarrhée dysentérique qui simule la dysenterie véritable n'a rien de commun avec cette affection; elle n'est autre chose qu'une entérite s'accompagnant d'un saignement de la muqueuse rectale, semblable aux épistaxis que l'on remarque fréquemment chez les enfants. Ici le traitement se composera de lavements astringents à l'eau de noyer, avec le bois de campêche, le tannin à la dose d'un gramme, ou le cachou, 5 à 10 grammes dans un verre d'eau tiède. Repos au lit, alimentation liquide, diète lactée ou bouillon de poulet, traitement auquel on ajoutera celui de l'entérite ordinaire.

La dysenterie, au contraire, est très rare chez les enfants: à l'hôpital on ne la rencontre que très exceptionnellement, en ville jamais. à peine l'ai-je ici rencontrée une fois tous les deux ou trois ans. Cependant, lorsque vous la rencontrerez, vous devrez savoir qu'elle exige un traitement spécial, car il s'agit là d'une affection intestinale ulcéreuse. Au traitement de l'entérite aiguë on ajoutera, matin et soir, un grand lavement, suivi d'abord d'un second contenant seulement 30 grammes d'eau et 1 ou 2 centigrammes de nitrate d'argent, puis d'un troisième dans lequel on aura mis une demi-goutte ou une goutte de laudanum. Contre la faiblesse résultant de la perte de sang on donnera une potion au bismuth et au Malaga. Enfin tous les deux ou trois jours on prescrira une prise de calomel de 30 à 50 centigrammes, selon l'âge de l'enfant, comme medication substitutive destinée à faciliter la guérison des ulcérations de l'intestin.

Tel est le tableau à peu près complet des diarrhées aiguës que nous sommes appelés le plus souvent à rencontrer dans la pratique infantile. (A suivre).—*Gazette des hôpitaux.*

De la leucorrhée infantile. — Clinique du prof. T. GAILLARD THOMAS.—La petite fille que je vous présente est âgée de neuf ans; elle souffre depuis deux mois d'une leucorrhée profuse que rien jusqu'ici, au dire de la mère, n'a pu modifier. Il va sans dire que j'ai fait un examen par le vagin; en entr'ouvrant les grandes lèvres, j'ai constaté que toute la vulve était d'un rouge intense et baignée par un écoulement leucorrhéique abondant. Le méat urinaire était également enflammé, et il n'y a pas de doute que l'irritation s'est de la sorte propagée à l'urèthre et a provoqué de l'urétrite. Si la chose eût été nécessaire, j'eusse pu introduire un petit spéculum dans le vagin, mais je pouvais parfaitement établir un diagnostic sans avoir recours à ce moyen.

Il arrive souvent que des mères nous amènent leurs petites filles présentant les accidents que je viens de décrire, et manifestent leurs craintes que les enfants aient été l'objet de tentatives criminelles. La

plupart du temps, il n'y a aucune raison de soupçonner une chose semblable, et l'on peut, dès l'abord, calmer les appréhensions de ces mères. La maladie dont il s'agit est bien simple et se guérit facilement. Qu'est-elle donc ? Elle est généralement connue sous le nom de leucorrhée infantile, mais l'expression vaginite infantile serait mieux appropriée.

Une des causes les plus fréquentes de cette vaginite est le manque de précautions hygiéniques. Généralement ce n'est pas par suite d'une négligence volontaire de la mère ou de la bonne, mais, par le fait même du peu de développement de la partie malade, les produits de sécrétion s'y accumulent de la même manière que s'accumule le smegma qui parfois donne lieu à la balanite chez l'homme. Une autre cause assez fréquente est l'état anémique du sujet et l'imperfection même de la nutrition chez les enfants, ces conditions étant très aptes à favoriser le développement des affections des muqueuses. Ainsi, on rencontre fréquemment, en même temps que la vaginite, du catarrhe nasal, gastrique ou intestinal. On peut encore mentionner une troisième cause qui est une influence réflexe exercée sur le rectum dans les cas d'ascarides ; l'irritation produite sur la fin de l'intestin par ces parasites, amène, par action réflexe, la congestion, puis le prurit et subséquemment l'irritation de l'organe voisin. Dans quelques cas même les ascarides pénètrent dans le vagin et agissent directement sur la muqueuse.

Le pronostic de cette maladie est favorable ; celle-ci peut être promptement guérie à l'aide d'un traitement convenable.

Pour ce qui est du traitement, la première chose qu'il y a à faire est de s'assurer de la présence des vers intestinaux. S'il y en a, ou si l'on a raison de croire qu'il y en a, on pratique des injections rectales avec une solution chaude de sel marin, le sel marin étant toxique pour les ascarides vermiculaires de même que pour les autres espèces d'ascarides. Il faut ensuite relever les forces générales et tonifier les petites malades au moyen d'une diète appropriée, les préparations ferrugineuses, toniques végétaux, hypophosphites etc. Il vaut mieux cependant appuyer plutôt sur la diète qui sera nutritive et généreuse, que sur les agents médicamenteux. Si, après que l'on se sera débarrassé des vers, l'irritation du vagin et l'écoulement persistent, ou encore s'il n'y a pas de trace d'ascarides, il faut avoir recours à un traitement local. Le vagin sera lavé avec grand soin au moyen d'une seringue munie d'un en-bout assez petit que l'on devra convenablement huiler avant que de l'introduire. Pour faciliter le lavage complet du vagin, l'enfant devra être couchée sur le dos. Dans quelques cas, la simple ablation des sécrétions accumulées dans la partie suffit à produire la guérison ; mais si l'irritation dure depuis quelque temps, il faudra probablement faire quelque chose de plus. Une des meilleures applications à faire alors est la bonne vieille lotion noire (*black wash*), composée de calomel et d'eau de chaux—et diluée dans la proportion de une once pour une chopine d'eau. On s'en servira deux fois par jour, ayant soin de faire précéder chaque application par un lavage simple à l'eau chaude. Je n'ai pas vu un seul cas de leucorrhée infantile résister à un traitement semblable, de sorte qu'il est inutile d'avoir recours aux astringents et au nitrate d'argent qui peuvent faire du mal. Si nous adoptons dans le cas présent les mesures que je viens de préconiser, l'enfant sera tout-à-fait guérie en moins de deux semaines.

Mais il est une erreur que les médecins commettent quelque fois dans ces cas et qui fait que le traitement dure beaucoup plus long temps qu'il ne faudrait. Cette erreur consiste dans le fait que le médecin oublie de montrer à la mère ou à la bonne comment se servir de la seringue. Les mères négligent en général d'introduire le bec de la seringue assez profondément pour que l'injection atteigne les parties les plus profondes du vagin : tout au plus l'introduisent-elles d'un huitième de pouce, or le pus séjourne bien plus haut que cela. Il n'y aura par conséquent aucune amélioration tant que les injections n'auront pas enlevé ce qui constitue la principale cause de l'inflammation.

