

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.

SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX. — PATHOLOGIE CHIRURGICALE. —Université Laval, Montréal, Considérations générales sur le traitement des fractures, M. Brossard. 193	OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE. —Accouchement difficile; engagement de la tête avec un pied, 217.—De l'emploi de l'eau chaude pendant la grossesse et l'accouchement, 219.—Du support à donner à l'abdomen durant la grossesse.—De la délivrance après l'accouchement, 221.—Traitement de l'éclampsie puerpérale.—De l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement de l'aménorrhée, 222.—Traitement de l'endométrite. 223
NOTES DE THÉRAPEUTIQUE: par H. E. Desrosiers, M. D., professeur à l'Université Laval, Montréal, médecin de l'Hôpital Notre-Dame. 196	PÉDIATRIE. —De l'épilepsie dans le jeune âge, 224.—Dangers du pansement phéniqué chez les nouveau-nés, 226.—Traitement de la leucorrhée infantile.—Du traitement de la bronchite chez les jeunes enfants, 227.—Traitement de la laryngite striduleuse. 229
COMMUNICATIONS. —Traitement de la diphtérie, Un abonné.—Pleurésie médicale, Médicus, 200.—Charlatans, Dr J. Lippé. 202	SYPHILIGRAPHIE. —De l'adénite syphilitique, 230.—Réveil tardif de la syphilis. 232
REVUE DES JOURNAUX. — PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. —Des palpitations, 204.—Sciaticque; guérison par les pulvérisations de chlorure de méthyle, 206.—Traitement de l'asthme, 207.—Pathologie des bossus, 208.—Traitement du ténia par le chloroforme.—Thérapeutique de la diphtérie, 209.—Traitement de la méningite tuberculeuse par le phosphore. 210	FORMULAIRE. —Dyspepsie atonique.—Fievre hectique des phthisiques.—Plaques muqueuses.—Condylomes syphilitiques.—Sucre laxatif.—Potion diurétique. 234
PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES. —Des polypes naso-pharyngiens, 210.—Du panaris et de son traitement.—Pansement permanent des plaies, 213.—Suites éloignées de la désarticulation du genou, 214.—De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille. 216	BULLETIN. —La nouvelle loi concernant les asiles d'aliénés, 235.—La variole, 238.—Erratum. 239
	BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE. 339
	NOUVELLES MÉDICALES. —Nécrologie, — Naissances,—Décès. 240

MELLIN'S FOOD

NOURRITURE DE MELLIN

POUR LES PETITS ENFANTS ET LES MALADES.

Le seul véritable succédané du lait maternel. Aliment éminemment nutritif et reconstituant pour les nourrices, les convalescents, les dyspeptiques, les neurasthéniques, etc.

Recommandée par tous les médecins et en vente chez tous les pharmaciens des Etats-Unis et du Canada.

Se conserve dans tous les climats et n'exige pas de cuisson.

DOLIBER, GOODALE & CO.

41 ET 42, CENTRAL WHARF, BOSTON, MASS., U.S.

Toute l'attention voulue sera donnée aux correspondances des médecins.

Echantillon et pamphlet expédiés gratuitement sur demande.

En vente chez } LYMAN, SONS & CO., MONTRÉAL, CANADA.
 } LYMAN, BROTHERS & CO., TORONTO, CANADA.
 } BROWN & WEBB, HADIFAX, N. S.
 } R. W. MCCARTY, ST. JEAN, N. B.

Tablettes Comprimées au Chlorate de Potasse et au Borax DE WYETH.

De deux grains et demi, sans mélange ni excipient.

"Ce sont d'excellents et recommandables échantillons des progrès marqués de l'art pharmaceutique."—*Boston and Medical Journal*.

Nous sollicitons l'attention des médecins sur l'excellente combinaison ci-dessus nommée; on ne saurait manquer d'en obtenir de bons effets dans les affections diphthériques de la bouche et de la gorge et autres affections morbides de ces parties, avec vice de sécrétion. L'effet dépuratif de ces deux médicaments est assez connu.

Comme le goût n'en est pas désagréable nous les avons préparés sous forme de tablettes comprimées afin de donner au patient tout le profit de leur action sans le mêler au sucre, à la gomme ou autres véhicules qui en compromettent l'effet et fatiguent l'estomac. Si on laisse dissoudre la tablette dans la bouche l'effet topique sera beaucoup plus marqué que ne le serait celui d'une solution saturée qui n'agit que temporairement tandis que la tablette constitue un gargarisme continué.

Ces tablettes ont sur tous les gargarismes ordinaires le grand avantage de se dissoudre graduellement dans la salive et ainsi de mettre constamment le remède en contact avec les parties affectées. Il nous paraît évident qu'on obtiendra de meilleurs effets par ce moyen que de l'usage momentané et occasionnel d'un gargarisme désagréable à beaucoup de malades et impossible chez quelques-uns.

Les enfants s'accommodent bien des Tablettes, qui n'ont pas mauvais goût; les voyageurs sauront apprécier l'avantage de pouvoir les porter dans la poche.

Si on avait objection au borax on voudra bien se rappeler que nous préparons aussi des tablettes au chlorate de potasse, de 5 grains. On les trouvera chez tous les pharmaciens.

Les Chanteurs et les Orateurs affectés d'Enrouement et de Rauceté de la Voix en éprouveront tous les bienfaits s'ils en prennent une quelques minutes avant de chanter ou de parler.

MODE D'EMPLOI.

Laissez fondre toutes les heures une ou deux Tablettes dans la bouche. Contre les stomatites et les affections diphthériques, contre la fétidité de l'haleine on les trouvera tout aussi efficaces que nos Pastilles de Chlorate de Potasse dont l'activité est augmentée par l'adjonction d'un alcali peu puissant comme le borax.

**DAVIS & LAWRENCE COMPANY, (LIMITED),
MONTREAL.
AGENTS POUR LE CANADA.**

TABLETTES HYPODERMIQUES

COMPRIMEES ET SOLUBLES DE
WYETH & BRO.

En attirant l'attention toute spéciale de la Profession sur ce genre de médicaments, nous désirons déclarer que nous avons donné toute l'attention possible à la préparation de ces Tablettes comprimées solubles pour usage hypodermique; nous les présentons avec confiance, comme supérieures sous plus d'un rapport à toutes les autres préparations hypodermiques. Elles sont commodes, tant à porter qu'à employer; elles sont exactes et permettent au médecin d'administrer la dose précise voulue: elles sont inaltérables. Les solutions s'altèrent ou se décomposent avec le temps. Les poudres deviennent inertes sous l'influence de l'atmosphère; les disques gélatineux sont peu solubles. Ils peuvent donner lieu à des abcès. Une expérience de plusieurs années dans la fabrication des poudres comprimées (ou pilules) et la perfection de notre outillage nous permettent de donner à ces articles un degré de perfection mettrait d'atteindre.

L'exacte quantité voulue de chaque médicament est parfaitement incorporée et distribuée dans chaque tablette.

Une solution parfaite peut être obtenue dans l'eau à la température ordinaire en trente ou soixante secondes. Si on fait usage d'eau chaude ou si on chauffe la cuillère à la flamme d'une lampe ou du gaz, la solution s'effectue en un moment. De cette manière une tablette peut être dissoute dans cinq à dix gouttes d'eau.

Aucun autre excipient n'est employé que le sulfate de soude ou le chlorure de sodium, et cela seulement dans les proportions requises pour augmenter la solubilité de la tablette.

Elles sont livrées au commerce dans des cylindres de verre commodes à mettre dans une trousse ou un étui de seringue hypodermique. Chaque cylindre contient vingt tablettes; dix cylindres, soit deux cent tablettes sont renfermés dans une boîte.

Nous avons aussi de jolies trouses en cuir contenant 4, 6 ou 12 tubes, et l'espace pour loger la Seringue Hypodermique et les aiguilles. Ces trouses peuvent être remplies avec les tablettes au choix de l'acheteur, (catalogue fourni sur demande) en raison de \$2.50, \$3.00 et \$5.00 (sans seringue) et avec nom et adresse imprimés en lettres d'or.

Expédiées franc de port, sur reçu du prix, par la

**DAVIS & LAWRENCE COMPANY, (LIMITED),
MONTREAL,
AGENTS GENERAUX POUR LA PUISSANCE.**

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

UNIVERSITÉ LAVAL, (Montréal).—M. BROSSEAU.

Considérations générales sur le traitement des fractures. (1)

Le traitement des fractures présente deux indications :

- 1^o Réduire la fracture.
- 2^o La maintenir réduite.

La réduction d'une fracture consiste à placer les fragments dans leurs rapports normaux.

La réduction n'est pas nécessaire dans tous les cas, puisqu'il y a des fractures qui n'offrent pas de déplacement ; la contention seule suffit alors.

Pour réduire une fracture, il faut avoir recours à l'*extension*, à la *contre-extension* et à la *coaptation*.

L'*extension* consiste en une traction sur le fragment inférieur.

La *contre-extension* est l'effort exercé en sens inverse, sur l'autre fragment.

La *coaptation* consiste à diriger les fragments de manière à leur rendre leur position normale. Des aides font l'*extension* et la *contre-extension*, mais le chirurgien se charge lui-même de la *coaptation*.

Il est souvent nécessaire de se servir de chloroforme.

Règle générale la réduction d'une fracture doit être faite tout de suite après l'accident, afin d'empêcher les fragments d'irriter les tissus voisins et pour calmer la douleur ; la réduction tardive ramène les os aux conditions des premiers jours, ce qui est un mal. Du reste, le blessé se soumet plus volontiers aux manipulations, tout de suite, que plus tard.

Il faut s'efforcer de mettre les muscles dans le relâchement en faisant attention à leurs insertions. Il faut aussi donner au membre sa longueur et sa forme, puis empêcher un déplacement ultérieur en faisant une contention méthodique au moyen de bandages, d'attelles, d'appareils etc.

Il ne faut jamais mettre de bandages roulés sous les attelles, car ils sont aptes à exercer de la compression puis de la gangrène ; la gangrène vient souvent sans douleur, sans que, par conséquent, le chirurgien en soit averti.

Les bandages sur des attelles bien rembourrées ne causent jamais d'accidents semblables.

Le bandage roulé sous les attelles est une curiosité du passé.

Une fois la fracture bien réduite, il faut la déranger le moins possible. Le chirurgien doit cependant surveiller attentivement l'enflure,

(1). Résumé de plusieurs leçons professées à la Faculté de Médecine en janvier dernier.

l'attitude du membre, etc., et cela lui est facile s'il a la précaution de se servir d'appareils convenables ; par exemple l'appareil de Scultet.

Un bon lavage, suivi d'applications d'alcool camphré, empêche les démangeaisons.

Les matériaux les plus propres à la confection des attelles sont le bois, le cuir, le gutta-percha, le carton épais, le fer, le zinc.

La malléabilité des attelles est nécessaire dans le traitement de certaines fractures, celle du maxillaire inférieur par exemple, tandis que la résistance et la solidité sont indispensables dans toutes les fractures.

Un célèbre auteur a dit : " une planchette d'un demi pouce d'épaisseur, un morceau de gutta-percha, de cuir ou de carton épais, suffisent à un chirurgien quelque peu adroit et intelligent pour la fabrication d'attelles convenables, il n'a pas besoin d'appareils spéciaux ; qu'il taille d'abord un patron en papier, puis qu'il découpe dessus son cuir, gutta-percha, etc."

Deux points importants doivent être observés : 1^o que les attelles soient aussi larges que le membre afin que les bandages ne le compriment pas, 2^o que les attelles embrassent les jointures voisines de l'os fracturé, par exemple le cou-de-pied et le pied, si le tibia est fracturé à sa partie inférieure, le carpe et la main si le radius est fracturé ; sans cette précaution l'immobilisation ne serait pas complète.

Les fractures avec déplacement et chevauchement doivent être traitées avec des appareils à extension continue, poids ou caoutchouc. En effet l'action musculaire est toujours là, prête à renouveler le déplacement si cette contraction n'est contrebalancée par une traction artificielle en sens opposé.

De quinze à vingt-cinq livres ne sont pas de trop pour contrebalancer la contraction des muscles de la cuisse d'un adulte vigoureux.

Les épanchements, quelquefois très abondants, qui accompagnent les fractures se résorbent ordinairement d'eux mêmes ; ils ne doivent jamais être ouverts, car en les ouvrant on convertirait une fracture simple en une fracture compliquée d'une plaie ce qui, comme on le sait, augmenterait considérablement la durée et la gravité du cas.

Lorsque les fragments ont peu ou point de tendance à se déplacer, il suffit d'immobiliser le membre pendant le temps nécessaire à la consolidation. La simple contention suffit alors.

Combien de temps doit durer l'immobilisation ? La durée de l'immobilisation varie suivant que la fracture est simple ou compliquée d'une plaie, et suivant le volume de l'os fracturé, l'âge du patient, etc.

De trente à quarante jours suffisent à la consolidation de l'os du bras et de la jambe, chez un sujet jeune et bien portant, tandis qu'il faut de cinquante à quatre vingts jours pour la consolidation d'une fracture du fémur chez un vieillard. Les fractures compliquées de plaies sont bien plus graves et requièrent le double du temps.

Le chirurgien doit tenter l'occlusion de toutes les petites plaies qui accompagnent les fractures, soit avec de la charpie recouverte de bandelettes de diachylon imbriquées, soit au moyen de coton absorbant et collodion ou de la baudruche ; si l'union de la plaie a lieu par première intention, la fracture se trouve, par le fait même, convertie en une fracture simple. Mais si la plaie est grande et qu'il n'y ait pas de chance d'union par première intention, le chirurgien devra faire tous ces efforts pour empêcher la décomposition et la stagnation des liqui-

des dans cette plaie. Le pansement antiseptique devra être employé régulièrement. C'est le meilleur moyen de prévenir l'érysipèle, la septicémie; l'union aura lieu alors par seconde intention.

La fracture une fois réduite, il faut *maintenir* les fragments en juxtaposition.

Toutes les fractures doivent être maintenues, sous peine de voir le déplacement se reproduire, ou par la rétraction musculaire, ou par les mouvements, etc.

Pour obtenir cette *contention* des fragments, on se sert d'appareils à immobilisation simple, ou *amovibles*, et d'appareils *inamovibles*.

Tout chirurgien intelligent peut se faire fabriquer des attelles par le premier menuisier venu.

Le bois présente la solidité et la légèreté voulues, et il est si facile à avoir et de si bonne qualité dans notre pays, que nous aurions tort de ne pas lui donner la préférence sur les autres matériaux. Cependant on peut donner au cuir, au guttapercha, au carton, des formes plus variées en les trempant dans l'eau chaude.

L'appareil de Scultet *modifié* présente des avantages incomparables dans le traitement des fractures du membre inférieur, tels que : examen facile du membre sans déplacement, compression douce et méthodique. (On sait que l'appareil de Scultet amélioré se compose d'une gouttière postérieure avec une semelle pour le pied, deux attelles latérales, quinze à vingt bandes de coton, puis coussins en ouate ou en balle d'avoine.)

Comme il est absolument nécessaire de surveiller l'enflure, le gonflement qui survient après une fracture, ainsi que la juxtaposition des fragments, c'est avec les appareils amovibles (*ex. gr.* celui de Scultet) que le chirurgien atteindra le mieux ce but. La boîte à fracture, si souvent employée, est pourtant la cause de bien des consolidations vicieuses. Le chirurgien s'y fie trop, il place dedans le membre blessé et ne s'en occupe plus durant quarante jours. Un autre inconvénient de cette boîte à fracture, c'est que la même boîte sert aux grosses comme aux petites jambes, et aux longues comme aux courtes. Il vaut mieux se servir d'un appareil moins commode et qui demande plus de surveillance de la part du chirurgien.