Il ne suffit pas que le médecin dise à la mère comment elle doit se servir de la seringue, il doit encore voir par lui même si elle s'en sert de la manière voulue, et si le liquide est injecté assez haut dans le vagin. L'en-bout rectal de la seringue de Davidson remplira parfaitement le but qu'on se propose — *Med. and Surg. Reporter.* — *Buffalo Med. and Surg. Journal.*

Formes et diagnostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant; traitement, par le professeur PARROT.—Chez l'enfant les lésions intestinales de la fièvre typhoïde ont peu d'importance; les ulcérations sont peu étendues, la diarrhée est rare; la tuméfaction des ganglions et de la rate, les altérations des poumons et du cœur se rencontrent à un bien moindre degré que chez l'adulte.

Au point de vue du *diagnostic* de la maladie, la rareté de la fièvre typhoïde dans le premier âge en fait une des difficultés principales. De plus, les phénomènes du début présentent peu de relief, les taches sont rares et fugaces, la diarrhée n'existe pas. Un seul point est caractéristique, c'est la courbe thermométrique, à la condition que la température ait été prise dès les premiers jours de la maladie.

La fièvre typhoïde chez l'enfant peut revêtir au début un aspect particulier, qui peut être la cause d'erreurs; il est arrivé assez souvent que l'on croie simplement à une angine tonsillaire, pultacée, érythémateuse ou même herpétique alors qu'il s'agit d'une fièvre typhoïde au début; ainsi doit-on se tenir sur ses gardes en temps d'épidémie quand on voit une température élevée persister pendant quelques jours avec une angine plus intense.

On voit quelquefois aussi la maladie débiter par une pneumonie franche avec tous ses signes habituels.

La méningite tuberculeuse est souvent aussi une cause d'erreurs d'autant plus que la fièvre typhoïde s'accompagne souvent de constipation. Dans la méningite on rencontre plus souvent de la céphalalgie et des vomissements; de plus il y a dans cette dernière maladie une disproportion frappante entre le pouls et la température.

Pour le *pronostic* M. Parrot dit: plus un enfant est éloigné de l'adolescence, plus le pronostic est bon; plus il en approche plus il est sérieux et c'est au moment de l'adolescence qu'il est le plus grave. Un signe de gravité de fièvre typhoïde chez l'enfant est le refus de tout aliment par le malade.

Au point de vue du *traitement*, il faut être très réservé: il faut s'abstenir de toute médication spoliatrice et ne combattre que les symptômes.

Quand il y a tension et ballonnement du ventre, on se contente de donner des lavements chauds; s'il y a une diarrhée trop prononcée, on

donnera des lavements avec moitié infusion de camomille et moitié eau de chaux ; si les selles sont fétides, les lavements peuvent être très légèrement phéniqués.

S'il y a constipation, lavement frais, simple ou glycérimé ; on peut aussi, mais prudemment, les additionner d'huile de ricin.

La température est rarement très élevée chez l'enfant ; on peut la combattre par des lotions vinaigrées ou par le maillot. Le maillot consiste à envelopper l'enfant dans un drap mouillé bien tordu, puis à le rouler dans une couverture de laine où on le laisse vingt à vingt-cinq minutes, et à le remettre ensuite dans son lit. Les bains froids seraient difficiles, la quinine et l'acide salicylique doivent être rejetés, car chez l'enfant la fièvre typhoïde guérit presque toujours spontanément.

Quant l'irritabilité ou le délire sont trop prononcés, West recommande de donner dans une potion, à un enfant de cinq ans, le mélange suivant :

Laudanum de Sydenham..... 25 centigrammes.

Tartre stibié..... 16 milligrammes.

On pourrait aussi donner de 5 à 8 centigrammes de poudre de Dover. L'alcool est très utile aussi, mais pas à doses exagérées.

L'alimentation de l'enfant ne doit pas être modifiée : on soutiendra ses forces par du lait et des bouillons.

Doit-on, en temps d'épidémie, laisser les enfants dans une ville infectée ? Oui, dit M. Bouchardat, pour les enfants au-dessous de quatorze ans, car l'action prolongée du contagion leur confère une certaine immunité dont ils profiteront plus tard, s'ils sont atteints. Pour les enfants au-dessus de quatorze ans, il est préférable de les éloigner du foyer de la maladie.—*Journ. de méd. et de chir. pratiques.*

Du traitement de l'érysipèle chez les enfants. — M. le Dr DE-CROIZILLES indique en ces termes la conduite qu'il tient en cette circonstance à l'hôpital des Enfants-Malades :

« Le traitement, à mon sens, doit être fort simple. Je crois inutile de recourir aux onctions avec l'onguent hydrargyrique, aux solutions et aux pommades d'oxyde de fer et je m'abstiendrai toujours d'appliquer des vésicatoires volants, soit sur la région affectée elle-même, soit à sa périphérie, et je n'hésite pas à dire que cette application me semble devoir être le plus souvent défavorable, bien loin d'être avantageuse. Quant aux badigeonnages à l'aide de collodion élastique, soit sur toute la surface érysipélateuse soit seulement sur ses limites, j'ai tout lieu de douter de leur efficacité, et je n'ai jamais rien vu qui m'ait autorisé à les prescrire chez les enfants. On pourra donc, et on devra même, presque en toute circonstance, se borner à prescrire des lotions tièdes ou fraîches avec des décoctions de sureau, d'althea, de feuilles de mauve, au lieu de sonctions avec l'axonge ou le cold-cream ; enfin et surtout des applications pulvérulentes en se servant principalement d'amidon qu'on jette avec une houppette sur les points enflammés et préalablement humectés. Ce traitement local, qui, très fréquemment, n'aura d'autre avantage que de calmer la cuisson qui accompagne l'érysipèle, sera le seul rationnel chez les très jeunes sujets. Chez les enfants les plus âgés, les boissons délayantes, la méthode évacuante, l'ipécacuanha même à la période de début, pourront rendre de réels services, et il ne faudra pas négliger d'appeler ces moyens à son aide, sans se dissimuler qu'en les employant on pourra soulager les malades, mais non obtenir une guérison plus rapide que si l'on s'abstenait de toute médication interne. —*France médicale.*

FORMULAIRE.