Les appareils inamovibles sont destinés à immobiliser le membre dans une position absolument fixe; ils sont fabriqués avec des substances malléables au moment de leur application, mais qui se durcissent rapidement après. Les substances le plus en usage sont la colle forte, le plâtre de Paris, l'amidon, le silicate de potasse.

Il est prudent de n'appliquer ces appareils inamovibles que lorsque le gonflement du membre a disparu, c'est-à-dire, une huitaine de jours après l'accident; alors, plus de dangers de compression et pas tant de dangers de gangrène.

Après une vingtaine de jours d'application, ces appareils peuvent être convertis en appareil amovo-inamovibles en les fendant sur le côté. On les enlève alors de temps à autre pour apprécier l'état de la fracture et du membre.

Dans la grande majorité des fractures l'on ne se sert que des appareils amovibles durant toute la durée de la consolidation du cal. Mais dans les cas où le blessé supporte difficilement le décubitus dorsal, les appareils à la colle, au plâtre de Paris rendent des services incomparables.

Autrefois on soumettait les blessés à une diète sévère, mais aujourd'hui on leur donne une nourriture soutenante. Il convient de laisser au malade ses habitudes antérieures.

Nous devons admettre que, dans ce pays, les fractures ne sont pas toujours traitées convenablement; cela est pourtant assez facile pour celui qui voudra se procurer des traités de pathologie externe et les étudier attentivement.

Au nombre des bons auteurs français nous avons le "Traité de pathologie externe" de Follin et Duplay, en sept volumes, dans lequel les fractures sont très bien données. Les "Éléments de pathologie externe" de Léon Moynac, en deux petits volumes, peuvent à la rigueur suffire.

En langue anglaise, nous avons les traités spéciaux, sur les fractures, de Hamilton, de Stimson, en un seul volume. Le magnifique ouvrage de Erichsen, "*Science and art of Surgery*" se compose de deux forts volumes.

Un autre livre très recommandable, c'est celui d'Ashurst, professeur de clinique chirurgicale à Philadelphie, intitulé "*Principles and practice of Surgery*," un seul volume; prix: six dollars.

NOTES DE THERAPEUTIQUE;

par H. E. DESROSIERS, M.D.,

Professeur à l'Université Laval (Montréal), médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Terpine et terpinol. — Thalline. — Kairine. — Cocaïne. — Chloral.

Terpine et terpinol.—Voici un expectorant qui, s'il tient les promesses de ses premiers jours, sera bientôt universellement employé. La terpine est un bi-hydrate de térébenthine, celui-ci étant un hydrocarbure spécial résultant de la distillation de la térébenthine en présence d'un alcali. A son tour, le bi-hydrate de térébenthine ou terpine, mis en présence d'un acide minéral, se transforme en un corps huileux appelé terpinol. Terpine et terpinol sont donc deux dérivés de la térébenthine. Quel est leur mode d'action? A quoi peut-on les employer?

C'est M. A. LÉPINE, de Lyon, qui a dernièrement (*Revue de médecine*, février 1885) attiré l'attention sur l'emploi de la terpine en thérapeutique, et M. DUJARDIN BEAUMETZ en a fait le sujet d'une de ses très intéressantes conférences de thérapeutique à l'hôpital Cochin (*Bulletin de thérapeutique*, 15 avril 1885).

D'une manière générale, on peut dire que la terpine a une action un peu analogue à celle de l'essence de térébenthine, mais elle est bien plus active. Son action se porte principalement sur la muqueuse bronchique, le rein et le système nerveux. Sur la muqueuse bronchique, une dose de 4 à 12 grains augmente la sécrétion bronchique, la fluidifie, et rend l'expectoration plus facile. Si on élève la dose, la sécrétion est au contraire tarie, la terpine diminuant la sécrétion à la manière de tous les balsamiques qui sont aussi des anticatarrhaux. Le médicament est donc indiqué dans la bronchite subaiguë et chronique et la bronchorrhée.

A la même dose que ci-dessus, la terpine est un diurétique vasculaire et modifie fort avantageusement la fonction rénale si celle-ci est diminuée. A doses un peu élevées elle produit, chez les brightiques, de l'albuminurie et même de l'hématurie. M. Lépine l'emploie dans la néphrite chronique, mais avec précaution, ne dépassant pas la dose de 8 grains par jour. A dose modérée elle peut diminuer l'albuminurie et contribuer à guérir la lésion épithéliale du rein.

Enfin, à dose de 15 à 18 grains, la terpine exerce sur le système nerveux la même action qu'on obtient par des doses élevées d'essence de térébenthine. M. Lépine dit avoir ainsi guéri plusieurs névralgies et croit avoir amendé un cas d'hystéro-épilepsie.

Comme expectorant, la terpine se donne sous forme de solution alcoolique, avec addition de sirop. Comme diurétique, on l'associe au vin blanc. Les doses élevées doivent être associées à un astringent (cachou, etc.) pour empêcher la diarrhée.

De son côté, M. Dujardin Beaumetz ayant constaté que la terpine, même donnée à dose de 18 à 56 grains par jour, agissait peu comme diurétique, lui substitue le terpinol qu'il administre en capsules ou en pilules renfermant chacune 2 grains du remède. Les effets suivants ont été observés : rapide élimination du terpinol par les voies respiratoires, l'haleine conservant pendant très longtemps l'odeur spéciale du médicament ; faible élimination par les urines dans lesquelles on retrouve aussi la même odeur du terpinol, mais moins marquée. Le terpinol a donné de bons résultats à M. Dujardin-Beaumetz dans le traitement du catarrhe pulmonaire ; en même temps que l'expectoration devenait plus facile, les crachats se fluidifiaient et leur mauvaise odeur disparaissait manifestement. Pour les affections des voies urinaires, les résultats ont été presque nuls. Le terpinol serait donc, comme diurétique et modificateur des urines, très inférieur à la térébenthine.

En résumé l'on peut dire, avec l'éminent médecin de Cochin, que pour les affections catarrhales des bronches, c'est le terpinol qui occupe le premier rang et la térébenthine le dernier, tandis que pour les catarrhes des voies urinaires, c'est l'ordre inverse qui existe, la terpine occupant un rang moyen dans l'une et l'autre de ces affections.

Thalline.—Est-ce la récente discussion à l'Académie de médecine de Paris au sujet du traitement de la fièvre typhoïde qui en est la cause ? C'est possible. Toujours est-il que voilà coup sur coup trois nouveaux antipyrétiques que l'on nous propose : la kairine, l'antipyrine et la thalline. Nous avons déjà parlé des deux premières (1) ; H. Henri HUCHARD nous fait connaître la troisième (*Union médicale*, 3 janvier 1885.) La thalline, que la chimie décore, du nom de *tetrahydroparaquinanisol*, ou encore de celui de *tetrahydroparaméthylxyquinoline*, est un dérivé de la quinoline. Jacksch lui a reconnu des propriétés antifébriles à la dose de 4 à 10 ou 15 grains ; les sels de thalline, sulfate, tartrate et chlorhydrate, jouissent des mêmes vertus antifébriles ; la préférence doit être accordée au sulfate qui paraît plus actif que les deux autres sels. Jacksch a pu dans près de cent cas de fièvres dues à des mala-

(1). UNION MÉDICALE DU CANADA, vol. XII, p. 505.—Vol. XIII p. 342.

dies différentes (fièvre intermittente, fièvre typhoïde, pneumonie, tuberculose, etc.) abaisser la température jusqu'à la normale, sans produire aucun accident.

Pour la fièvre intermittente, elle n'est pas guérie par la thalline; les accès peuvent être supprimés, mais ils se reproduisent, et il faut toujours avoir recours en dernier lieu au sulfate de quinine. La thalline n'est donc pas un antipériodique.

Les sels de thalline paraissent très efficaces dans la fièvre entérique et la fièvre des tuberculeux. Ils agissent également bien sur la fièvre du rhumatisme, mais ne produisent aucun effet sur les phénomènes douloureux et la durée de la maladie.

L'action antithermique des sels de thalline est fréquemment suivie de sudations abondantes, l'abaissement de la température étant obtenu en deux ou trois heures; l'ascension secondaire se produit après quatre ou cinq heures en s'accompagnant souvent de frissons. L'administration de ces substances ne fait apparaître dans l'urine ni sucre, ni albumine, ni matière colorante de la bile; elle ne produit d'autres effets secondaires que des sueurs et quelques frissons, mais jamais elle n'est suivie de vomissements, de phénomènes de cyanose ou de collapsus. Les sels de thalline seraient enfin doués de propriétés anti-putrides, une solution à 25 pour 100 retardant manifestement les fermentations ammoniacale et alcoolique, la fermentation et la décomposition du lait.

Cocaïne.—La cocaïnomanie continue de plus belle. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE DU CANADA savent quelles ont été dès l'abord les principaux usages de cet anesthésique local dans la chirurgie du larynx, de l'œil, de l'oreille et de l'urèthre.

Chaque jour amène de nouvelles applications de la cocaïne et de son principal sel, le muriate, et l'on peut dire qu'il n'est pas une affection un peu douloureuse au traitement de laquelle on n'ait pas tenté d'affecter l'alkaloïde de la coca. Citons entre autres toutes les opérations de petite chirurgie se pratiquant sur les muqueuses et sur la peau v.g. ablation de tumeurs, ouvertures d'abcès, etc., l'avulsion des dents, les brûlures, les hémorroïdes, la fissure anale, les gerçures du mamelon, le ténésme rectal, le vaginisme, les douleurs accompagnant la dilatation de l'os à la première période du travail et les vomissements de la grossesse.

Dans ces différents cas, la cocaïne ne saurait être à coup sûr un agent curatif. La plupart du temps elle n'a qu'une action purement palliative, plus ou moins transitoire, mais qui n'en est pas moins d'une incontestable utilité. Dans le vaginisme, par exemple, des cas sont rapportés où cette maladie durant depuis longtemps chez les femmes mariées, tout rapport conjugal, toute tentative même de coït avait été impossible. A la suite d'une application de cocaïne sur la vulve, les rapprochements sexuels avaient pu être pratiqués, et, la grossesse s'étant déclarée, on a pu compter sur l'accouchement naturel pour la guérison parfaite de la maladie. On sait que dans une série de huit cas d'accouchement, M. Doléris a, six fois, réussi à calmer tout-à-fait les douleurs accompagnant la dilatation du col, au moyen de badigeonnages avec la cocaïne.

S'il s'agit de fissures du mamelon ou de l'anus, l'anesthésie locale produite par la cocaïne, bien que transitoire, suffit à permettre l'allai-

tement dans le premier cas, la défécation dans le second cas, et cela sans douleur appréciable, ce qui est déjà un commencement de guérison. Une médication appropriée dirigée contre la fissure elle-même assure la guérison complète.

On recommande encore la cocaïne, en injection urétrale, ou sous forme de bougies médicamenteuses, dans les cas de chaudepisse cordée; en injection vésicale, pour combattre les douleurs si pénibles de la cystite chronique et celles qui accompagnent nécessairement les séances de lithotritie; en badigeonnages sur le col utérin, dans les cas de dysménorrhée, etc.

Tout dernièrement, on a réussi à calmer les vomissements de la grossesse par l'administration de la cocaïne.

La tendance actuelle est de regarder la cocaïne comme étant une panacée quasi-universelle. On en reviendra un peu. Il y a eu des insuccès et il y en aura encore. Une fois l'enthousiasme du moment passé, il sera plus facile d'apprécier à leur valeur précise les faits qui se publient aujourd'hui et dont nous venons de relater les principaux.

Chloral.—Si la cocaïne est aujourd'hui employée un peu contre toutes les maladies, on peut dire, d'un autre côté, que l'on essaye à peu près tous les médicaments et tous les modes de traitement contre la diphthérie. Pour les uns, c'est la médication antiphlogistique, pour les autres, c'est la médication tonique et stimulante. Pour ceux-ci, rien ne réussit comme les antiseptiques, pour ceux là, l'expectation armée suffit.

Depuis quelque temps, plusieurs auteurs recommandent le chloral dans le traitement de l'affection diphthéritique. Ainsi, à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, M. JORROUX se basant sur un certain nombre de cas favorables, emploie uniquement le chloral dans cette maladie, en raison de ses puissantes propriétés antiseptiques (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*). Pour cela, il use des irrigations, des gargarismes et des attouchements. Les premières se font avec une solution de 18 grains pour 5 onces d'eau. Ces irrigations (1 chopine de liquide à la fois) sont renouvelées toutes les heures durant le jour, et faites deux fois la nuit. Les gargarismes (même solution) sont employés autant de fois dans l'intervalle, et en outre, avant et après l'ingestion des aliments. Les badigeonnages enfin (solution de 18 grains pour 2 onces d'eau) se font au moyen d'une éponge ou d'un pinceau. Ils doivent être faits avec douceur afin d'éviter les déchirures de la muqueuse; la solution étant un peu caustique devra être portée le plus possible uniquement sur le point malade. Cette méthode, comme on le voit, est fondée sur l'assimilation de la diphthérie aux maladies primitivement locales qui ne se généralisent que consécutivement.

Le Dr C. H. HUGHES, de St-Louis (Mo.) emploie aussi lui le chloral dans la diphthérie, mais il se base sur une toute autre théorie. Pour lui, l'épuisement nerveux et les pertes de sommeil étant les principales sources de danger dans la diphthérie, il importe d'assurer le repos et la restauration de ce système en assurant le sommeil du petit malade, et cela au moyen du chloral. Il emploie la formule suivante :

P.—Hydrate de chloral.....	1 drachme
Sirop de tolu.....	1 once
Eau de menthe, q.s. pour.....	2 onces

M.—*Dose* : Deux cuillerées à thé dans deux cuillerées à soupe d'eau, en gargarisme, quatre fois par jour. A l'intérieur, une cuillerée à thé de cette solution, au moment du coucher, et répéter après minuit ou vers le matin, si l'enfant est alors éveillé. Le chloral ne doit cependant pas être administré au point d'affaiblir, à proprement parler, le système nerveux. Il doit soulager, restaurer tout simplement. Il est aussi à considérer que le chloral doit encore agir ici comme antiseptique. Comme adjuvants, le Dr Hughes conseille la quinine et le salicylate de soude.

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

Messieurs les Rédacteurs,

Le Dr R*** publie dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE DU CANADA une étude sur la *diphthérie*, qu'il termine par ces mots : " Je serais heureux si quelqu'un pouvait m'enseigner un moyen plus efficace."

Je ne connais pas la valeur de celui qu'il recommande, attendu que je n'en ai jamais fait l'essai, mais je dois avouer que je le trouve d'un emploi trop difficile, principalement à la campagne. Au reste, votre correspondant l'admet lui-même. Je lui recommande l'usage du chlorate de potasse, à la dose de deux drachmes divisés en douze doses, à prendre comme suit : les huit premières doses toutes les heures ; les deux suivantes toutes les deux heures ; puis les deux dernières toutes les quatre heures.

Pour les cas graves je répète le remède et de plus je fais quelques applications locales de glycérolé d'acide tannique.

Depuis cinq ans que j'emploie ce traitement, je n'ai pas perdu un seul patient.

Votre tout dévoué,

UN ABONNÉ.

26 avril 1885.

Pléthore médicale.

Aux Rédacteurs de L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Pléthore, oui, c'est bien de cela qu'il importe de se plaindre ! Il me semble que chasser les étrangers qui dévorent le pain de la famille serait plus sage que de se plaindre de ses membres, quelque défectueux ou chétifs qu'ils puissent être. Le cultivateur qui dépense ses deniers à améliorer le sol qu'il possède fait mieux qu'un autre qui cherche à agrandir sa terre par tous les moyens sans s'occuper de sa production.