Constipation habituelle.—Le Dr. J. MORTIMER-GRANVILLE (*British Med. Journal*) reconnaît trois formes différentes de constipation habituelle : l'une due à un défaut d'action péristaltique de la couche musculaire, l'autre liée à un manque de sécrétion de la muqueuse, la troisième enfin se rattachant au fait que le malade a dérogé à son habitude d'aller tous les jours à la garde-robe. Contre ces trois formes de constipation, le Dr. Granville prescrit les formules suivantes :

Première forme.

R.—Sodæ valerianatis.....	gr xxxvi
Tincturæ nucis vomicæ.....	m lx
Tincturæ capsici.....	m xlvi
Syrupi aurantii.....	ʒiiss
Aquæ.....	ad ʒvi

M—Dose : Une cuillerée à soupe, dans un peu d'eau, une demi heure avant les repas.

Deuxième forme.

R.—Aluminis.....	ʒiii
Tincturæ quassia.....	ʒi
Infus. quassia.....	ʒvii

M—Dose : Une cuillerée à dessert après les repas.

Troisième forme.

R.—Ammon. carbonat.....	ʒi
Tincturæ valerianæ.....	ʒi
Aquæ camphoræ.....	ʒv

M—Dose : Une once, à l'heure du lever.

Le Dr Granville insiste de plus sur la nécessité qu'il y a pour le patient de se présenter à la garde robe une fois chaque jour, à la même heure.

Migraine.

R.—Quinidæ sulphat.....	grs xxiv
Caffeina.....	} aa gr xvi
Acid. tartarici.....	
Morphia sulph.....	gr ʒ
Sacchari albi.....	ʒiiss

M—Div. in chart. no. 5. Dose : Une poudre matin et soir.—*Drug gist's Circular.*

Cure du coryza.—Falliot.

R.—Quinine.....	1 partie.
Eau.....	120 —
Acide sulfurique.....	q. s.
Essence aromatique quelconque.....	q. s.

On doit faire les injections chaque heure ou plus souvent si l'intensité du mal l'exige, avec cette solution introduite dans les narines à l'aide d'un pulvérisateur.

Dysménorrhée.

R.—Pot. iodid.....	ʒii
Ferri sulphat.....	ʒiiss
Aq. destill.....	ʒii
Tinct. cardam co.....	ʒiv
Syrup. zingib.....	ʒxii.

M.—Dose : Une cuillerée à thé trois fois par jour dans un peu d'eau. On se sert de cette mixture durant les deux semaines qui précèdent la menstruation.—*Druggist's Circular.*

Métrorrhagie.—*Dujardin-Beaumetz.*

R.—Ergotine.....	grs ix
Beurre de cacao.....	ʒi

M.—Faites un suppositoire conseillé contre la métrorrhagie occasionnée par la présence du fibrôme utérin.—*Union médicale.*

Orchite.—*Vidal.*

Pour activer la résolution de l'orchite blennorrhagique, M. Vidal conseille l'emploi du moyen suivant. On prend :

Chlorhydrate d'ammoniaque.....	ʒiiss
Eau.....	Oii

On fait appliquer en permanence sur les bourses des compresses imbibées de cette solution.—*J. de méd. et de chir. prat.*

Pommade contre les hémorroïdes douloureuses.—*Antonin Martin*

R.—Onguent populeum.....	ʒiis
Axonge.....	ʒiiss
Iodoforme.....	grs v
Extrait de belladone.....	grs ii
Laudanum de Sydenham.....	grs xv
F. S. A.	

Pour introduire dans l'anus trois fois par jour au moyen du *petit doigt.*

Suppositoires hémorroïdaux.—*Trousseau.*

R.—Beurre de cacao.....	ʒii
Aloès pulvérisé.....	grs iv
Émétique.....	gr i

Pour un suppositoire.—Applications journalières pour produire de la cuisson à la marge de l'anus et rappeler le flux hémorroïdal.

Traitement des verrues et des cors.—*Unna.*

R.—Axonge.....	ʒv
Acide salicylique.....	ʒi
M. S. A.	

En application matin et soir sur un peu de toile.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, AOUT 1883.

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 **83.00 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 survient quelque retard dans l'envoi ou quelque erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

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

Les seuls agents collecteurs autorisés de l'*Union Médicale* sont M. G. H. CHERRIER pour la ville de Québec et les districts ruraux, et M. N. LÉGARÉ pour la ville de Montréal et la banlieue.

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

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

MM. GALLIEN et PRINCE, 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.

Assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec.

Le 11 juin dernier a eu lieu à l'Université Laval, Québec, la réunion triennale du Collège des médecins et chirurgiens.

Les délibérations ont été ouvertes à 11.30 heures, sous la présidence de M. le Dr R. P. Howard. MM. A. G. Belleau et F. W. Campbell agissaient comme secrétaires.

Étaient présents: MM. les Drs R. P. Howard, Léonidas Larue, A. G. Belleau, Chs. Verge, Z. Gravel, A. Laroche, Jos. Théberge, G. B. Lafleur, W. Lamontagne, F. W. Campbell, W. H. Hingston, Jean L. Leprohon, H. Sauvé, W. Osler, Geo. Ross, T. A. Rodger, J. A. Ross, E. P. Lachapelle, D. B. Desaulniers, Tancred Fortier, G. Lachance, Régis Latraverse, C. E. Lemieux, sr, J. A. Sewell, G. O. Beaudry, Jos. Lanctôt, N. H. Ladouceur, Arthur Robitaille, A. Marois, Jos. Langlois, N. P. Lavallée, E. P. Chevrefils, Malcolm Guay, G. H. Dufresne, W. Marsden, J. P. Lavoie, Achille Gauvreau, L. Catellier, Geo. Bolduc, E. Gervais, Chs. Gingras, Alf. Dion, N. Lacerte, J. E. Ladrière, J. B. Bolduc, E. A. de St-George, C. S. Parke, S. Gauthier, J. B. Gibson, J. A. S. Brunelle, David A. Hart, F. E. Roy, Jos. Marmetto, Alf. Morissette, M. A. A. Falardeau, S. Bolduc, Emm. E. Duquet, Edouard Belleau, E. Bateau, A. Lamarche, J. M. Turcot, Edwin Turcot, J. B. Bolduc, R. F. Rinfret.

A. Jackson, F. B. Rinfret, F. D. Gilbert, P. Wells, A. Watters, W. A. Vorge, O. Mazurette, G. Manseau, P. A. Shea, M. J. Ahern, F. J. Austin, Henry Russell, V. St Germain, Luc Beauchesne, M. Fiset, Aug. Hamel, E. Morin, A. Vallée, C. Côté, A. Poliquin, F. X. Gendron, Nap. Lavoie et G. H. Turcot.

SÉANCE DE L'APRES-MIDI.