La pléthore tient à plusieurs causes, a dit avec raison M. le Rédacteur. Ne tient-elle pas aussi à autre chose qu'au nombre ? Ce n'est pas parce qu'il y a trop de médecins que l'on en voit se déplacer et prostituer leur profession. Non. Cela dépend de ce qu'ils n'ont pas de règle à suivre et qu'ils ne sont pas assez protégés. Ce n'est pas parce qu'il y

a un deuxième médecin dans le village que le Dr X. fait une visite pour trente sous, mais parce qu'il n'a pas de tarif à suivre, et qu'il s'est vu peut-être réduit à ne pas avoir plus devant une cour de justice, à cause de la mauvaise foi d'un confrère jaloux.... C'est encore pour pouvoir lutter avec les charlatans *d'occasion* et de *profession* qui ne diminuent pas, et surtout contre le sirop de gomme d'épinette et les remèdes patentés de toutes sortes, dont les annonces ridicules couvrent nos journaux tous les jours.

La plaie est incurable... mais a-t-on jamais travaillé d'une manière sérieuse à la guérir? Pour ce qui regarde nos intérêts vitaux, n'y a-t-il pas eu de l'apathie de la part de ceux qui nous ont gouvernés?

Songez-y donc une bonne fois. Mais avant d'aller devant la législation, arrangeons nos plans de manière à ne pas avoir à y retourner.

Aucun remède ne devrait se patenter sans, au préalable, avoir été soumis au Collège des Médecins et Chirurgiens et avoir reçu son approbation. Il me semble que les arguments à faire valoir en faveur d'une telle loi sont si forts qu'il n'y aurait pas besoin de travailler longtemps avant de l'obtenir.

Nous n'avons pas encore de tarif et l'on crie à la pléthore! Un tarif au maximum, mais au minimum surtout, et sous peine d'amende vaudrait mieux que le départ de deux cents médecins de la province. Cela n'empêcherait pas les pauvres de se faire soigner. D'abord il y a les hôpitaux, puis il serait beaucoup plus honorable de faire une visite pour rien du tout, dans un simple but de charité, que de faire payer un pauvre qui ne peut disposer de plus de vingt-cinq centins. C'est mon idée.

Tant que le mal des remèdes patentés ira son train, tant que les pronateurs de *cayacine* de Brault, et des *remèdes sauvages* de Racicot agiront *légalement*, tant que les charlatans trouveront toujours plus expéditif de payer en cas de prise et de continuer leur négoce malhonnête au détriment de la profession, il y aura toujours trop d'abus parmi les médecins.

Le médecin qui garde sa découverte pour lui, qui la fait patenter, est un égoïste, un indigne d'après mon opinion. Mais que voulez-vous?... quand on voit des ignorants malhonnêtes faire fortune par ce moyen tandis que des médecins réguliers végètent, c'est propre à donner des idées. Le système du bon marché fait réussir les charlatans, quelques médecins qui rêvent plus aux écus qu'à l'honneur s'y lancent. Voilà.

Pour un public ignorant, un médecin ou un charlatan c'est ben la même chose: *c'est un homme qui soigne!* Alors, quand il sent du mal, il s'adresse à qui se présente à lui, ou à celui qui *charge moins cher*, et c'est ce dernier qui a la préférence. Si le soigneur est pris, il paye et continue son jeu; la loi d'aujourd'hui est impuissante à l'arrêter. Quand on ferme les portes, les honnêtes gens n'entrent pas si on ne leur ouvre, mais les fenêtres ouvertes les voleurs s'en donnent à cœur joie. Il me semble que le public a besoin aussi d'être protégé, car il n'est pas le dernier à souffrir de cet état de chose.

Voici maintenant que MM. les *Docteurs* dentistes se sont emparé d'une partie de la chirurgie *en plein jour*. Personne n'a protesté! pas même ceux qui crient *pléthore* et *demi-médecins*. Dans certains quartiers on avait même l'air content. Gare à vous, médecins-chirurgie

vous avez le droit de poser un œil, une jambe artificielle, mais pas une dent; vous avez le droit d'obturer n'importe quelle cavité, sauf une cavité dentaire; vous pouvez soigner le corps, mais non la bouche: elle est aux dentistes! Si, au moins, les dentistes s'en tenaient là...

Voici encore que les pédicures naissent. Quand ils seront sept ou huit, ils demanderont et obtiendront une charte de la législature, puis contesteront aux chirurgiens le droit de soigner le pied. Ce ne sera pas pire que nos dentistes; même origine, mêmes prétentions.

Pour le charlatan, une partie du corps n'est pas plus difficile à traiter que l'autre. Les pédicures soigneront le pied, puis la jambe, puis..... ils monteront. Oui, ils monteront comme les dentistes descendent.

Un dentiste, frappé de l'analogie des deux orifices du canal alimentaire, surtout quand la bouche est dépourvue de dents, passe à la région postéro-inférieure et essaye là son talent. Dans sa petite vitrine, à côté d'un palais artistiquement travaillé qui lui sert d'enseigne, voyez, une jolie petite boîte, c'est l'onguent du DOCTEUR M. pour les hémorrhoides. Voyez jusqu'où la dentisterie peut descendre. J'ai connu des bureaux où les maladies vénériennes étaient traitées en masse. L'aubaine n'était jamais refusée...

Les demi-médecins! par malheur il n'y en a...que trop, mais ils y sont. Améliorer la position vaut mieux que crier, maintenant. Ils feraient d'honnêtes chiropodistes, de bons dentistes, si l'on ne s'était pas laissé enlever le contrôle d'une branche de la chirurgie la plus facile et la plus rémunérative.

Que l'on rende les abords de la profession difficiles, c'est bon. Que l'on établisse un bureau central d'examen, c'est encore bon. Cependant si les autres abus ne cessent pas, si l'on n'améliore pas la condition des pratiquants, il y aura toujours trop de médecins.

MEDICUS.

Charlatans.

Messieurs les Rédacteurs,

Dans le mois de septembre dernier, je me plaignais, par l'entremise de votre journal, tout en suggérant d'autres moyens, du mauvais système que le Bureau des Gouverneurs avait adopté pour la répression des charlatans. Une preuve nouvelle que ce système est défectueux, c'est qu'il y a tout près de deux mois j'ai signalé à notre régistrateur, un individu qui est venu, l'automne dernier, s'établir comme docteur dans Rawdon, comté de Montcalm, et qui, depuis, pratique la médecine ouvertement. Notre agent, averti de la chose par M. le Dr LaRue, m'adressa une carte, m'invitant de passer à son bureau, quand j'irais à Montréal. Je transmets cette carte à notre régistrateur, qui me renvoie un blanc à remplir, pour le faire parvenir ensuite à l'agent, me disant que c'était la loi. Si c'est la loi, il pourrait se faire que cet audacieux chevalier d'industrie, qui depuis six mois déjà s'affuble du titre de docteur, courût la chance d'être plusieurs mois encore, même plusieurs années, à pratiquer publiquement la médecine; au vu et su de tous les médecins des environs, et même de tous les médecins de la province, si vous voulez bien rendre publique ma com-

munication. Car peu d'entre nous, je crois, seraient disposés à aller en paroisse étrangère, recueillir des renseignements de porte en porte, quand on sait qu'il est assez difficile, dans sa propre paroisse, d'obtenir ces renseignements des personnes qui se font soigner par les charlatans. On connaît, si l'on ne peut se l'expliquer, la sympathie que nos braves habitants montrent pour ces sortes de gens.

D'ailleurs, ce n'est pas une agréable besogne pour un médecin que de se mettre en quête de savoir qui a été soigné par tel charlatan, à quelle date il a été soigné, et quels prix ont été chargés pour les soins. Et si l'on est assez heureux pour apprendre toutes ces choses, il reste encore le prénom de l'individu : tout le monde l'ignore. Peut-être a-t-il été assez rusé pour le taire ! On le connaît pour M. le Dr *un tel*. Pas d'autre moyen parfois que d'aller le lui demander à lui-même, ce qui n'est ni très facile, ni très convenable. Si encore après cela, la tâche était finie ; mais non, on est exposé, pour récompense de son trouble et de ses démarches, aux tracasseries de l'agent d'un côté, (il y en a qui en savent quelque chose) et de l'autre aux invectives des gens qui adorent leur charlatan.

En présence de ces difficultés et de la mauvaise rémunération de nos services, on aime mieux rester tranquille et laisser faire les escrocs. Ceux-ci continuent à exercer paisiblement leur métier, et se rient des médecins qui paient pour être protégés, mais qui sont virtuellement mis dans l'impossibilité de l'être, par le seul fait que le Bureau des Gouverneurs continue à maintenir un agent dans de semblables conditions, c'est-à-dire un agent qui ne peut tenter d'actions qu'à ses risques et périls, et qui, conséquemment, n'en doit tenter que le moins possible, au grand détriment de la profession.

Je demeure, Messieurs les Rédacteurs, en vous remerciant de votre obligeance,

Votre très humble,

DR J. LIPPÉ

St-Ambroise de Kildare.

Traitement de l'arthrite aiguë par la compression élastique.

— D'après le Dr B. HALL (*Cincinnati Lancet and Clinic*), le début des arthrites traumatiques affecte exclusivement la synoviale, dont la vascularisation et la sécrétion, très augmentées à cette période, amènent le gonflement général par accroissement intra et pèrisynovial. Il applique avec succès et dès le début du traumatisme un bandage fait avec une bande élastique. Il l'emploie pendant un temps qui varie de six à dix jours, ainsi que le montre quatre observations d'arthrite traumatique du genou. Puis il fait succéder à l'emploi de la bande élastique l'application d'un appareil plâtré amovo-inamovible pour faire des frictions et des mouvements du membre de temps en temps. A ce traitement il a joint soit les applications de glace, soit simplement l'élévation du membre.

La bande élastique bien appliquée depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou peut rendre de véritables services. Il en résulte un soulagement très rapide et la diminution de l'arthrite dès les premières heures de l'application du bandage.

Pour M. TARNIER, *le sublimé corrosif est, en obstétrique, un antiseptique excellent, le meilleur probablement.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Des palpitations.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Au n° 16 de la salle Ste-Adélaïde repose une pauvre femme qui, dès son enfance, avait déjà, au niveau de la région précordiale, des sensations pénibles. Plus tard, à la suite d'un mauvais mariage (ce qui ne l'empêcha pas de donner le jour à onze enfants), elle eut à subir de nombreuses émotions, si bien que, dans ces derniers temps, elle se tira un coup de revolver. Elle était remise de sa blessure lorsque survinrent des étouffements qui la décidèrent à entrer à l'hôpital. A son arrivée dans notre service, la malade, à part des palpitations très vives, surtout quand elle remuait, avait conservé un appétit relatif, n'avait pas maigri outre mesure, avait bien eu un peu d'œdème des membres inférieurs, mais ne présentait du côté du cœur aucun bruit anormal. Voilà avec quels éléments il fallait déterminer si les palpitations répondaient à une lésion organique du cœur ou étaient produites par une autre cause.

Bien que délicat, parce qu'il n'y a pas dans les palpitations de caractères qui puissent les faire distinguer les unes des autres, on arrive néanmoins à faire ce diagnostic par exclusion en tenant compte de l'étiologie et des caractères. Il convient, tout d'abord, de partager les palpitations, suivant leur origine, en palpitations symptomatiques d'une maladie du cœur et en palpitations nerveuses, soit idiopathiques, soit symptomatiques.

Observées à tout âge dans le sexe féminin, les palpitations idiopathiques se manifestent surtout chez la jeune fille, pour disparaître avec une certaine intensité à la ménopause. Assez fréquentes chez les jeunes garçons, elles en imposent alors à beaucoup de médecins pour les symptômes de lésions organiques du cœur. Outre l'hérédité, l'hypochondrie, il va sans dire que la débilité, l'anémie elle-même en sont des causes puissantes. Parmi les circonstances qui peuvent provoquer cet état, il faut ranger tous les excitants nerveux. Rien n'est moins étonnant, en effet, que de les observer chez des gens qui se livrent à de grands travaux intellectuels, ou chez ceux qui viennent de faire une longue course. Enfin, on doit mettre, avant tout, certaines intoxications, parce que cette dernière catégorie de causes est plus latente. En tête vient se placer l'intoxication par le thé, que nous rencontrons moins en France qu'en Angleterre. Stokes raconte qu'un de ses confrères vint lui demander asile, un beau matin, pour mourir. Après l'avoir laissé reposer, Stokes lui fit boire un peu d'alcool, et lui conseilla de supprimer le thé. Depuis, cet homme ne souffrit plus. J'ai vu, pour ma part, un cas semblable. Un médecin qui depuis quelque temps éprouvait des battements de cœur en avait conclu qu'il avait une affection organique. Résigné depuis longtemps à son triste sort, il vint, pour une raison que je n'ai pas pu connaître, me demander combien il avait encore de mois à vivre. Après n'avoir rien trouvé je lui conseillai de supprimer le thé. Le résultat fut excellent; cet homme fut guéri. Le café, l'alcool et le tabac peuvent produire les mêmes effets.

Reste à voir maintenant quelles sont les causes, autres qu'une affection du cœur, qui peuvent éveiller ces palpitations. Si nous passons en revue tous les organes, il faut mettre en tête l'estomac, puis les troubles hépatiques et surtout ceux des voies biliaires. Il y a peu de jours, j'ai vu des palpitations de ce genre chez une dame. Si sa terreur à elle n'était pas bien grande, il n'en est pas de même de celle de sa famille. Or, en examinant la malade, je constatai que les palpitations étaient des coliques hépatiques. Rien d'étonnant, du reste, à cela, car il y a des gens qui ont des coliques hépatiques sous forme de migraines. Un peu plus rarement on rencontre des palpitations subordonnées à une maladie du poumon ou, chez certaines femmes, à une affection légère de l'utérus. Enfin, il existe une dernière cause, c'est le cas où une lésion porte sur le plexus brachial. Forestus rapporte qu'un individu, à la suite d'un coup d'épée dans l'épaule gauche, fut pris de violentes palpitations. Maintes fois il m'est arrivé des gens amputés, avec une irritation du moignon déterminant des palpitations et de l'hypertrophie du cœur. Voilà la série des causes qu'il faut d'autant plus rechercher que les malades ne vous mettront jamais sur la voie.

Quant à leurs caractères, ils sont peu différents de ceux des palpitations symptomatiques. Une différence doit être cependant établie entre les palpitations sensorielles et les motrices. Vous entendrez souvent des hystériques se plaindre de ce que leur cœur bat à rompre la poitrine. Par le palper vous ne sentez rien, et par l'auscultation vous n'êtes pas mieux renseigné, et cependant on ne peut méconnaître qu'il existe chez elles quelque chose. C'est pourquoi il faut définir la palpitation, une sensation pénible des battements du cœur, car on peut avoir des mouvements désordonnés du cœur sans éprouver le moindre malaise. Expliquer une pareille anomalie n'est peut-être pas aussi difficile qu'on le croit au prime abord. En effet, lorsque le soir, après une journée pénible, nous allons au lit, nous sentons les battements de notre cœur. Or, supposez que cette hyperesthésie s'exagère un peu, les battements deviendront alors pénibles et même douloureux. Plus fréquentes, ils est vrai, sont les palpitations qui s'accompagnent de troubles fonctionnels. Dans ce cas, les mouvements sont amplifiés, accélérés ou irréguliers. Enfin, il faut ajouter que chez certains individus, ce bouleversement du rythme cardiaque coïncide avec des bruits anormaux qui disparaissent en même temps que les palpitations. Quant au pouls, ordinairement accéléré, il peut quelquefois (fait noté par Corvisart) prendre une amplitude considérable, tandis que les mouvements du cœur sont peu exagérés.