Les minutes de la dernière réunion triennale ont été lues et approuvées.

Il a été ordonné, sur motion de MM. les Drs Lachapelle et Marsden, que ce rapport soit imprimé et distribué aux membres du Collège.

Le trésorier, le Dr Lachapelle donne lecture de son rapport qui est adopté sur motion des Drs Marsden et Campbell.

Il est donné lecture du rapport du limier du Collège, M. de Lamirande. Par ce rapport, il appert que 49 actions ont été prises contre des personnes pratiquant la médecine sans licence; 35 de ces actions ont été favorables au collège, 9 ont été défavorables et sont actuellement pendantes devant les tribunaux. Ce rapport a été adopté sur motion de MM. Marsden et Ladouceur.

MM. les Drs Osler et Lachapelle ont proposé :—Que cette assemblée suggère au prochain bureau des gouverneurs de changer le mode présent d'élection des gouverneurs, de manière à ce que chaque district judiciaire élise un représentant à la prochaine réunion triennale.

Il a été proposé en amendement par les Drs Fiset et Ladouceur :—Que le mode d'élection ne soit pas changé mais qu'il soit suggéré au prochain bureau des gouverneurs d'amender l'Acte médical de façon que tous les districts judiciaires actuels aient chacun un nombre relatif de représentants dans le bureau suivant sa représentation médicale.

Proposé en sous-amendement par MM. Gravel et Roy :—Que les médecins de chaque district judiciaire actuel élisent leurs gouverneurs respectifs, lesquels gouverneurs seront choisis parmi les médecins de chaque dit district.

Proposé par MM. Geo. Ross et J. A. S. Brunelle, que les propositions contenues dans les motions de MM. Osler, Fiset et Gravel, soient soumises au nouveau bureau des gouverneurs pour être prises en considération et faire rapport sur celles-ci à leur prochaine réunion triennale. Adopté.

On procède ensuite à l'élection des gouverneurs, et les scrutateurs suivants sont nommés :

MM. Marsden, Gingras, Lachapelle, Lanctot, Désaulniers, Austin, R. F. Rinfret, Lamarche, Beaudry, Parke, Rodger et Brunelle.

Il est proposé par MM. Ladouceur et Fiset, que le scrutin soit ouvert de trois heures à cinq heures cette après-midi. Adopté.

Les messieurs dont les noms suivent sont nommés représentants des différentes universités :

Université Laval, Québec.—C. E. Lemieux et J. A. Sewell.

Université Laval, Montréal.—E. P. Lachapelle, et A. Lamarche.

Université McGill.—R. P. Howard et Geo. Ross.

Université Victoria.—E. H. Trudel et W. H. Hingston.

Collège Bishop.—F. W. Campbell, et R. A. Kennedy.

La réunion s'ajourne ensuite à huit heures du soir pour connaître le résultat du scrutin.

SEANCE DU SOIR.

Le Dr Marsden donne le rapport des scrutateurs comme suit pour l'élection des gouverneurs :

Cité de Québec—L. Larue, A. G. Belleau, W. Marsden, C. S. Parke, E. A. St. George et Henry Russell.

District de Québec—Le lieut. gouv. Robitaille, Côme Rinfret, Chs. Gingras, Malcolm Guay, P. E. Grandbois, Jos. Marmette et L. T. E. Rousseau.

Cité de Montréal—Jules Prévost, P. E. Mignault, D. A. Hart, N. H. Ladouceur, J. A. Duchesneau, Jos. Lanctôt, L. D. Lafontaine, H. A. Migneault, et D. Marsil.

District de St-François—Thos. Larue, F. X. Paré, et F. J. Austin.

District de Trois-Rivières—D. B. Desaulniers, Hon. J. J. Ross, et F. A. Darné.

Des remerciements ont été votés aux officiers sortant de charge, et à l'Université, pour l'usage gratuit de ses salles.

Le nouveau bureau des gouverneurs s'est réuni à 9.15 heures et a élu les officiers suivants :

M. C. E. Lemieux, Président.

L'hon. J. J. Ross et M. W. H. Hingston—Vice-présidents.

MM. A. G. Belleau et F. W. Campbell—Secrétaires.

M. Léonidas Larue—Régistrateur.

M. E. P. Lachapelle—Trésorier.

Les professeurs Miller, Howe, Verreault et Laflamme ont été nommés examinateurs pour les examens préliminaires.

MM. Church et P. E. Migneault sont nommés assesseurs pour l'Université Victoria; MM. Marsden et F. E. Roy pour l'Université Laval, Québec; MM. John Reddy et O. Raymond, pour l'Université Laval, Montréal; MM. Rodger et Leprohon, pour le collège Bishop.

Pour l'examen des sages femmes :

Québec—MM. W. Marsden, J. A. Sewell et Chs. Gingras.

Montréal—MM. E. P. Lachapelle, E. H. Trudel et R. A. Kennedy.

La Séance a été ajournée au mois de septembre, à Québec.

Comme on le voit par le rapport ci-dessus, 86 médecins étaient présents à l'assemblée, mais l'urne électorale ne contenait que 64 bulletins; cette différence est due à ce que quelques-uns des membres présents ont voté par procuration et surtout au fait que plusieurs médecins assistaient à l'assemblée sans avoir droit de vote pour raison d'arrages dus au Collège.

Les procurations ont porté à 378 le nombre de votes enregistrés. Nous publions ci-contre, pour l'information de nos lecteurs que cela pourrait intéresser, le résultat du scrutin. Pour ne pas prolonger cette énumération outre mesure, nous omettons le nom des messieurs qui n'ont eu qu'un nombre de votes insignifiant.

Ville de Montréal.—MM. J. A. Rodger, élu, 374; J. L. Leprohon, élu, 211; E. Robillard, 166.

District de Montréal.—J. Prévost, élu, 374; P. E. Mignault, élu, 344; A. Hart, élu, 293; N. H. Ladouceur, élu, 213; J. A. Duchesneau, élu, 209; Jos. Lanctôt, élu, 203; L. D. Lafontaine, élu, 194; H. A. Mignault,

élu, 191; D. Marsil, élu, 175; L. Duhamel, 173; F. X. Perrault, 166; V. St. Germain, 162; R. Latraverse, 162; V. P. Lavallée, 158; J. R. Gibson, 64; E. Laberge, 33; L. D. Mignault, 20.

Ville de Québec.—L. Larue, élu, 378; A. G. Belleau, élu, 376; W. Marsden, élu, 358; E. S. Parke, élu, 351; E. A. de St. Georges, élu, 207; H. Russell, élu, 185; F. R. Rinfret, 183; A. Watters, 175.