Chercher, d'une part, à distinguer les bruits réguliers des bruits anormaux et savoir, d'autre part, que l'augmentation du cœur peut être sous la dépendance des palpitations, voilà avec quels éléments il faut arriver à faire un diagnostic. Cela, toutefois, n'est pas toujours facile, comme les deux exemples suivants vous le prouveront amplement. Dans le premier, il s'agit d'une dame qu'on reconnut, après un examen attentif, être atteinte de palpitations nerveuses. Soumise, en conséquence, à un traitement anti-anémique, elle ne tarda pas à guérir. Tout le monde se félicitait de ce succès lorsqu'un beau jour elle mourut subitement. Le deuxième fait a rapport à une jeune fille qui, entrée à l'hôpital pour des palpitations, ne tarda pas, après quelque temps de repos, à sortir guérie. Malheureusement, là aussi, une mort subite vint

prouver l'erreur de diagnostic. Le problème, comme vous le voyez, est loin d'être toujours facile à résoudre. Un seul examen ne suffit pas. Pas besoin n'est du reste de chercher bien loin pour vous le prouver, car vous en avez ici même un bel exemple. Cette femme, quand elle est venue, présentait une augmentation du volume du cœur, sans souffle. Deux circonstances cependant me faisaient croire à un rétrécissement mitral. D'une part, on sentait que la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal au-dessous de la ligne du mamelon et que la matité dépassait le bord du sternum de deux centimètres, tandis que, d'un autre côté, en écoutant attentivement, on constatait un doublement du second bruit. Enfin, troisième et dernier signe, le premier bruit était fortement claqué et tout à fait comparable à la détente d'un ressort. On ne trouve, il est vrai, chez elle aucune origine à cette affection; mais cela n'a rien d'étonnant, car le rétrécissement mitral se produit dans le sexe féminin sans aucune lésion antérieure. Nous avons donc, en conséquence, hier, administré un milligramme de digitale qui a produit un certain soulagement. Par cela même la malade n'en devenait que plus suspecte; aussi, continuant nos investigations, nous avons bien vite reconnu qu'il s'agissait d'un rétrécissement mitral avec palpitations nerveuses. Ainsi donc, souvenez-vous encore une fois qu'il s'agit de malades chez lesquels les investigations doivent être d'autant plus complètes que le pronostic en dépend.

Quant au traitement, il varie suivant la nature des palpitations. Lorsqu'elles sont sous la dépendance d'une maladie du cœur, employez la digitale. Si vous avez affaire, au contraire, à des palpitations nerveuses, n'usez pas de ce médicament qui, la plupart du temps, non seulement ne produit pas d'amélioration, mais même aggrave la situation, d'autant plus qu'on l'emploie à haute dose, surtout quand il y a des troubles gastriques. C'est donc aux autres antinerveux que vous devrez avoir recours. Le bromure de potassium, qui vient en tête, devra, lui aussi, être assez souvent rejeté en raison de l'estomac. Viennent ensuite la valériane qu'on pourra donner en lavement à cause de son mauvais goût, l'éther et une foule d'autres médicaments sur lesquels je n'insiste pas, car le plus important, c'est de vous adresser surtout à tout ce qui peut modifier la cause productrice des palpitations.

—Praticien.

Sciaticque ; guérison par les pulvérisations de chlorure de méthyle.—À la Société de Médecine de Nantes, M. Le Dr Ollive a communiqué quelques cas de guérisons de sciaticques par le traitement ci-dessus. Sous l'action de cette pulvérisation, la peau se couvre d'une véritable neige, avec sensation de brûlure assez intense. Dès que l'on cesse, la peau se montre rouge ou complètement décolorée par places. En ces points, la peau est tellement dure qu'on la croirait cornifiée; mais bientôt elle reprend sa coloration normale et sa souplesse naturelle. Puis une rougeur intense remplace la pâleur, ressemblant à une brûlure au premier degré, avec douleur qui persiste trois ou quatre jours; mais la sciaticque disparaît. On ne doit pas craindre un mauvais effet de cette réfrigération intense, à moins qu'elle ne soit portée trop loin. C'est M. le professeur Debove qui a préconisé ce procédé.—*Scat-pel.*

Traitement de l'asthme.—M. le Dr Paul RODET précise les indications suivantes :

a) *Traitement de l'accès.*—L'indication capitale est de faciliter la respiration ; pour cela on emploiera les moyens suivants, décrits par ordre d'efficacité.

1o *Injections de morphine.*—Elles calment très rapidement, procurent un sommeil tranquille, mais on est obligé d'augmenter peu à peu les doses. On n'en usera qu'avec circonspection, de peur du morphinisme.

2o *Inhalations d'iodure d'éthyle.*—On en verse 12 gouttes sur un mouchoir qu'on fait respirer au malade. On calme ainsi l'accès rapidement et presque instantanément. Ces inhalations sont bien préférables à celles d'éther ou de chloroforme qui réussissent mal.

3o *Vapeurs ammoniacales.*—Elles produisent la sédation en déterminant une sécrétion exagérée de la bouche et de l'arrière-gorge. Elles soulagent assez bien les malades.

On a aussi proposé de toucher le fond de la gorge avec un pinceau imprégné d'ammoniaque. On détermine ainsi un certain degré d'inflammation et une sécrétion abondante. Ce moyen a donné parfois de bons résultats.

4o *Inhalations de fumées médicamenteuses.*—Elles agissent sur la muqueuse bronchique. On emploie surtout les papiers nitrés que l'on fait brûler dans une soucoupe près du malade ; les plantes narcotico-acres, telles que le datura, la belladone, dont on fait brûler les feuilles ou que l'on fume en cigarettes en y ajoutant un peu de sel de nitre. On prescrit également des cigares faits avec des feuilles de belladone auxquelles on mêle de l'arsenic. Tous ces moyens n'ont d'efficacité que pendant un temps limité.

b) *Traitement de la maladie.*—Rechercher les circonstances qui favorisent l'apparition des accès de façon à s'en préserver par un changement de milieu, de profession, etc. Le traitement médical variera selon la nature de l'asthme.

1o *Asthme catarrhal.*—Éviter tout refroidissement ; traiter la laryngite ou la bronchite primitive par les moyens ordinaires : boissons émollientes, kermésisées, opium et ipéca si l'état se complique d'embarras gastrique ; révulsifs cutanés.

Quand l'asthme n'est pas très ancien, Hardy conseille, comme un moyen merveilleux, l'application à la cuisse ou au bras d'un vésicatoire ou d'un cautère.

La teinture de lobélie, à la dose de 30 à 60 gouttes par jour, préconisée par les Allemands, est peu efficace.

Eaux de Royat et de Cauterets, séjour l'hiver dans le midi, au bord de la mer.

2o *Asthme nerveux.*—Bromure et surtout iodure de potassium qui produit d'excellents effets, sans que l'on en connaisse le mode d'action.

Café vert à la dose d'une cuillerée à potage que l'on fait infuser toute la nuit dans un verre d'eau. Une tasse le matin pendant plusieurs mois.

Bain d'air comprimé ; excellent moyen. Quelquefois on obtient le même résultat en ordonnant aux malades de sonner de la trompe ; on fait ainsi arriver une masse d'air considérable qui distend les bronches.

Gymnastique des membres supérieurs bonne chez les gens qui font peu d'exercice, comme les goutteux.

Hydrothérapie dans la bonne saison chez les malades qui ne tous-
sent pas.

3o *Asthme herpétique*.—C'est-à-dire chez les malades chez lesquels
l'asthme alterne avec l'affection cutanée : moyens hygiéniques et thé-
rapeutiques indiqués plus haut ; préparations arsenicales. Exutoire
dans le cas où un eczéma aurait disparu. Eaux du Mont-Dore, de pré-
férence à celles de la Bourboule qui sont préférables chez les scrofuleux.
— *Journal de médecine de Paris*.

Pathologie des bossus.—Dans une thèse fort originale, M. le Dr de
VÉSIAU expose quels sont les accidents cardio-pulmonaires qui sur-
viennent chez les bossus, et qu'il résume lui même assez complètement
dans les conclusions suivantes :

Les lésions caractéristiques qu'on trouve à l'autopsie des gibbeux
sont : la diminution du volume des poumons consécutive à la réduction
de la cavité thoracique dans tous ses diamètres, et la dilatation du
cœur droit, avec ou sans hypertrophie des parois.

La dyspnée normale des bossus s'explique suffisamment par cette
atrophie des poumons jointe à la difficulté de l'ampliation du thorax.

Le malade est ordinairement emporté après une série d'attaques
d'asystolie consécutives à l'anesthésie cardio-vasculaire, si aucune
affection de cause extérieure ne vient entraver la marche des accidents.

Toute affection thoracique, aussi légère qu'elle soit, produira des
symptômes d'asphyxie qui pourront devenir mortels.

C'est par l'application des préceptes d'une hygiène rigoureuse que
les bossus parviendront à retarder et même à entraver la marche de
ces altérations fonctionnelles.

Lorsque la déviation est irrémédiable et ne peut donner prise à un
traitement orthopédique, le bossu doit suivre une hygiène très sévère.
Habiter un climat à température constante et prendre les plus grandes
précautions à l'époque des saisons froides et humides pour éviter les
refroidissements qui pourraient retentir d'une façon terrible sur ses
organes thoraciques. Être sobre dans son alimentation, régulier dans
ses habitudes, éviter les exercices violents, les émotions profondes qui
ont une si grande influence sur la circulation. Favoriser le fonction-
nement régulier de tous les organes par un exercice modéré. Entretenir
avec soin les fonctions de la peau, si intimement solidaires de celles du
poumon, par des bains simples ou sulfureux, et surtout par l'hydro-
thérapie qui agit aussi en rendant le malade moins sujet aux refroidis-
sements.

Tels sont les soins préventifs qui pourront retarder indéfiniment,
si la déviation n'est pas trop intense, les accidents dyspnéiques, asys-
tologiques et asphyxiques auxquels sont exposés les bossus. La plupart
de ceux que nous avons examinés étaient forcés de se livrer à des tra-
vaux pénibles qui, certainement, ont contribué pour une large part à
développer les accidents précoces et mortels que nous avons signalés.

Dans les cas de dyspnée habituelle, les indications sont les mêmes,
plus sévères encore si c'est possible. Si des accès de palpitation, des
crises dyspnéiques se produisent, on peut déjà associer la digitale sous
forme de macération de poudre de feuille ou de granules de digitaline
d'Homolle, au bromure de potassium. Les révulsifs cutanés sont indi-
qués dans ce cas (ventouses sèches).

La médication par l'air comprimé donne de très bons résultats en diminuant la congestion pulmonaire.

Enfin, lorsque le cœur droit est dilaté et hypertrophié, que les poumons sont congestionnés et emphysémateux, que les œdèmes apparaissent et qu'il se produit en un mot des phénomènes d'asthénie cardiovasculaire, on doit appliquer le traitement ordinaire de ces accidents.
—*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Traitement du ténia par le chloroforme.—Plusieurs praticiens américains préconisent l'emploi du chloroforme contre le ténia.

Thomson prescrit un sirop composé de 1 drachme de chloroforme et de 1 once de sirop de sucre. Il fait prendre ce mélange en trois doses égales : la première à sept heures du matin, la seconde à neuf heures et la troisième à onze heures. Une heure après l'ingestion de la dernière dose, à midi, il fait administrer au malade 1 once d'huile de ricin. L'expulsion du ténia s'opère une heure et demie à deux heures après l'absorption du purgatif.

Ender associe le chloroforme à l'extrait de fougère mâle. Il fait prendre le matin, à jeun, un mélange de 1 drachme de chloroforme et d'une égale quantité d'extrait de fougère mâle, dans une émulsion d'huile de ricin.

Enfin le *Medical Record* du 29 novembre 1884 conseille un sirop composé de 1 drachme de chloroforme, d'une goutte d'huile de croton tiglium et de 1 once de sirop de sucre. Le tout est administré en une seule fois, le matin, à jeun.—*Morgagni.*—*Lyon médical.*

Thérapeutique de la diphthérie.—Dans une communication sur ce sujet faite à la réunion des médecins du cercle de Stralsund dans la séance du 2 décembre 1883, le docteur Hugo SCHULZ, du cercle de Greihswald, établit en principe que l'angine diphthéritique est une simple localisation d'une infection générale, et passe en revue les médications employées contre elle.

Après avoir étudié successivement les alcalis, l'eau de chaux, l'acide lactique, la papaine, dont l'action est extrêmement douteuse, à cause de la difficulté d'atteindre la fausse membrane et de la détruire complètement, l'auteur en arrive aux moyens qui agissent directement sur le poison. Le nitrate d'argent, le perchlorure de fer sont plus nuisibles qu'utiles, parce qu'à la suite de la chute de l'eschare, on a une surface ulcéreuse qui constitue une nouvelle porte d'entrée pour l'agent infectieux. Les antiseptiques locaux, l'acide phénique, l'acide salicylique sont également peu utiles, toujours à cause de la difficulté d'atteindre le point malade. Le permanganate de potasse ne possède qu'une action trop fugace; le chlorate de potasse, administré à l'intérieur, n'est pas sans péril; la quantité d'oxygène qu'il met en liberté est absorbée en grande quantité par les substances contenues dans l'estomac, et nous ne savons nullement quelle est l'action du chlorure de potassium sur le processus diphthéritique.

Contre l'emploi de la solution de sublimé, on a les mêmes objections que contre tous les autres topiques.

L'eau chlorée, la solution de brome et de bromure de potassium réussissent mieux à cause de la facilité avec laquelle elles donnent des vapeurs qui s'étendent dans les différentes parties du pharynx.

La pilocarpine employée par Guttman est excellente en principe, elle ne réussit pourtant pas aussi bien qu'on pourrait le désirer, parce qu'elle n'agit pas directement sur le poison.

Schulz préconise le mercure à cause de son action locale et générale; il répond, grâce à elle, aux deux ordres d'indications. Il y a déjà longtemps qu'on a commencé à l'employer: le docteur Rothe a traité, en deux ans et demi, 71 cas par le cyanure de mercure. D'après Schulz, le mercure serait transformé dans l'économie en chlorure ou en bichlorure: il serait éliminé par les sécrétions qui se font à la surface des ulcérations et agirait ainsi localement; il détruirait, en outre, le poison diphthéritique dans le sang. L'auteur n'insiste pas sur les injections sous-cutanées, il propose, au contraire, la solution suivante:

Cyanure de mercure.....	1/5 grain
Eau distillée.....	4 onces.

Une cuillerée à café ou une cuillerée à bouche, suivant l'âge du sujet. On peut le donner, en outre, en même temps, en inhalations et en gargarismes.—*Paris médical et Deutsch med. Wochenschr.*

Traitement de la méningite tuberculeuse par le phosphore.—

Une jeune femme, atteinte de phthisie laryngée, fut prise de symptômes évidents de méningite: délire, dilatation des pupilles, taches cérébrales, etc. Pendant sept jours, un demi-milligramme de solution huileuse de phosphore lui fut administré toutes les quatre heures; puis le délire disparut et la malade se remit de sa méningite. Elle mourut quelque temps après de tuberculose pulmonaire. THOROWGOOD explique le résultat obtenu de la manière suivante:

Le phosphore est un tonique nerveux et facilite l'absorption de l'exsudation récente de lymphes qui existe à la base du cerveau; pour que son absorption puisse se produire, la lymphe doit subir la dégénérescence graisseuse déterminée par l'administration du phosphore.—*The Practitioner.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des polypes naso-pharyngiens. — Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Mon intention, aujourd'hui, est de vous parler d'un petit garçon auquel j'ai fait l'incision du voile du palais afin d'arriver à cautériser un polype. Agé de 14 ans, bien constitué, et d'un courage assez remarquable, puisque sa première pensée à la suite d'une opération aussi douloureuse a été de me remercier, il commença en décembre 1883 à avoir de la céphalalgie et à ressentir de la pesanteur dans la gorge. Ses parents ayant examiné le fond de sa bouche constatèrent que le voile du palais était bombé; aussi appelèrent-ils un médecin qui crut tout de suite avoir affaire à un polype fibreux. Dans le commencement de janvier 1884 l'enfant eut des saignements de nez, de la dysphagie, de la dyspnée, et sentit son haleine devenir fétide. A la fin du même mois on vit paraître une portion de la tumeur qu'il fut possible d'enlever sans effort. A partir de ce moment, comme il n'y avait plus de tension de la région, plus de pesanteur, on déclara tout terminé. Les choses en étaient là, lorsqu'au

mois de septembre dernier l'enfant s'étant plaint d'être de nouveau un peu gêné, on constata que la déformation du voile du palais s'était reproduite. Au mois de décembre 1884, les épistaxis revinrent en si grande abondance que les parents, ennuyés de le promener de médecin en médecin, l'amènèrent de la province à Paris pour le faire entrer dans notre service.

A son arrivée, nous constatâmes que la respiration était gênée, la narine gauche étant complètement oblitérée et la droite à peu près. Il n'y avait, par contre, ni trouble des oreilles, ni saillie des yeux, ni déformation de la face, ni céphalalgie, ni odeur caractéristique. L'éclairage de la bouche ne nous fit rien voir d'anormal, mais le toucher nous permit de constater l'existence d'une tumeur qui occupait l'arrière cavité des narines d'une manière régulière. Enfin, entre le 20 décembre 1884, jour de son entrée, et le 7 janvier 1885, jour de l'opération que nous avions retardée à cause des différents changements qui s'effectuent le premier de l'an dans le personnel des internes et des externes, la mauvaise odeur avait recommencé à se faire sentir.

C'est dans ces conditions qu'après avoir appliqué un bâillon, j'ai divisé le voile du palais sur la ligne médiane, saisi la tumeur avec une pince à larges mors afin d'en enlever une portion de la grosseur d'une noix. Ceci fait, j'ai enrayé l'hémorrhagie en touchant l'artère avec le thermo-cautère, et j'ai lavé la plaie.

Tel est ce cas de polype naso-pharyngien. L'âge, en effet, est bien celui de ces tumeurs, et tous les symptômes s'y rapportent. Les déformations de la face, il est vrai, font défaut, mais cela n'a rien d'étonnant, car il ne paraît pas y avoir de prolongements multiples, l'affection étant encore de date trop récente. A part cela, les épistaxis, la dysphagie, la dyspnée, la gangrène qui se produit sous l'influence d'un traitement insuffisant, soit qu'on ait pincé la tumeur, soit, dans d'autres circonstances, à la suite de l'application d'un caustique, la déformation de la région, le siège de la tumeur, son volume et les deux opérations en janvier 1884 et en janvier 1885 sont autant de faits qui plaident en faveur d'un polype. Il y a plus, cette tumeur s'est reproduite: or c'est là un caractère fondamental qui a joué un très grand rôle dans l'histoire des polypes naso-pharyngiens. A une certaine époque, en effet, on a cherché à vérifier par l'histologie d'une part, et par l'observation clinique d'autre part, quelle était la cause de ces reproductions. Le microscope, après avoir affirmé qu'on avait affaire à des fibromes, en vint à dire que ces tumeurs étaient des fibro-sarcomes et même des sarcomes, aussi n'a-t-il pas jeté un jour considérable sur cette question, et c'est à la clinique que revient cet honneur.

Comme depuis 200 ans il s'est constamment fait à propos de cette affection de déplorables confusions, je crois qu'il est bon, avant d'entrer dans de plus amples détails, d'établir plusieurs variétés. Il existe des polypes muqueux pédiculés facilement enlevables par les narines, des polypes muqueux pédiculés à base plus large qui envahissent les sinus maxillaires, des polypes muqueux des arrière-narines, variété sur laquelle j'ai attiré l'attention par quelques thèses, qui peuvent simuler les polypes naso-pharyngiens par leur siège d'un côté, par leur couleur d'un autre côté, et enfin parce qu'ils déterminent de petites hémorrhagies, et des polypes postérieurs fibreux auxquels on reconnaît véritablement le nom de polypes naso-pharyngiens. Cette confusion

est tellement vraie que, lorsque vous lisez les observations qui ont paru depuis le dernier siècle, vous voyez, jusqu'en 1840, époque à laquelle on insista sur la gravité particulière des polypes naso-pharyngiens, les opérateurs agir avec de petits instruments introduits par le nez. Si les chirurgiens d'autrefois confondaient tout, des erreurs sont encore commises aujourd'hui, puisque Sédillot, d'une part, et Dumesnil de Rouen, d'autre part, ont enlevé le maxillaire supérieur pour détruire de petits polypes.

Ceci dit, revenons aux données fournies par l'observation clinique. En 1840, elle nous apprend que les polypes naso-pharyngiens affectaient les hommes et jamais les femmes. On savait bien déjà que c'était une maladie qui frappait les jeunes gens; mais ce qu'on ignorait complètement, et ce dont on ne s'est aperçu que longtemps après, c'est que ces tumeurs perdaient la faculté de se reproduire vers 22, 23, 24 ou 25 ans.

Un mot maintenant sur la thérapeutique. Sans remonter à nos arrière-grands-pères, je vous rappellerai néanmoins le nom de Manne, d'Avignon, qui, en 1717, fendit le voile du palais. Pourquoi ne trouvait-il pas d'imitateurs? Probablement parce qu'il était d'Avignon et pas de Paris. On continuait donc les petites opérations, lorsque Flaubert fils, de Rouen, en 1840, persuadé qu'il n'y avait pas à barguigner, enleva un beau jour le maxillaire supérieur pour enlever son polype. De 1840 à 1865, on voit les chirurgiens, attachés à l'idée qu'ils ont une tumeur récidivante, mettre tous les procédés en jeu pour arriver sûrement à cette extirpation, de telle sorte que cette résection totale, partielle, ou temporaire d'un des maxillaires supérieurs se présentait comme une opération radicale et par suite excellente. Les choses en étaient là quand, en 1865, se produisit un tout petit fait. M. Legouest arriva à la Société de Chirurgie, et nous raconta, avec mauvaise humeur, qu'il lui était impossible de croire que toutes ces démolitions fussent absolument le *nec plus ultra* de la chirurgie contemporaine. Il tira alors une pince de sa poche, et nous dit qu'il espérait avec cet instrument conduire un jeune enfant jusqu'à l'âge où le polype disparaîtra de lui-même. Je vous avoue qu'à ce moment je ne pus m'empêcher de hausser les épaules, et de me dire: "Est-ce possible de se plonger dans de pareilles misères chirurgicales? Avec sa pince, M. Legouest, va moucher ce polype." Mais aujourd'hui que je ne suis plus auditeur, je reconnais mes torts, M. Gosselin, en effet, en 1869, fait l'opération de Manne. Le polype repousse, et un jour que le jeune homme se plaignait d'avoir mal à la tête, on lui trouve un bras et une jambe inertes. M. Gosselin, justement effrayé, se dit: "Il y a là quelque chose de cérébral, je ne touche plus à cela." Aussi, s'adressant au jeune homme: "Mon ami, lui dit-il, l'air des champs, le pays natal vous seront plus profitables qu'un long séjour à l'hôpital." L'individu suivit le conseil, et tout le monde le croyait mort lorsqu'au bout d'un an il vint offrir ses remerciements à M. Gosselin qui n'en pouvait croire ses yeux. Obligé cependant de se rendre à l'évidence, on constata qu'il n'y avait plus qu'un petit pédicule. M. Verneuil, qui était un grand opérateur, à la suite de l'opération de Manne, en 1871, applique de l'acide chromique et constate que la tumeur diminue. La suspension du traitement est suivie d'une récidive qui nécessite de nouvelles cautérisations jusqu'au jour où le malade sort d'un coup de tête. Six années se passent, et personne n'avait jamais eu de ses nouvelles, lors-

qu'un beau matin cet individu arrive dans le service et dit en soupirant: "Eh bien? M. Verneuil! quand me faites-vous cette grande opération?" Il était guéri. Enfin, M. Lafont, ancien interne, et maintenant chirurgien à Bayonne, est consulté par un grand garçon de 24 ans qui voudrait bien voir disparaître ses saignements de nez. Impressionné par la lecture de l'observation de M. Gosselin, ce médecin se dit immédiatement: "Voilà une tumeur qui est à la veille de son exécution." Agissant alors en conséquence, il renvoie le malade chez lui sans le toucher en aucune façon. Bien lui en prit, car au bout de 10 mois le jeune homme vint le remercier de ne pas l'avoir opéré. Lui aussi n'avait plus rien.

Quant à moi, j'ai eu l'occasion de voir deux malades. Le premier, en 1872, était un gros garçon de 17 ans, atteint d'un polype naso-pharyngien multiple. Suivant les erreurs d'alors, je lui fis une résection temporaire du maxillaire supérieur qui me donna l'un des plus beaux succès de résection qui ait été jamais obtenu. Le polype, néanmoins, repullula tellement qu'au bout de 4 mois il avait le même volume. Ne pouvant plus enlever le même maxillaire, et ne voulant pas toucher à l'autre, de désespoir, j'adoptai les cautérisations. Au bout de trois ans le malade a bien continué à entretenir une correspondance avec un de mes infirmiers, mais il n'est pas revenu. Je peux donc le considérer comme guéri. Quelques années plus tard, un jeune homme traité successivement par Giraldès et par M. A. Guérin m'est arrivé dans un état tel qu'on ne pouvait pas toucher la tumeur sans provoquer des hémorragies. Fort embarrassés, nous convînmes, cependant, de faire des cautérisations très réservées. Au bout de trois ans, ce garçon sortit grandi de 0,07 à 0,08 centim. et transformé en un solide gaillard. En présence de ces résultats, j'ai fait rédiger une thèse intitulée: De la cure des polypes naso-pharyngiens par les méthodes palliatives et lentes. Empêcher le malade de succomber pendant la période de pullulation du polype, voilà à quoi doivent tendre tous nos efforts.
—*Praticien.*

Du panaris et de son traitement; par NEUSSBAUM.—La terminaison si souvent défavorable du panaris, par ankylose, perte de phalange, etc., est la faute du malade et quelquefois du médecin. On s'attarde trop aux moyens dilatoires de cataplasmes de fécule ou de mie de pain, aux onguents, aux bains de camomille, et l'incision, quand on la fait, est trop parcimonieuse. L'auteur n'hésite pas à conseiller la chloroformisation, puis l'incision profonde jusqu'à l'os de la phalange sur son bord radial ou cubital en poursuivant largement jusqu'à l'articulation voisine. On débridera ainsi le doigt entier s'il est nécessaire jusqu'à ce qu'on ait retrouvé le pus. Mais il faut surtout se garder des incisions dorsales ou palmaires qui affectent les tendons, sans compter les inconvénients ultérieurs de la cicatrice palmaire. Le pansement de Lister concourra à amener une guérison sûre et prompte.—*Wien. med. Presse, —Lyon médical.*

Pansement permanent des plaies.—Le pansement de Lister est bon, mais compliqué, et il faut le renouveler constamment. M. le Dr Marc SÉE croit avoir à offrir mieux que cela et il en a fait une communication à l'Académie de médecine de Paris. Il procède comme suit:

L'opération terminée, avant de poser les sutures, M. Sée fait une insufflation de poudre de bismuth sur toute la surface saignante. Il obtient ainsi la cessation subite de tout suintement sanguin, en même temps qu'il rend la plaie parfaitement antiseptique.

Cette petite quantité de bismuth interposée entre les surfaces traumatiques ne les empêche nullement de s'accoller l'une à l'autre. Bien mieux, elle lui a paru favoriser considérablement la réunion immédiate et permettre de négliger ces irrigations répétées à l'eau phéniquée qui déterminent, par l'irritation qu'elle provoquent, un suintement séro-sanguin abondant, rendant nécessaire la présence prolongée des drains. Enfin, elle réduit au minimum le suintement séro-sanguin qui succède aux traumatismes.

L'écoulement sanguin arrêté, M. Sée réunit la plaie par une double suture. La suture profonde est enchevillée, à chevilles formées par de petits rouleaux de gaze iodoformée; la suture superficielle est entrecoupée, à points très rapprochés, pour maintenir exactement les deux lèvres en contact dans toute leur étendue. Un drainage très large est pratiqué, au moyen de drains volumineux, mais courts; l'extrémité profonde des drains, en caoutchouc rouge, est coupée obliquement et s'avance près du fond de la plaie, sans l'atteindre; leur extrémité superficielle, coupée au ras du tégument externe, est maintenue par une épingle de sûreté qui la traverse et s'applique à plat sur la peau. Il couvre ensuite toute la ligne des sutures d'une trainée étroite de poudre de bismuth, qui forme un petit cercle autour de chaque drain, sans pénétrer dans son orifice.

Cela fait, il couvre la plaie d'un petit sachet formé de cellulose au sublimé renfermée dans la gaze phéniquée. Ce sachet, de deux à trois centimètres d'épaisseur, a environ quatre travers de doigt de largeur et dépasse de cinq à six centimètres les extrémités de la ligne de suture. Il applique par-dessus une couche épaisse de coton enveloppant toute la région. Le tout est maintenu au moyen de nombreux tours d'une large bande de tarlatane, exerçant sur tout l'appareil une pression assez grande. Sur cette bande, enfin, il enroule une bande de caoutchouc, peu serrée, dépassant partout les bords des pièces de pansement sous-jacentes, et destinée à les maintenir toujours parfaitement appliquées sur la peau, malgré les mouvements que pourrait exécuter le malade.

Après quelques légères modifications du procédé, l'auteur a obtenu une durée moindre du traitement, qui peut être réduit à huit jours; économie de temps pour le chirurgien, qui n'a plus rien à faire après l'opération; réduction considérable des frais de traitement, tels sont les avantages que trouve M. Sée à ce nouveau mode de pansement permanent.—*Scalpel*.

Suites éloignées de la désarticulation du genou.—*Société de chirurgie.*—M. NERVEU.—M. Verneuil ayant eu pendant quelque temps dans son service deux hommes qui avaient subi l'opération de la désarticulation du genou quelques années auparavant, il m'a paru intéressant d'étudier sur eux quelles étaient les suites éloignées de ce genre d'opération.

Le premier malade, âgé de 63 ans, avait été désarticulé par M. Désormeaux, dix ans auparavant; il n'était guéri définitivement de

l'opération qu'au bout de dix-huit mois, et cette guérison ne fut obtenue qu'après formation, à l'extrémité du moignon, d'une large et mince cicatrice adhérente à l'os, sujette à s'enflammer, et qui s'ulcérât à chaque instant, rendant la vie du malade insupportable et l'empêchant de porter toute espèce d'appareil. Il marchait avec des béquilles.

Le deuxième malade a subi la désarticulation du genou à la suite d'une blessure reçue à la bataille de Gravelotte. La désarticulation avait été pratiquée une heure après le traumatisme. Il se leva pour la première fois dix mois après l'opération. La cicatrice mince, rosée, fortement adhérente à l'os, s'ulcérât de temps en temps, principalement au niveau de la saillie des condyles, et c'est pour se faire traiter de l'une de ces ulcérations que le malade était entré dans le service de M. Verneuil. Il ne pouvait marcher avec un pilon; il lui fallait un appareil très coûteux à l'aide duquel, à la vérité, il marchait assez bien.

Ces deux observations viennent en somme à l'appui de l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, à savoir que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur est, à tous les points de vue, préférable à la désarticulation du genou.