District de Québec.—Hon. Théo. Robitaille, élu, 376; C. Rinfret, élu, 372; Chs. Gingras, élu, 354; M. Guay, élu, 328; P. E. Grandbois, élu, 212; J. Marmette, élu, 194; L. T. E. Rousseau, élu, 187; Alf. Dion, 155; T. Fortier, 154; A. Watters, 154; A. Laferrière, 57; O. Bonin, 29; V. Laurin, 25.

District de St François.—Thos. Larue, élu, 376; F. X. Paré, élu, 335; F. J. Austin, élu, 189; F. D. Gilbert, 188; Worthington, 34.

District de Trois Rivières.—Hon. J. J. Ross, élu, 211; D. B. Desaulniers, élu, 211; F. A. Dame, élu, 181; E. Gervais, 186; E. Badeaux, 176; E. P. Chevreffils, 172.

COLLÈGE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE LA PROVINCE DE QUÉBEC.

Etat financier depuis le 14 juin 1880 jusqu'au 1er juillet 1883.

RECETTES.

Balance en banque, 14 juin 1880	\$ 697.83
Contribution et enrégistrement	5,650.96
Honoraires des licences	3,370.00
Examens préliminaires.....	2,920.00
Dividende, banque de Montréal.....	391.00
Intérêt sur dépôts.....	83.64
Examen des sages-femmes.....	70.00
	<hr/>
	\$13,182.43

DÉPENSES.

Honoraires des Gouverneurs	\$ 1,520.00
“ “ Assesseurs.....	1,606.00
“ “ Officiers du Bureau.....	1,625.00
“ “ Examineurs.....	1,365.00
Remises.....	777.00
Annonces	677.26
Frais judiciaires.....	588.72
Impressions.....	468.25
C. E. De Lamirande, bonus.....	500.00
“ commission.....	426.10
“ frais de voyage.....	150.00
Estampilles et télégrammes.....	198.63
Régistrateur, bonus.....	250.00
“ ouvrage extra, assemblée de 1880.....	65.00
“ commission sur enrégistrement.....	36.50
Législation, bill médical et tarif médical.....	141.52
“Canada Guarantee Co.,” trésorier et agent.....	97.00
Auditeurs, assemblée de 1880.....	90.00
Papeterie.....	72.41
Commission sur chèques, portiers, etc., etc.....	52.42
Assemblée triennale en 1880.....	34.15
Cochers.....	30.65
Balance en banque.....	2,410.82
	<hr/>
	\$13,182.43

E. P. LACHAPELLE, M.D., *Trésorier.*

N.B.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens possède en outre cinq parts de la banque de Montréal, dont la valeur actuelle est de \$1,980.00

Nous, soussignés, auditeurs dûment appointés par le Président du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec, certifions avoir examiné en détail tous les livres de comptes et reçus entre les mains du Régistrateur, des deux Secrétaires et du Trésorier, et avoir trouvé le tout conforme à l'état financier ci-dessus, que nous certifions correct.

Montréal, 6 juillet 1883.

DAVID SMITH, }
L. ARCHAMBAULT. } Auditeurs.

Le rapport du Président devant être imprimé, nous nous dispensons de le publier ici.

En somme, l'assemblée triennale qui vient d'avoir lieu a été satisfaisante. On conçoit que dans des réunions aussi nombreuses et revenant à de si longs intervalles, il ne faut pas s'attendre à voir régner l'ordre le plus parfait ni exiger que chacun de ceux qui prennent la parole reste strictement dans les limites de la question; mais cette fois, grâce à Dieu, le nombre des turbulents était réduit à sa plus simple expression et les délibérations n'ont été retardées que d'une heure ou deux.

Plusieurs des personnages français qui ont visité le Canada dans ces derniers temps ont remarqué les talents oratoires des Canadiens et ont dit que chacun de nous avait toujours son petit discours en poche; notre assemblée triennale n'a pas démontré le contraire, elle avait ses orateurs. Dans un souper d'intimes, c'est quelquefois charmant; dans un dîner officiel, on s'y résigne; dans une réunion d'affaires, plus c'est court et pratique et plus c'est beau; mais que voulez-vous? Pour certaines gens il est dur de ne pas déjeuner.

Nous regrettons d'avoir à constater le peu d'entrain qu'ont déployé cette année nos amis de Québec. On avait le droit de s'attendre à en voir un plus grand nombre assister à une assemblée aussi importante tenue chez eux. Si au moins ceux qui étaient présents avaient été munis des procurations des absents, c'eût été à demi mal, mais par malheur il faut constater que si la ville et le district de Québec étaient bien représentés par la qualité, ils l'étaient bien pauvrement par le nombre des membres présents et des votes enregistrés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Prospectus of the Canadian sanitary Association.

Rapport du conseil d'agriculture de la Province de Québec.

Report of Proceedings of the Illinois State Board of Health, Quarterly Meeting, Springfield June 29, 1883.

S. A. ABBOTT. — *L'alcool, voilà l'ennemi!* Plaidoyer en faveur de la prohibition du trafic des boissons enivrantes.

DELLFOSSE. — *Quelques réflexions sur la lithotritie rapide pratiquée suivant la méthode du docteur Bigelow.* Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 décembre, 1882.

HINGSTON (W. H.) — *Note-book for cases of ovarian and other abdominal tumors.*

Le savant chirurgien de l'Hotel-Dieu de Montréal a réuni dans ce livret, sous une forme claire, concise et méthodique, tout ce qui est de

nature à éclairer le chirurgien et à lui faire éviter les erreurs si nombreuses auxquelles donnent lieu les tumeurs abdominales. Il a mis à contribution, pour ce travail, les ouvrages des plus célèbres ovariologistes et son expérience personnelle. Le livret comprend sept chapitres : Etat général de la malade ; histoire du cas ; examen local ; diagnostic ; pronostic ; opération et traitement subséquent, le tout formant 232 questions en regard de chacune desquelles on a laissé un espace pour inscrire la réponse. En somme le livret a pour but d'éclairer le diagnostic des tumeurs abdominales et de permettre de recueillir une observation complète et détaillée des cas observés ou opérés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

La suppression est à l'ordre du jour dans les hôpitaux de Paris. Il y a quelques années, on commençait à supprimer les religieuses pour les remplacer par des surveillantes laïques et des infirmiers salariés. Depuis un an, la laïcisation des hôpitaux est complète. Cela ne s'est pas fait, néanmoins, sans récriminations de la part d'un certain nombre de médecins et chirurgiens des divers services hospitaliers, qui ont protesté courageusement contre ces innovations et n'ont pas craint de regretter très hautement le départ des sœurs. Protestations et regrets inutiles ! Les surveillantes laïques sont entrées en fonctions, ayant sous leurs ordres des légions d'infirmiers avec lesquels on compte faire merveille. C'est un lourd héritage, et il leur faudra répandre bien des sueurs et déployer un immense dévouement pour continuer honorablement la tradition de leurs prédécesseurs.