M. VERNEUIL.—J'ai engagé M. Nepveu à faire cette communication parce que de temps en temps on revient sur cette question qui paraissait jugée, de la désarticulation du genou comparée à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

C'est ainsi par exemple que tout récemment, dans une discussion sur ce sujet, les deux tiers des chirurgiens, à la vérité, ont combattu l'idée de la désarticulation, mais un tiers environ a paru ne pas être très hostile à cette opération. Plus récemment, moi-même, j'ai reçu d'un de mes élèves une lettre dans laquelle il me demande mon avis au sujet d'un procédé nouveau de désarticulation du genou. Il est vrai que ce chirurgien, enlevant la rotule et réséquant la masse condylienne, son opération ressemble beaucoup à une amputation de cuisse.

Eh bien, on ne saurait trop le répéter, la désarticulation du genou est une mauvaise opération et qui ne vaut pas l'amputation de la cuisse pratiquée très bas. Certainement, les deux faits signalés par M. Nepveu ne suffisent pas à établir un pareil précepte, mais ils viennent s'ajouter à beaucoup d'autres qui confirment les mauvais résultats de la désarticulation (guérison lente, moignon incapable de supporter le pilon, ulcération fréquente de la cicatrice, etc.).

Ce que je dis de la désarticulation du genou s'applique également, quoiqu'à un degré moindre, à la désarticulation du coude.

Quant à la cause de cette différence entre les deux opérations, je ne la saisis pas très bien. Cependant, ayant moi aussi pratiqué jadis la désarticulation du genou sur un enfant de 10 ans. et ayant constaté à la suite un assez bon résultat, j'aurais assez de tendance à croire que l'âge des sujets opérés joue un rôle capital dans le résultat définitif, et que c'est surtout lorsqu'on désarticule les adultes que l'on a les mauvais résultats qui vous ont été signalés par M. Nepveu.

M. BERGER.—M. Verneuil vient de nous dire que la désarticulation du coude ne valait pas mieux que la désarticulation du genou, et qu'à ce titre ces deux opérations devaient être rejetées. Je me demande la cause de cette proscription de la désarticulation du coude.

J'ai fait cette dernière opération, il y a peu de temps de cela, et non seulement le malade guérit vite, mais encore, au moment où il nous a

quitté, nous avons pu constater que le résultat obtenu était excellent. Le moignon n'avait aucune sensibilité exagérée, et il supportait très bien un appareil prothétique. Il est vrai que j'avais eu soin de réséquer assez haut tous les nerfs de la région.

Je reverrai d'ailleurs ce malade, et je dirai si le succès s'est maintenu par la suite.

Pour ce qui est de la désarticulation du genou, je crois que c'est à bon droit qu'elle a été laissée de côté, et cela parce que le volume du squelette, au niveau du genou, est en trop grande disproportion par rapport au volume des parties molles.

L'année dernière, M. Verneuil nous a parlé d'un moignon conique, spécial à l'adolescence, dû à ce qu'à cet âge, l'accroissement du fémur n'étant pas achevé, cet os grandit plus vite que la peau qui l'entourne, et la tend d'une façon pénible.

Cette défectuosité doit être bien plus grande à la suite de la désarticulation du genou chez les enfants qu'à la suite de l'amputation de la cuisse, parce que dans ce dernier cas on supprime l'épiphyse inférieure de l'os, la plus importante au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre.

M. GILLETTE.—Il y a quelques mois, on nous a présenté un malade qui avait subi la désarticulation du genou, dont le moignon était très convenable. L'opération datait de six à huit mois.

Ce fait n'enlève aucune valeur au cas de M. Nepveu, mais il montre qu'il ne faut pas conclure trop vite de quelques cas particuliers, surtout si l'on songe que les opérations dont il s'agit ont été pratiquées avant l'introduction des méthodes antiseptiques—*Médecin praticien.*

De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille.—On sait que chez certains sujets il y a des néoplasmes de nature différente et que dans les familles dont on connaît plusieurs générations, les descendants présentent quelquefois des néoplasmes d'une autre nature que celle qui a été observée chez leurs ascendants. En un mot, il y a quelquefois pluralité des diathèses chez le même sujet ou chez les sujets d'une même famille. M. Alfred RICARD a développé cette question dans sa thèse avec un grand luxe de faits confirmatifs empruntés à tous les auteurs modernes, et il termine son travail en disant : il nous est permis de conclure que les néoplasmes sont fréquemment multiples ; que cette multiplicité, qui porte sur le même individu, peut être composée soit de tumeurs purement bénignes, exceptionnellement de tumeurs malignes, soit enfin et surtout d'un mélange de tumeurs bénignes et malignes. Il se demande ensuite quelle est la cause de cette multiplicité.

Pour les néoplasmes malins, leur multiplicité a toujours reconnu pour cause l'existence d'une diathèse plus forte que l'organisme, s'implantant sur lui, et de laquelle dépendaient toutes les tumeurs existant sur l'individu.

On a même été, en face de cette multiplicité si considérable de lipomes, jusqu'à admettre une diathèse de système ne visant qu'un tissu et laissant l'organisme en dehors de son atteinte.

Aujourd'hui, doit-on croire ainsi à une série de diathèses indépendantes les unes des autres ? Nous ne le pensons pas. En effet, l'examen minutieux des néoplasmes bénins a fait voir que souvent ils coex^{ist}

taient ensemble, et que souvent aussi ils se transformaient l'un dans l'autre. Le fibrome s'infiltrant de graisse, le lipome envahi par le tissu conjonctif, le kyste sébacé devenant fibreux, la combinaison et la succession des différents tissus dans une même tumeur, la coexistence de ces tumeurs sur un même individu, peuvent donc légitimer l'existence d'une certaine parenté entre toutes les tumeurs bénignes, de sorte que, aux diathèses de système localisées par Broca à un seul tissu, on serait peut-être autorisé à substituer l'hypothèse d'une seule diathèse, la *diathèse néoplasique bénigne*.

Il y a, en outre, une diathèse néoplasique maligne. Celle-ci s'est de tout temps imposée et nous ne saurions l'établir davantage. Disons cependant que cette diathèse réunit étiologiquement l'épithéliome et le carcinome qu'une école d'anatomo-pathologistes range d'ailleurs dans la même catégorie.

Il y a donc deux diathèses néoplasiques, l'une bénigne, l'autre maligne, et ces deux diathèses, en apparence si dissemblables, si opposées par leurs manifestations, doivent être réunies en une seule et unique diathèse : la diathèse néoplasique.

Voici, en effet, les motifs de cette fusion des deux diathèses en une seule :

1^o La coexistence maintes fois constatée des néoplasmes malins et des néoplasmes bénins sur un même sujet ;

2^o La succession à longue échéance *in situ* d'une tumeur maligne à une tumeur bénigne autrefois extirpée complètement, que cette succession ait lieu dans le même organe, dans son congénère, ou dans une autre région ;

3^o La métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur tout à coup maligne, métamorphose incontestable si l'on veut bien se rappeler que le papillome balanique devient un cancroïde du gland ; que la verrue du visage devient l'épithélioma ; que le fibrome dur, circonscrit, s'accroît vite, se ramollit et se change en tumeur fibro-plastique, molle, dite sarcome ; que l'adénome du sein est remplacé ou envahi par le carcinome, que la vulgaire loupe du cuir chevelu donne naissance à un ulcère de mauvaise nature ;

4^o La succession possible d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin ;

5^o La réunion, non seulement dans un même sujet, mais dans un même organe, et qui plus est dans une même tumeur, de néoplasmes bénins et malins ;

6^o Enfin, la coexistence de la succession chez les différents membres d'une même famille de néoplasmes différents de structure et de gravité.

Toutes ces raisons font rentrer l'étiologie des néoplasmes dans une même aptitude constitutionnelle, dans une seule diathèse, dont les effets peuvent être variables, bénins ou malins, mais dont l'essence reste unique : la diathèse néoplasique.

C'est en admettant cette unité de la diathèse néoplasique que l'on pourra comprendre comment une tumeur si longtemps bénigne devient tout à coup maligne, et comment dans une même tumeur peuvent se trouver associés les éléments les plus divers. Sans cette unité, il faudrait admettre sur le même individu porteur de néoplasmes multiples l'hypothèse, un peu forcée, de diathèses également multiples, et l'on ne saurait comprendre comment une tumeur à tissu complexe serait l'enfant commun de ces différentes diathèses combinées par hasard dans un même produit de conception. — *Paris médical*.

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

Accouchement difficile. Engagement de la tête avec un pied.—Clinique de M. le professeur PAJOT, à l'Hôpital des cliniques.—Aujourd'hui va sortir du service la femme qui occupait le n° 41, et qui est accouchée, il y a justement aujourd'hui trois semaines.

Le samedi, pendant que je faisais la leçon ici, on apporta cette femme dans la salle des accouchements, je l'accouchai immédiatement après.

Le travail durait à peu près depuis trois jours. On trouvait, dans l'excavation, la tête, un pied, et, beaucoup au dessus, une main.

Le médecin qui avait été appelé à donner des soins à cette femme, s'était bien rendu compte de ce qui était, il avait même essayé, à plusieurs reprises de faire descendre la tête, ou de la faire remonter, afin de faire l'extraction de l'enfant en tirant sur le pied; mais malgré tous ses efforts, il n'avait obtenu aucun résultat, tous ses essais avaient été infructueux, rien ne bougeait. Il en était arrivé à cette période où on ne peut plus ni tirer, ni pousser.

C'est alors que, voyant qu'il ne pouvait plus rien faire, il s'est décidé à nous envoyer sa malade dans le service.

Je me suis rendu immédiatement compte de la situation. La cuisse du fœtus, engagée avec la tête, produisait sur cette tête l'effet d'une corde à nœuds. Toutes les fois que l'on tirait sur la tête pour essayer de la faire sortir, on était arrêté par la jambe du fœtus, et quand on voulait repousser la tête, la cuisse, plus grosse en haut qu'en bas, empêchait d'autant mieux les mouvements de cette tête.

Que faire?—Nous nous sommes assurés facilement que l'enfant était mort. Nous n'avions donc rien à sauvegarder du côté de l'enfant. L'indication était alors toute tracée, il fallait diminuer le volume d'une des parties pour faciliter le jeu de l'autre. Il fallait agir sur la tête fœtale.

Vous avez vu avec quelle facilité j'ai pu vider la tête au moyen du perforateur.

J'ai alors saisi un pied et, dès que je l'ai eu pris, je l'ai enveloppé d'un linge, afin qu'il ne glissât pas dans mes doigts, et j'ai tiré en bas. J'ai tiré en bas, mais en ayant le soin de tirer *suivant les axes*. Si vous agissiez ainsi vous obtiendriez des résultats merveilleux, et cela avec très peu de force; tandis qu'en ne sachant pas, vous serez obligés de déployer une force énorme, vous vous épuiserez pour n'arriver à rien.

Il faut *tirer en bas*; mais ce n'est pas avec le forceps qu'il faut tirer en bas; il faut tirer en bas la partie fœtale.

Dans le fait particulier qui nous occupe, vous avez vu qu'une fois le pied saisi, l'opération a marché avec une très grande rapidité; elle n'a pas même duré deux minutes.

A peine avais-je commencé à tirer que le second pied est arrivé: je l'ai saisi aussi et j'ai continué à tirer.—Si vous avez le soin pour les genoux, pour les hanches, de saisir dans la main les articulations, vous ne risquerez rien en tirant, vous n'aurez pas à craindre de luxer les membres.

Alors est arrivé le cordon, il était très tendu.—Dans les cas semblables, lorsque l'enfant vit, j'ai le soin de prendre le cordon

avec trois doigts, je le tire doucement d'en haut, et, lorsque j'ai fait une anse, je puis continuer à tirer sur l'enfant en toute sécurité; je ne m'expose plus à rompre le cordon qui a suffisamment de jeu dans l'anse que j'ai formée. Ici, l'enfant étant mort, nous avons simplement coupé le cordon.

On doit alors dégager les bras. On commence par le bras postérieur qui est le plus facile, et en l'ayant dégagé, vous rendrez le bras le plus difficile plus facile.

Pour cela, vous relèverez le fœtus. Vous apercevrez ainsi la racine du bras. Passant alors votre main, le pouce sous l'aisselle du fœtus et la main sur la figure (vous mouchez le fœtus), vous ramènerez le bras sur la partie antérieure.

Ce sont là les règles à suivre; il faut les suivre.

Pour dégager le second bras, le procédé est analogue. Ici, vous abaissez l'enfant autant que vous le pouvez—Vous employez la main la plus commode, celle dont la face palmaire s'adapte le mieux, et vous ramenez le second bras.

Voilà comment se fait le dégagement des bras.—J'aurai plus tard l'occasion de vous parler des complications qui peuvent se présenter; mais voilà quel est le cas le plus commun.

Reste alors la tête,—broyée ou non.—L'extraction n'en est pas toujours facile.

Dans les cas ordinaires, voici comment on s'y prend.

Deux alternatives peuvent se présenter; ou bien la tête a tourné, ou bien elle n'a pas tourné.

Si elle n'a pas tourné, comment ferez-vous? Il faut absolument faire la rotation; mais comment y arriver?—Avant tout, je vous recommande au moins de ne pas vous amuser à tordre le cou du fœtus pour obtenir cette rotation.

Il y a deux procédés pour arriver à ce résultat, mais le premier ne réussit que dans les cas aisés; il consiste à placer un doigt derrière chaque oreille du fœtus et à essayer ainsi la rotation; ce procédé, comme je vous le dis, ne réussit que quelques fois—dans les cas aisés.

Dans les cas moins faciles, il faut avoir recours au second moyen que voici: on prend la main dont la face palmaire s'adapte le mieux au dos de l'enfant—en un mot, vous prendrez la main qui vous semblera la plus commode. Vous passez alors deux doigts sous la tête du fœtus, et avec un ou deux doigts vous allez trouver la commissure des lèvres et vous introduisez ce doigt ou ces deux doigts dans la bouche; vous placez le pouce sur l'occiput et alors vous avez une force énorme; il faut que ça tourne.

Dès que la rotation est faite, et que la tête seule est retenue, si la femme n'a plus de contractions suffisantes, vous introduisez un ou deux doigts dans la bouche du fœtus, vous placez en même temps deux doigts en fourche sur la nuque et vous dégagerez ainsi avec la plus grande facilité.

Notre femme du numéro 44 a été souffrante pendant quelques jours. Elle est rétablie aujourd'hui et il ne reste pas trace de son accouchement laborieux.—*J. des Sages-Femmes.*

De l'emploi de l'eau chaude pendant la grossesse et l'accouchement.—Dans une communication au *Bulletin général de thérapeutique*, M. le Dr A. AUVARD démontre l'heureuse influence de l'eau chaude: 1^o sur l'utérus gravide; 2^o sur l'utérus en travail.

On connaît la méthode dite de Kiwish, qui consiste à donner des douches vaginales d'eau chaude, d'abord de 30 à 40 degrés, puis de 45 degrés, dans le but de provoquer l'accouchement. Il semblerait donc que l'eau chaude portée au contact du col utérin doive provoquer la contraction utérine et l'accouchement.

Cette influence des injections intra-vaginales est d'ailleurs admise par la plupart des médecins qui n'oseraient prescrire des lavages vaginaux pendant la grossesse, de peur d'amener l'expulsion prématurée du fœtus.

Mais les observations de M. Pinard, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, tendent à prouver le mal fondé de ces craintes, du moins en ce qui concerne l'eau chaude. Ainsi, en faisant des injections vaginales à la température de 46 à 48 degrés, avec un liquide antiseptique, on n'a jamais, pendant la grossesse, provoqué les contractions utérines.

Mais une double précaution est nécessaire si l'on veut obtenir cette innocuité. Il faut : 1^o que l'injection soit faite doucement ; si le liquide allait heurter violemment le col, pareil traumatisme ne laisserait probablement pas l'utérus indifférent ; 2^o qu'il n'y ait pas trace de début de travail, sans quoi les conditions sont complètement changées, car si l'utérus au repos tolère bien l'eau chaude, aussitôt qu'il est éveillé, qu'il se contracte, l'eau chaude l'excite, active la contraction.

Il est probable que les succès obtenus par certains auteurs dans la provocation de l'accouchement en appliquant la méthode de Kiwish sont dus à cette double circonstance, à savoir : qu'ils produisaient par l'injection un véritable traumatisme, ou qu'ils agissaient sur un utérus déjà entré en travail. Quant au simple contact et à la température du liquide, ils n'étaient nullement à incriminer.

L'influence de l'eau chaude est toute autre sur l'utérus en travail. Autant cet organe, pendant le cours de la grossesse, était indifférent à l'eau chaude, autant il y devient sensible pendant l'accouchement.

Données durant la période de dilatation du col, les injections ont, d'après les observations prises dans le service de M. Pinard, hâté de beaucoup cette dilatation. C'est ainsi que, pour ne prendre que les primipares à terme, on a trouvé trois à cinq heures comme durée moyenne de la dilatation. Sous l'influence de l'eau chaude, les contractions deviennent plus fortes, plus énergiques, mais n'augmentent pas de fréquence.

Pendant la période d'expulsion, on n'a pas donné d'injections ; il est probable qu'à ce moment, l'action serait beaucoup moins marquée, le col devenant de plus en plus inaccessible au liquide injecté, à mesure que la partie fœtale descend. Mais l'action thermosystaltique continue à se faire sentir pendant cette période, et nous en avons la preuve dans ce fait qui a été observé plusieurs fois, à savoir l'expulsion spontanée du placenta rapidement après l'expulsion du fœtus.

Les intéressants résultats obtenus par M. Pinard peuvent se résumer ainsi :

1. Pendant la grossesse, quand il n'y a aucune menace de travail, des injections vaginales chaudes (48 degrés) faites avec douceur, ne provoquent en aucune façon la contraction utérine, et peuvent être données sans aucun danger ;

2. Pendant le travail, les injections chaudes activent d'une façon

notable la dilatation de l'orifice utérin, abrègent non seulement la première période de l'accouchement, la plus longue et la plus pénible pour la femme, mais aussi la période d'expulsion et celle de la délivrance.

Du support à donner à l'abdomen durant la grossesse.—Le Dr Alex. DUKE (*British Medical Journal*) conseille à la femme enceinte de mettre de côté l'usage du corset à partir du quatrième mois de la grossesse, et de le remplacer par un simple bandage abdominal qui a pour effet de mieux supporter les muscles en même temps que l'organe gestateur. Ainsi supportés, les muscles abdominaux peuvent plus efficacement venir en aide aux efforts expulsifs de l'utérus lors de la deuxième période, celle-ci étant aussi beaucoup plus rapide dans sa durée.

L'auteur a pour habitude de recommander à la nouvelle accouchée de détacher tout-à-fait sa ceinture abdominale durant la nuit, et de faire pratiquer, chaque soir, sur l'abdomen, des frictions douces au moyen de saindoux frais. Ceci a pour effet d'assouplir considérablement la peau du ventre et de favoriser la disparition rapide des vergetures qui la sillonnent.

De la délivrance après l'accouchement.—Le docteur CRÉDÉ, croyant voir s'accréditer dans la presse médicale une interprétation erronée de sa méthode, donne aujourd'hui en détail dans *Archiv. für Gynkologie* la manœuvre qu'il recommande :

Le placenta se détache naturellement de l'utérus quelques minutes après la naissance de l'enfant. On reconnaît ce détachement à l'écoulement d'un peu de sang et à la diminution manifeste du volume de l'utérus qu'on sent alors entre le pubis et le nombril, comme un globe dur de la grosseur d'une tête d'enfant. Dès qu'apparaissent des coliques utérines, l'accoucheur saisit l'utérus tout entier entre ses deux mains à travers les parois abdominales, et le presse contre la concavité du sacrum ; il répète la manœuvre *plusieurs fois* si c'est nécessaire, *mais seulement quand il y a une douleur*, jusqu'à ce qu'on trouve le placenta à la vulve, ou complètement en dehors. Dans le cas où l'absence de contractions de l'utérus ou la sensibilité exagérée des parois abdominales empêche l'accoucheur d'exercer une pression suffisante pour expulser le placenta, il doit alors en se guidant sur le cordon chercher délicatement le placenta dans le vagin. S'il en sent une portion, il tire *doucement* sur le cordon d'une main, tandis qu'avec l'autre il presse sur le fond de l'utérus. Si, au contraire, on n'arrive pas au point d'insertion du cordon, et si une traction *douce* fait éprouver de la résistance, ne pas faire de nouvelles tentatives jusqu'à l'apparition de *quelques contractions utérines* qu'on peut d'ailleurs faire apparaître ou augmenter par de *légères* frictions et un peu de compression. Si enfin on trouve le placenta dans le vagin, on le saisit aussi haut que possible entre l'index et le médius de la main droite et on le tire doucement en bas et en arrière, tandis que la main gauche tient le cordon tendu. Lorsque le placenta se montre à la vulve, l'accoucheur le saisit à pleine main et le tire doucement en haut en le tournant plusieurs fois sur lui-même, afin que les membranes forment une corde solide qui ne puisse être déchirée. Puis on retire le tout et les caillots de dessous la jambe fléchie de la femme, pour les mettre dans un bassin vide.

Il est très dangereux et par conséquent défendu d'exercer de fortes tractions sur le cordon, d'essayer d'extraire le placenta trop élevé en introduisant toute ou en partie la main dans l'utérus et d'aider les efforts d'extraction en engageant la femme à souffler dans ses mains, à tousser ou à faire des efforts quelconques.—*Glasgow Medical Journal*.

Traitement de l'éclampsie puerpérale.—Le traitement préconisé par le Dr J. F. Sullivan se résume ainsi : Assurer la liberté du ventre au moyen de lavements, et par l'emploi de l'huile de croton à l'intérieur (3 gouttes sur la langue, si les convulsions continuent, injecter sous la peau 20 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride et un demi-grain de morphine. Si le pouls reste toujours le même, injecter dix gouttes d'extrait de veratrum toutes les heures jusqu'à ce que le pouls soit sensiblement affecté. L'auteur ne fait rien pour hâter la délivrance.—*Analectic*.

De l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement de l'aménorrhée.—Dans sa thèse inaugurale lue à la *Société Gynécologique de Chicago*, le Dr E. J. DOERING rappelle les expériences de Bartholow au sujet de l'action physiologique de ce médicament. Bartholow qui, comme on le sait, a grande confiance dans le permanganate, prétend que celui-ci, bien qu'il se débarrasse promptement de son oxygène, ne le fait cependant pas assez rapidement pour empêcher que ce gaz ne se mêle au liquide sanguin. D'autres prétendent au contraire que les matières organiques contenues dans l'estomac et les muqueuses suffisent à s'emparer de l'oxygène du sel et à en empêcher ainsi l'absorption.

D'après le professeur Gray Bartlett, de Chicago, le permanganate de potasse est, dans l'estomac, réduit à l'état de deutoxyde (hydraté) de manganèse; or, comme celui-ci est aussi lui un agent oxydant énergique, il est bien possible que ce soit lui qui, dans l'économie, joue le rôle d'agent oxydant que l'on attribue ordinairement au permanganate. Il semblerait donc rationnel, suivant M. Bartlett, de substituer l'emploi du deutoxyde hydraté de manganèse au permanganate de potasse. Quoi qu'il en soit de ces transformations chimiques, le principal intérêt de la question gît dans l'action thérapeutique du remède. M. le professeur G. Thomas et les Drs Ringer et Murrell recommandent beaucoup le permanganate. Le Dr Doering s'en est servi dans trente cas d'aménorrhée dépendant d'anémie et d'atonie générale de l'appareil sexuel. Seize cas ont dû forcément être mis de côté vû la négligence apportée à prendre le remède en temps opportun, manque de persévérance de la part de la malade, etc. Quatorze cas restaient dont l'observation peut être regardée comme concluante. Voici les conclusions de l'auteur :

1. A dose de 2 à 4 grains, le permanganate de potasse est un emménagogue efficace pourvu qu'on l'administre durant un laps de temps de pas moins de deux semaines.

2. Son administration à doses assez fortes pour être efficaces est accompagnée de douleurs intenses qui obligent fréquemment de discontinuer l'emploi du remède et, par conséquent, l'empêchent d'agir aussi bien comme emménagogue.

3. Le meilleur mode d'administration consiste à donner le médicament sous forme de capsules, à égale distance des repas, donnant ensuite une pleine dose d'une eau minérale quelconque.—*Journ. of the American Med. Association.*

Traitement de l'endométrite ; par le docteur J. Chéron.—Le traitement de l'endométrite cervicale doit occuper une place importante, parce que cette affection est le point de départ de l'ulcération du col. Toutes les fois qu'il existe une ulcération du col, il y a une endométrite préexistante

Il est donc rationnel de porter le topique modificateur sur la partie qui est le point de départ de la lésion.

Tous les moyens préconisés jusqu'ici ont donné des succès plus ou moins rapides. Mais lorsque l'endométrite prend la forme catarrhale, l'iode est le seul qui donne de vrais résultats.

Au lieu de la teinture d'iode, il est mieux de faire usage d'une solution aqueuse, préconisée par un pharmacien distingué, M. Dannecy, pour remplacer la teinture qui s'altère au bout de peu de temps et constitue un médicament très infidèle.

Voici les formules des deux préparations incolores nécessaires pour mettre l'iode à nu :

No 1.—Iodure de potassium.....	10 parties.
Iodate de potasse.....	1 —
Eau distillée	50 —

Badigeonner le canal cervical avec cette solution, à l'aide d'un tampon d'ouate, enroulé autour d'un bâtonnet, puis badigeonner avec un autre pinceau semblable imbibé de la solution No 2.

No 2.—Acide citrique.....	10 parties.
Eau distillée.....	50 —

Au contact de la solution No 2, l'iode est mis à nu et produit une action cathétérique toujours identique à elle-même.—Ce badigeonnage doit être fait tous les deux jours jusqu'à guérison.

A propos d'endométrite, le docteur Arnaud vient, dans une thèse récente, de démontrer que cette affection est assez commune chez les femmes atteintes de blennorrhagie.

Le symptôme prédominant, et sur lequel doit se porter l'attention du médecin, est la métrorrhagie

A la suite de l'endométrite blennorrhagique, il peut survenir entre autres complications surtout des accidents du côté des trompes, de l'ovaire et du péritoine qui revêt les ligaments larges.

Le pus utérin dans la métrite blennorrhagique renferme des gonococcus, comme le pus urétral de l'homme atteint de blennorrhagie.

La métrite blennorrhagique peut survenir d'emblée, par contact direct du pénis malade (Hardy, Rollet).

Une métrite blennorrhagique ne pourra être considérée comme radicalement guérie, que lorsque les menstrues seront revenues régulièrement, sans douleurs et en quantité normale, après la disparition totale de tous les symptômes et complications.

La propagation de la blennorrhagie à l'utérus semble s'opérer par les lymphatiques, le col utérin et la moitié inférieure du canal cervical qui présente un revêtement pourvu de cellules pavimenteuses avec papilles et réseau lymphatique superficiel excessivement riche.—*Abeille méd*

PÉDIATRIE.

De l'épilepsie dans le jeune âge.—Clinique de M. DESCROIZILLES à l'hôpital des Enfants-Malades.—Les trois épileptiques que je possède dans la salle St-Augustin m'amènent tout naturellement à vous faire l'histoire des principaux points de cette affection. Et tout d'abord, examinons de quelle façon l'épilepsie peut se révéler. Si l'enfant est debout, il tombe tout d'un coup sans choisir son endroit, sa face devient pâle puis violette, ses membres se raidissent puis remuent. S'il est dans son lit, on le voit se laisser aller du côté droit ou du côté gauche, et avoir une crise analogue à la précédente. Quelquefois la langue est projetée au dehors, et une écume, soit blanche, soit sanguinolente, remonte à la surface des lèvres. Beaucoup enfin éprouvent avant l'attaque une sorte de frémissement qui de la main ou du pied finit par se propager à la tête. Quoi qu'il en soit, au bout de deux, de trois ou de quatre minutes, la détension se fait, le calme revient pour faire place à un état de torpeur dont la durée est de deux heures en moyenne. A côté de cette attaque complète, vient se placer le petit mal : Qu'un enfant, par exemple, vienne à laisser tomber ce qu'il tient, à cesser de chanter, à cli-gnoter des paupières, à avoir de petits spasmes de la figure, et à s'affaisser de son siège, non pas comme foudroyé, mais comme subitement privé des moyens qui lui permettaient de lutter contre la pesanteur, on devra en conclure qu'il vient d'avoir un vertige épileptique. Vous croirez encore au petit mal, lorsque vous verrez soit des actes de violence faire promptement place à des mouvements normaux, soit une série de contorsions, d'inclinations, en avant ou de côté, se terminer par une chute. Sachez enfin que ces accès peuvent être tellement nombreux (10, 15, 20 et plus dans une même journée) qu'on a pu dire que certains sujets étaient en constance d'épilepsie anodine.

J'ajouterai maintenant, à propos du diagnostic, qu'on doit faire entrer en ligne de compte l'éclampsie à un tel point que la distinction est souvent très difficile à établir. Néanmoins, rappelez-vous que l'éclampsie est une maladie de dentition où l'on trouve de la fièvre, et, à la fin de l'accès, de l'albumine dans l'urine. Quant à l'hystérie, la sensation de boule, l'absence de perte de connaissance, les pleurs, la grande agitation sont autant de signes qu'on ne rencontre pas dans l'épilepsie. Il en sera de même pour la chorée où l'agitation incessante, le défaut de coordination des mouvements et la titubation ne vous laisseront aucun doute. N'oubliez pas enfin que certaines épilepsies sont symptomatiques de lésions cérébrales ou de tumeurs qui affectent quelquefois la moëlle. Dans de pareils cas, on observe souvent, outre des accès limités à un membre, des contractures, des douleurs locales et des vomissements qui n'appartiennent pas à l'épilepsie idiopathique.

J'arrive au pronostic. Bien que l'épilepsie soit une maladie désolante, vous n'avez pas cependant le droit de désoler les parents, car vous n'êtes pas tout à fait impuissants. En effet, avec un traitement approprié, on peut arriver à modifier les attaques dans une certaine mesure. Par conséquent, loin de vous contenter de dire que la situation est grave et de laisser voir qu'il y aura un retentissement sur l'intelligence, il faut

avoir bien soin d'ajouter que plus le traitement sera suivi, plus on a de chance d'amender ces accidents. En agissant de la sorte, si plus tard votre malade devient fou à un tel point qu'on soit obligé de s'en séparer, personne ne viendra vous adresser des reproches. Les d'autant plus que vos indications n'auront pas été suivies à la lettre. Quelles seront, toutefois, les circonstances qui pourront modifier en mal vos appréciations? Faudra-t-il prendre pour base la violence des attaques? Non, car il est prouvé que c'est au contraire le petit mal avec ses attaques courtes qui a le plus de tendance à transformer dans l'avenir les jeunes malades en idiots, en fous méchants ou furieux. Il faut aussi tenir grand compte des commémoratifs: aussi le pronostic est beaucoup plus sombre lorsqu'il y a parmi les ascendants un parent alcoolique ou fou. Enfin, il est facile de comprendre que plus l'enfant est jeune, plus son avenir est sombre, le cerveau étant d'autant plus modifié qu'il est moins avancé dans son évolution. Rappelez-vous enfin qu'il y a des épileptiques qui sont devenus des hommes remarquables, témoin César. Vous me ferez remarquer toutefois que César a fort mal fini. Cela revient à dire qu'en admettant même qu'un épileptique devienne un sujet distingué, il n'en reste pas moins une intelligence mal pondérée et un être non seulement insupportable dans la vie privée, mais même nuisible. D'abord, le jour de son mariage, il peut être pris de contorsions qui ne manqueront pas de produire une désagréable surprise à sa jeune femme; de plus, dans un avenir plus ou moins éloigné, il pourra devenir fou et assassin. Ainsi donc, quoi qu'il en soit, le pronostic demande à être toujours manié avec une certaine prudence.