Après les sœurs, les aumôniers : En vertu de l'arrêté suivant de M. le Préfet de la Seine :

ART. 1.—Est supprimé, à partir du 1er juillet 1883, le service de l'aumônerie dans les établissements hospitaliers où ce service n'est pas rendu obligatoire en vertu de titres de fondation.

Toutefois, vu l'éloignement de l'hôpital de Berck, de l'église paroissiale, et la situation spéciale des enfants traités dans cet établissement, un aumônier continuera à être attaché à l'hôpital de Berck.

ART. 2.—A partir du dit jour, 1er juillet 1883, les directeurs des hôpitaux et hospices devront recourir pour leurs administrés, qui demanderont les secours de la religion catholique, à l'église de la circonscription paroissiale dont dépend leur établissement.

M. Quentin, directeur général de l'Assistance publique, adressait le 30 avril la circulaire suivante aux directeurs des hôpitaux :

« Monsieur le Directeur, la consommation de la bière a pris, depuis quelque temps, une telle extension dans nos services hospitaliers, et la dépense qu'elle entraîne vient grever si lourdement, chaque année, notre chapitre "comestible," qu'il est absolument de mon devoir de ne pas laisser subsister si longtemps ce que je n'hésite pas à appeler un véritable abus.

La bière, vous le savez, n'est ni un aliment ni un médicament : elle ne figure ni au régime alimentaire, ni au Codex, et le budget ne comporte, dès lors, aucun crédit pour faire face à cette dépense.

J'ai décidé, en conséquence qu'à dater de ce jour, cette boisson devra disparaître de la consommation courante pour rentrer dans la classe des prescriptions tout à fait exceptionnelles, à délivrer sur bons signés par MM. les chefs de service et visés à l'administration centrale.

Je vous invite à faire connaître ma décision à MM. les médecins et chirurgiens de votre établissement. Ils vous prêteront, j'en suis certain, tout leur concours pour mettre fin à une dépense extraordinaire à laquelle l'administration ne peut pourvoir. »

“ Nous n'avons pas à examiner, dit à ce sujet la *Tribune médicale*, l'opportunité de la mesure ordonnée par M. le Directeur général, au point de vue administratif et budgétaire; mais il est impossible de ne pas s'associer à la surprise généralement causée par cette singulière affirmation que la bière n'est ni un aliment ni un médicament. Il était bien facile à l'honorable Directeur, qui n'est pas obligé d'avoir la science médicale et hygiénique infuse (et il l'a bien prouvé), il lui était facile de se renseigner de première main auprès des lumières médico-chirurgicales qui composent le corps médical des hôpitaux; il a préféré donner spontanément son opinion dénuée—on ne le voit que trop—de toute compétence à ce sujet. Nous ne pouvons que le regretter sincèrement pour lui; car il avait toujours manifesté jusqu'alors les meilleures intentions administratives, en ce qui concerne le côté médical de cette administration.

Quoiqu'il en soit, forcés de se soumettre au veto mal justifié de M. le Directeur, les médecins et chirurgiens des hôpitaux ordonnaient, sur bons, la bière aux malades chez lesquels elle leur paraissait indiquée, lorsque, un jour, la bière fit absolument défaut, M. le Directeur général refusant de faire honneur à la signature des chefs de service.

Ces derniers crurent dès lors de leur devoir d'adresser la protestation suivante :

“ Les chirurgiens des hôpitaux soussignés, considérant la bière comme un aliment et un médicament, regrettent vivement la suppression de cette boisson dans les services hospitaliers, et espèrent que cette décision sera rapportée.

“ LE FORT, TRÉLAT, DUPLAY, DEPAUL, PANAS, VERNEUIL, DESPRÉS, TILLAUX, NICAISE, LANSSELONGUE, RICHELOT, HUMBERT, RECLUS, TERRIGNON, MONOD, SCHWARTZ, BOUILLY, POZZI, MARCHANT, BERGER, GILLETTE, LE DENTU, DELENS, LUCAS-CHAMPIONIÈRE, TH. ANGER, POLAILLON, GUÉNIOT, MARC SEE, CRUVEILHIER, HORTÉLOUP, TERRIER, KIRMISSON.”

Voilà une leçon de thérapeutique dont M. Quentin peut faire son profit, s'il le désire.

L'affaire, cependant, n'en est pas restée là, ainsi qu'on peut le voir par les détails suivants, fournis par la *Gazette des hôpitaux*.

“ Interpellé, au Conseil municipal, par M. le docteur Robinet, sur sa circulaire relative à la consommation de la bière dans les hôpitaux de Paris, et sur la protestation des chefs de service, M. Ch. Quentin s'est borné à défendre sa circulaire. Mais s'il a gardé le silence sur la protestation des chirurgiens, il nous a fourni quelques chiffres assez curieux sur le désordre qui règne actuellement dans nos hôpitaux.

“ Voici, d'abord, la comparaison de la consommation de la bière en 1875 et en 1882 :

	1875	1882
Hôtel-Dieu.....	37 litres.	13,516 litres.
Pitié.....	790 “	8,905 “
Charité.....	1,876 “	15,473 “
Saint-Antoine.....	3,768 “	14,564 “

“ Dans l'ensemble des établissements hospitaliers, les chiffres sont : pour 1875 de 28,695 litres; et en 1882, de 151,174 litres.

“ En même temps que la consommation de la bière augmentait d'une manière effroyable, la consommation du vin augmentait également. Voici les chiffres :

“ En 1875, la consommation du vin ordinaire était de 1,893,128 litres ; en 1882, de 2,646,728 litres ; celle du vin de Banyuls, de 56,881 litres en 1875, de 128,584 litres en 1882 ; celles du vin de Bordeaux de 78,814 en 1875, de 103,988 litres en 1882.

“ De son côté le lait consommé en 1875 était de 1,130,531 litres ; en 1882, ce chiffre s'est élevé à 2,675,699 litres.

“ Donc l'augmentation de la bière n'a pas pour cause la substitution de cet aliment au vin ou au lait : la bière est employée comme surcroît. — “ Mais qui donc buvait cette bière ? ” s'écrie M. Joffrin. — “ Je ne sais, répond M. Quentin ; mais, en somme, les malades ne profitaient pas de tous ces suppléments. ”

Les malades ne profitaient pas de tous ces suppléments !...

Cette réponse de M. Quentin est appréciée en ces termes par la *Tribune médicale* :

“ Voilà qui est fort bien : l'abus est péremptoirement démontré ; mais pourquoi n'a-t-il pas été recherché plus tôt, et où réside-t-il, où coulent ces flots de bière qui ne va pas aux malades ; n'est-ce pas à l'administration de le chercher et de le savoir ? N'est-ce pas son rôle et son devoir véritables de prévenir de tels abus, sans que l'intérêt des malades ait à en souffrir, au lieu d'aventurer son incompétence dans les affirmations ridicules sur les qualités alimentaires et médicamenteuses de la bière ?

“ Lorsque le médecin ou le chirurgien ont cru devoir prescrire l'usage de la bière à un malade, ni le chirurgien ni le malade ne sont responsables de la manière dont la prescription est réalisée, et s'il y a détournement et abus, à qui convient-il de s'en prendre, sinon au défaut de surveillance de l'exécution de la prescription, et par conséquent à la surveillance et au fonctionnement administratif ? ”

Et le *Praticien* ajoute :

“ Si M. Quentin a l'intention de proscrire la bière, il a absolument tort, car souvent elle joue le rôle d'aliment ou de médicament. S'il a simplement eu en vue de restreindre une consommation qui avait quintuplé, il a eu parfaitement raison : il est inutile que les contribuables payent des bocks aux infirmiers. ”

* * *

Un médecin distingué que j'ai tout lieu de croire bien renseigné sur ce sujet me disait ces jours derniers qu'il y a à Montréal trois médecins dont les clientèles réunies forment un revenu de 40,000 piastres. Ce n'est pas trop mal ! C'est à donner le *bleu* à bien des anciens et à colorer d'un rose éphémère l'horizon des jeunes confrères. Un journal quotidien de New-York disait à ce sujet que les plus belles clientèles de cette ville ne dépassent pas \$25,000 et qu'une trentaine de médecins y font en moyenne \$15,000 par an. La rumeur est moins chiche et porte ces chiffres à 60, 80 et 100,000 par année. Le *Medical Record* croit qu'il y a exagération des deux côtés, en sorte que certaines clientèles pourraient rapporter 40 à 50,000 piastres. A ce compte-là, même toutes choses égales d'ailleurs, nos trois confrères n'ont pas à se plaindre.

MAX.

Nominations.—M. LE DR H. MERRILL vient d'être nommé médecin du Dispensaire de l'Asile de la Providence.

M. LE Dr J. D. GAUTHIER a été nommé médecin du Dispensaire de l'Hôpital Notre-Dame.

— M. C. E. DE LAMIRANDE, agent du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec, a été nommé Inspecteur d'anatomie pour la section de Montréal. Sa nomination a été publiée dans la *Gazette officielle* du 21 juillet.

— M. LE Dr CARADEC vient d'être nommé rédacteur en chef de *La Jeune Mère*, journal fondé en 1872 par le regretté Dr BROCHARD.

— M. le Dr ANTOINE CARTIER, ci-devant de St-Marcel, P. Q. est maintenant fixé à Chippewa Falls, Wisconsin, E.-U.

Condammation méritée. — Un nommé Lacombe, trouvé coupable d'avoir falsifié du sulfate de quinine fourni et livré à la consommation des hôpitaux de Paris, vient d'être condamné à une année d'emprisonnement et 50 francs d'amende, en outre des frais et dépens.

Nouveaux journaux. — Nous accusons réception du premier numéro du *Journal of the American Medical Association*, publication périodique destinée à remplacer les *Transactions* de cette savante association.

— Reçue également la première livraison de la *Polyclinic*, revue publiée tous les mois par P. Blackiston & Sons. Prospérité et longue vie aux nouveaux confrères.

Hôpital Notre-Dame. — A une assemblée du Bureau des Gouverneurs, tenue le 25 juillet, les officiers suivants ont été élus pour l'année courante :

Président : l'Hon. J. R. Thibaudeau; 1^{er} Vice-président, Owen McGarvey, Ecr.; 2^e Vice-président, A. Larocque, Sr., Ecr.; Trésorier, E. A. Généreux, Ecr.; Secrétaire, Dr H. E. Desrosiers.

Le Bureau d'administration pour 1883-84 est constitué comme suit: Rev. Messire V. Rousselot, P.S.S., Président; MM. E. A. Généreux, Chas. P. Hébert, R. J. Devins et les Drs E. P. Lachapelle, A. T. Brosseau et J. E. Berthelot.

Le Dr H. E. Desrosiers a été choisi comme Secrétaire de ce bureau.

Au Bureau médical, M. le Dr J. P. Rottot a été réélu Président, et le Dr H. E. Desrosiers aussi réélu Secrétaire.

— Durant les mois d'août et de septembre, M. le Dr H. E. Desrosiers remplacera M. le Dr Filiatrault dans le service médical.

IL EST question de fonder à Montréal un journal d'hygiène qui sera l'organe de l'Association sanitaire du Canada. Nous applaudissons de tout cœur à ce projet et formons des vœux pour sa prompte réalisation.

NAISSANCES.

PAQUET.—A Oakdale, Mass. E.-U. le 2 juillet, la dame du Dr E. G. Paquet, une fille DEBU. — En cette ville, le 11 juillet, la dame du Dr C. Dubuc, un fils.

MARIAGES.

FILIATRAULT-LAURIN.—A Montréal, le 21 juin 1883, par M. l'abbé Brissette, assisté de M. l'abbé J. E. Filiatrault, P.S.S., parent des époux, le Dr S. M. Filiatrault, gradué de l'Université Laval (classe de 1882), à Mademoiselle Melina Laurin.

DUROCHER-DESJARDINS.—A Montréal, le 16 juillet, M. le Dr L. B. Durocher, professeur de Médecine légale à l'École de médecine et de Chirurgie de Montréal, à Mademoiselle Elizabeth Desjardins, sœur de M. le Dr Ed. Desjardins, de Montréal.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — CLINIQUE OPHTHALMOLOGIQUE. — Hôpital Notre-Dame—M. Foucher, — Névrite optique et maladies cérébrales, 337. — Chirurgie infantile—Emploi du laudanum — Diarrhée des enfants; par Séverin Lachapelle, M. D., St. Henri de Montréal, 343. — Empoisonnement par la santoline : accidents convulsifs; guérison; par J. Leroux, M. D., Montréal. 345

REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES. — De la Péritryphlite primitive, 348 — Traitement du ver solitaire, 351. — De quelques particularités relatives à l'épilepsie, 3-2. — Traitement de la variole par les lotions phéniquées. 357

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES. — La lithotritie rapide pratiquée suivant la méthode du Dr Bigelow, 357. — Le pansement à l'iodoforme, 360. — Destruction des polypes du nez par l'acide chromique, 361. — Traitement mécanique de la sclérotique. 362

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE. — Des polypes fibreux et de leur ablation, 363. — Des injections sous-cutanées de morphine dans

l'éclampsie puerpérale. — Des rapports entre les tumeurs ovariennes et les ligaments larges; leurs conséquences au point de vue du traitement, 366. — Du chanvre indien dans la ménorrhagie. 367

PEDIATRIE — La diarrhée chez les enfants, 368. — De la leucorrhée infantile, 370. — Formes et diagnostic de la fièvre typhoïde chez l'enfant; traitement, 372. — Du traitement de l'érysipèle chez les enfants. 373

FORMULAIRE — Constipation habituelle, — Migraine, — Cure du coryza, 374. — Dysménorrhée, — Métorrhagie, — Orchite, — Pommade contre les hémorroïdes douloureuses, — Suppositoires hémorroïdaux, — Traitement des verres et des cors. 375

BULLETIN. — Assemblée triennale du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, 376. — Bulletin bibliographique, 380

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — 381. — Nominations, 383. — M. le Dr H. Merrill, — M. le Dr. J. D. Gauthier, — M. C. E. de Lamirande, — M. le Dr. Caradec, — Condamnation méritée, — Nouveaux journaux, — Hôpital Notre-Dame, — Journal d'hygiène. 384

Naissances. — Mariages. 384

Avis aux Médecins !

LOUIS R. BARIDON

CHIMISTE-PHARMACIEN

PROPRIÉTAIRE DE LA

Pharmacie Saint-Denis

COIN DES RUES STE-CATHERINE ET ST-DENIS,

MONTREAL.

M. BARIDON, par sa facilité spéciale de manufacture et par ses relations avec les établissements du genre les plus accrédités aux Etats-Unis, peut fournir à MM. les médecins de la campagne tous les **PRODUITS CHIMIQUES, MEDICAMENTS, INSTRUMENTS**, etc., dont ils pourraient avoir besoin, et cela à des prix minimes.

Les principaux médecins de Montréal se plaisent à reconnaître la supériorité des Emulsions d'Huile de Foie de Morue préparées par M. BARIDON. Ainsi dans

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Fer Dialysé,

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue à l'Hypophosphite de Chaux, et

L'Emulsion d'Huile de Foie de Morue au Bismuth et à la Pepsine,

il a su rendre facile à l'estomac le plus délicat la digestion de ce merveilleux tonique, en même temps qu'il le présente sous une forme très agréable au goût. Son **Elixir de Gentiane à la Teinture de Perchlorure de Fer** constitue également une préparation dont la valeur est amplement établie.

Les commandes sont remplies avec promptitude et fidélité et tous les produits sont de première qualité. Prix courants des remèdes envoyés sur demande.

SPÉCIALITÉS.

JOHN WYETH & BRO., PHILADELPHIE.

P A P O M A

Le Papoma est préparé avec le grain entier de blé de choix torréfié ou rôti d'une manière parfaite au moyen d'appareils patentés. Les phosphates et tous les constituants du grain y sont conservés, le gluten est cuit et l'amidon transformé en dextrine, il en résulte un composé renfermant, sous une forme facile à digérer et propre à l'assimilation les éléments nécessaires à la nutrition et au soutien de l'organisme de l'enfant.

EXTRAITS FLUIDES MEDICINAUX.

Notre catalogue d'EXTRAITS FLUIDES comprend non-seulement les extraits officinaux de notre Pharmacopée, mais aussi tous ceux qui pour leur valeur thérapeutique sont employés par les médecins.

Une longue expérience pratique de l'art pharmaceutique, une connaissance approfondie de la nature et des propriétés de chaque médicament, aidés d'appareils de fabrication à nuls autres inférieurs sous le rapport de la perfection et de l'économie du travail, nous permettent de produire une série d'Extraits Fluides d'une pureté, d'une activité et d'une constance d'action impossibles à surpasser. Nous sollicitons les médecins d'en faire la comparaison et l'examen critique le plus soigneux, convaincus que nous sommes de leur supériorité sur presque tous les produits analogues répandus dans le commerce. Nous sommes confiants que tout médecin ou pharmacien d'expérience et impartial admettra que nos prétentions sont justifiées.

Chaque détail de fabrication, depuis le médicament nature jusqu'à la dernière phase de l'opération, est basé sur une connaissance intelligente et étendue des caractères de chaque médicament.

PILULES PEPTOGENES (Peptonic Pills).

Pepsine. Pancréatine associée au Lacto-Phosphate de Chaux et Acide Lactique.

(Tous droits réservés.)

Cette Pilule donne un soulagement immédiat dans plusieurs variétés de Dyspepsie et d'Indigestion, et produit un bon effet permanent dans tous les cas de dyspepsie dépendant de défaut de sécrétion du suc gastrique. En suppléant au travail de l'estomac et en rendant les aliments assimilables, elle permet à l'organe de recouvrer sa tonicité et produit ainsi une guérison permanente. Un des grands avantages du mode de préparation de ces pilules est l'absence du sucre que l'on trouve dans tous les composés ordinaires de Pepsine et de Pancréatine—sous cette forme le volume de la pilule est beaucoup moindre, elle est plus facile à avaler et plus acceptable à l'estomac faible et irritable. Les résultats de leur emploi ont été tellement satisfaisants que nous avons la conviction que l'essai qui en feront les membres de la Profession Médicale et le public en général leur vaudra la plus cordiale approbation.

Trochisques Comprimées au Chlorate de Potasse

Contre l'Enrouement, l'Irritation Bronchique, les Inflammations de l'Arrière-Gorge, la Diphthérie, le Croup, Etc., Etc.

Le Chlorate de Potasse est un remède d'une efficacité reconnue dans les cas d'Inflammation Diphthéritique de l'Arrière-Gorge, de Stomatite et de Maux de Gorge dus à l'épuisement de la constitution. Dans ces cas, comme dans les formes atténuées du Croup, il possède, à part ses effets détersifs et dépuratifs, une action dissolvante sur les dépôts caractéristiques de ces ennuyeuses et graves affections. Il soulage l'Enrouement et agit efficacement comme correctif dans beaucoup de cas de Fétilité de l'Haleine liée à un désordre des sécrétions— Ses bons effets dans l'angine simple sont reconnus par la plupart des médecins les plus éminents.

Echantillons expédiés gratuitement aux Médecins Praticiens qui en feront la demande aux Agents Généraux,

PERRY DAVIS & SON & LAWRENCE,
MONTREAL, P.Q.