Quelques mots maintenant sur l'étiologie. Vous verrez dans certains relevés que l'épilepsie s'observe dans les premiers mois de la vie. Déniez vous de ces assertions, car pour moi, on a dû faire une confusion avec des attaques d'éclampsie. En somme, l'affection s'observe dans un sexe comme dans l'autre, surtout à partir de 3 ans, et est d'autant plus fréquente qu'on approche de l'âge de raison. Ayant sa raison d'être la plupart du temps dans une tare héréditaire (alcoolisme, folie, syphilis) elle a, chez un certain nombre, pour point de départ, une colère, une rixe. Quant à l'opinion de Lasèque qui faisait résider cet état dans une malformation du crâne, elle me paraît un peu aventurée, aussi n'a-t-elle pas été adoptée. On peut encore invoquer l'influence de l'onanisme, des vers intestinaux, des traumatismes, mais on n'a plus alors affaire à l'épilepsie véritable qui n'a pas de lésion connue.

Arrivons au traitement. Au physique, on a conseillé les émissions sanguines. Les médecins anglais qui ont affaire à des sujets vigoureux sont assez portés pour ce genre de traitement; mais en France il est, en général, nuisible. L'application de quelques ventouses ou de plusieurs saignées derrière l'oreille peut prévenir une attaque. On peut en dire à peu près autant des purgatifs, des cautères, des sétons, des vésicatoires permanents. J'arrive au grand cheval de bataille, à la série des antispasmodiques, et en particulier au bromure de potassium qu'il faut faire entrer par doses progressives pour le diminuer de la même façon après l'avoir maintenu pendant un certain temps à un certain diapason. Ceux qui faisaient résider les inconvénients du bromure de potassium dans l'élément potassique ont conseillé le bromure d'ammonium ou celui de sodium. Bien que les travaux allemands sur lesquels

M. le professeur Germain Sée a attiré récemment l'attention aient amplement démontré que le mal était produit par le brome, cette substitution n'en est pas moins d'un excellent effet. Vous pourrez encore donner la belladone prônée par Trousseau qui prétendait avoir été moins malheureux avec cet agent qu'avec tous les autres, l'oxyde de zinc et le lactate de zinc recommandés par M. Herpin, de Genève, et enfin la pilule de Méglin. Quant à l'éther, au chloroforme, il n'ont pas beaucoup d'efficacité parce que les sujets inspirent très mal au moment de la prise. A ce traitement intérieur, joignez des douches et surtout la gymnastique. Quelquefois enfin le régime alimentaire demande à être gradué avec sagesse. West, qui vivait au milieu d'une population pléthorique, conseilla tout d'abord de supprimer la viande; mais il ne tarda pas à mettre un correctif à son assertion primitive en disant qu'il faut, chez les anémiques, une médication tonique. Donnez donc des reconstituants à ceux qui en ont besoin, et conseillez-leur d'éviter autant que possible l'irrégularité des repas, la constipation, l'usage du café ou du thé.

Au moral, les conseils, les menaces ont une certaine influence lorsque l'enfant est assez intelligent pour vous comprendre. Il est enfin des épileptiques qui ont besoin d'une éducation particulière donnée par des professeurs spéciaux. Cela revient à dire que, malgré les inconvénients de l'encombrement, malgré les mauvais exemples qui en résultent, il y a, de l'avis de tous les spécialistes, beaucoup plus d'avantages que de mauvais côtés à les placer dans des maisons où ils recevront une éducation appropriée.—*Praticien.*

Dangers du pansement phéniqué chez les nouveaux-nés.—Le docteur DREYFOUS a observé, à la suite de la circoncision chez deux enfants juifs, des symptômes d'empoisonnement causés par le pansement phéniqué. Il m'a, dit-il, semblé digne d'intérêt de les rapprocher et de les publier pour en tirer un enseignement pratique que l'on peut formuler ainsi: *Chez les enfants nouveau-nés, le pansement phéniqué est absolument contre-indiqué, l'absorption de l'acide phénique se faisant avec une extrême facilité et donnant lieu à des accidents de la plus haute gravité.*

Si l'on compare les phénomènes observés chez les deux petits malades aux symptômes décrits chez l'adulte à la suite de pansements phéniqués ou d'une médication phéniquée interne, telle qu'on l'a employée dans la fièvre typhoïde par exemple, on constate tout d'abord une analogie parfaite. Les urines noires, les transpirations abondantes, l'hyperthermie sont les manifestations habituelles de l'intoxication phéniquée.

On remarquera que dans les deux cas s'est produite une éruption généralisée qui paraît être en rapport non seulement avec la diaphorèse, mais aussi avec l'élimination de l'agent toxique. Et, en effet, chez le premier enfant, pendant la période aiguë de l'empoisonnement, s'est développée une éruption scarlatiniforme presque contemporaine des sueurs profuses. Cet exanthème a fait défaut dans le deuxième cas.

Mais chez les deux enfants on a observé la même poussée furonculéuse qui, chez l'un, a persisté un mois après l'empoisonnement, et chez le deuxième, vingt jours après le début des accidents. Ces deux faits qui semblent caigués l'un sur l'autre, prouveraient que la peau che

les nouveaux-nés ressent plus vivement l'action de l'acide phénique, et que chez eux une éruption furonculaire et ecthymateuse doit être considérée comme un symptôme de l'intoxication phéniquée.—*Abeille médicale.*

Traitement de la leucorrhée infantile, par le docteur DESCROIZILLES.—Chez la petite fille on doit substituer aux injections les irrigations faites avec une canule à plusieurs orifices dont l'extrémité est maintenue à 3 ou 4 centimètres de la vulve. Tantôt on donnera la préférence aux substances émollientes, telles que la mauve, la guimauve, la graine de lin, le son, associées ou non à la morelle ou à la tête de pavot. Tantôt on se servira d'astringents, sulfate de cuivre ou de zinc, de l'alun, du tannin, de feuilles de noyer ou de roses de Provins. Si l'écoulement est odorant, on emploiera le permanganate de potasse, l'eau phéniquée, le sulfate de soude. S'il est nécessaire de cautériser, on peut employer une solution au 10° de nitrate d'argent ou le crayon dans les cas d'ulcérations profondes. En dehors de cette thérapeutique locale, on se trouvera bien des bains généraux d'amidon ou de son, des bains alcalins ou sulfureux, bains de sel de Pennés, d'eau de mer. Le traitement général n'est pas moins important. Si les malades sont anémiques, on donnera des préparations toniques, les ferrugineux, le quinquina ou l'huile de foie de morue. Quelques-unes supportent mieux le sirop de gentiane, ou les préparations amères dans lesquelles on associe la teinture de colombo à celle de Baumé et au sirop d'écorce d'oranges. S'il y a des oxyures, on donnera du calomel et de la san-tonine à petites doses; on fera mettre des suppositoires à l'onguent hydrargyrique.—*Archives de toxicologie.*

Du traitement de la bronchite chez les jeunes enfants.—Dans la livraison de mars de la *Therapeutic Gazette*, M. le professeur H. C. Wood, publie quelques remarques pratiques au sujet du traitement de la bronchite chez les enfants, remarques dont nous extrayons les préceptes suivants :

Au point de vue thérapeutique, les inflammations pulmonaires graves, chez les enfants, peuvent être considérées comme étant une seule et même maladie. Les mêmes règles générales de traitement s'appliquent à chacune d'elles.

La saignée est la plupart du temps mal supportée, mais chez les enfants robustes l'application de sangsues peut rendre de grands services au début de l'attaque, et est beaucoup moins dangereuse que l'emploi des antimoniaux, du veratrum viride et autres déprimants énergiques.

Dans ces cas, le *cataplasme-veste (jacket-poultice)* est plus efficace que les médicaments, bien que son emploi n'exclue en aucune façon l'usage de ceux-ci.

Le cataplasme s'applique de la façon suivante : Un morceau de flanelle bien épaisse est coupé en carré et de dimensions telles que, quand il aura été plié en deux et cousu en forme de sac, il puisse envelopper complètement la poitrine. Des cordons fixés aux deux bouts et en haut servent à l'attacher en avant et pardessus les épaules. Chez les enfants un peu remuants on peut fixer la flanelle aux vêtements de dessous au moyen d'épingles de sûreté.

Le cataplasme est recouvert immédiatement de soie huilée pour empêcher l'évaporation trop rapide.

C'est la farine de graine de lin qui convient le mieux pour remplir le cataplasme. Il est bon, dans la plupart des cas, de mêler une ou deux cuillerées à thé de farine de moutarde pour quatre cuillerées à soupe de farine de graine de lin.

On change le cataplasme plus ou moins souvent suivant les cas. Quand il y a beaucoup de fièvre, la chaleur du corps suffit à maintenir élevée la température du cataplasme, de sorte que celui-ci peut rester en place douze heures ou même davantage sans être changé.

Quand il y a tendance marquée au collapsus nerveux, le cataplasme à l'ail est d'une incalculable utilité. L'ail dont on se sert ne doit pas être trop vieux. Les gousses sont écrasées et mêlées à partie égale de farine de graine de lin. Comme il est désirable de favoriser l'absorption de l'huile d'ail, ce cataplasme doit être mis en contact immédiat avec la peau.

Pour ce qui est des remèdes, la potion au citrate de potasse (1) est souvent très utile au début de la maladie. Cependant, chez les jeunes enfants, elle agit comme déprimant et ne doit pas être employée trop longtemps.

Quand le temps est arrivé de donner les sels d'ammoniac comme expectorants, il faut les administrer à de courts intervalles, parce que l'action de chaque dose est de courte durée.

Dans les périodes avancées de la maladie, un remède passablement démodé, mais efficace tout de même, est le sirop d'ail. Quand l'estomac peut la supporter, l'huile d'eucalyptus est souvent très utile. S'il y a tendance marquée à l'adynamie, l'essence de térébenthine agit parfois très bien.

Il importe beaucoup que le médecin se souvienne que dans la pneumonie les médicaments n'exercent sur la maladie qu'une action fort légère et que souvent la vie du malade dépend du fait que le médecin, à un moment où les symptômes sont du caractère le plus alarmant, a assez d'énergie pour suspendre l'administration de tous les médicaments, sauf de ceux qui peuvent être donnés par le rectum.

Quand il y a tendance à l'asthénie, les stimulants sont bien supportés par les enfants; sous le nom de stimulants nous comprenons le punch au lait et autres aliments alcooliques, ainsi que la digitale.

Quand la digestion est en défaut, les aliments tout digérés, tels que le lait pancréatinisé, rendent souvent les plus grands services.

Il n'y a pas de doute que la quinine ne soit précieuse dans les maladies de ce genre. Elle est bien supportée, en général, par les enfants, mais il faut prendre certaines précautions. Ainsi, trois grains par jour devraient constituer la dose maximum pour un enfant d'un an ne présentant aucun accident paludéen.

Dans le catarrhe suffocant ou bronchite suffocante, j'ai inauguré, il y a déjà quelques années, un mode de traitement qui, dans l'occasion, m'a donné beaucoup de satisfaction. Il va sans dire qu'il ne faut l'employer que dans les cas désespérés, alors que la mort semble s'approcher rapidement, par suite de l'accumulation, dans les bronches, des mucosités et exsudats qui gênent au plus haut degré l'hématose, amènent dans

(1) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de mars 1885, p. 115.

le sang une accumulation d'acide carbonique, d'où l'asphyxie. Si dans ces cas, il est possible de soustraire de temps à autre au liquide sanguin une partie de l'acide carbonique qui s'y est accumulé, il peut se faire que la vie soit prolongée suffisamment pour permettre à la maladie de prendre une tournure plus favorable. Dans ce but il s'agit de provoquer des efforts d'inspiration et d'expiration. Pour cela, l'enfant est d'abord tenu au-dessus d'un bain à plus de 120° (c'est-à-dire beaucoup plus chaud que la main ne pourrait l'endurer), pendant que l'on projette alternativement sur sa poitrine des douches d'eau chaude et froide. L'impression produite par ces douches est telle que le petit malade est forcé comme malgré lui de faire des efforts d'inspiration et d'expiration qui ont pour effet de chasser du poumon une certaine quantité d'acide carbonique.

On peut encore activer ces mouvements respiratoires forcés au moyen d'inhalations d'ammoniaque, en titillant les narines, etc. Ces divers moyens devraient être mis en œuvre jusqu'à ce que le malade ait donné de signes évidents de retour à la connaissance. À ce moment, on le plonge un instant dans l'eau chaude (presque bouillante) au-dessus de laquelle on l'a tenu jusqu'alors. La peau rougit immédiatement et l'enfant crie de douleur, preuve que la sensibilité générale est revenue. Ces cris et ces pleurs ont eux aussi pour effet de favoriser la respiration forcée et de débarrasser le sang d'une nouvelle proportion d'acide carbonique.

Ce procédé doit être mis de nouveau en œuvre au bout de 24 ou 36 heures, si l'enfant venait à retomber dans l'état de stupeur décrit plus haut.

Le moyen est héroïque et ne doit être mis en œuvre que dans les cas désespérés—toujours dans une chambre bien chauffée.—Plusieurs fois je l'ai employé, même chez un enfant de cinq mois, et toujours, grâce à lui, j'ai réussi à sauver la vie de mes petits malades.

Traitement de la laryngite striduleuse.—Le professeur WIDENHOFER recommande, pendant l'attaque, de maintenir la langue en dehors de la bouche, pour prévenir l'occlusion de la glotte, et d'éponger de l'eau froide sur le visage. Dans les intervalles de crise, il donne du bromure de potassium, qu'il considère comme un spécifique contre ces attaques spasmodiques. Ce médicament doit être donné aux doses de 4 grains, le matin et le soir, jusqu'à 8 grains. En un ou deux jours, prétend-il, les attaques ne se produisent plus.—*Paris médical.*

SYPHILIGRAPHIE.

De l'adénite syphilitique.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'Hôpital St-Louis.—Le bubon est un auxiliaire très utile pour le diagnostic du chancre. Maintes fois, en effet, lorsque l'accident primitif est disparu, l'engorgement ganglionnaire qui persiste vous permet encore de trouver la syphilis. En d'autres cas, le bubon vous met

sur la voie du chancre quand celui-ci est caché par une balano-posthite. Enfin, c'est un véritable élément de diagnostic dans le cas de chancre larvé. Au surplus, afin de bien fixer dans votre esprit toute l'utilité qu'on peut en retirer, laissez-moi vous rappeler de quel appoint a été un beau jour ce gonflement de ganglions lymphatiques entre les mains de M. le docteur Millard pour porter le diagnostic de syphilis. Un malade se présente à lui avec une éruption qui, après examen minutieux, est reconnue ne pouvoir être qu'une roséole. On ne tarde pas, en effet, à découvrir les plaques muqueuses, et naturellement on interroge le malade qui affirme n'avoir jamais eu de chancre. Après n'avoir rien trouvé aux sièges d'élection, M. Millard, procédant comme M. Ricord, fait la chasse aux ganglions, et découvre une chaîne auxiliaire. Il apprend alors que ce malade a été vacciné le 19 août 1865 à l'Académie de Médecine avec du vaccin pris sur enfant. Sur les six piqûres, quatre ont évolué naturellement, mais trois à quatre semaines après, les deux autres ont gonflé et se sont recouvertes d'une croûte. En présence de toute cette série de faits, M. Millard examine les deux boutons suspects et porte le diagnostic de chancre syphilitique déterminé par la vaccine. Cette histoire fit beaucoup de bruit, aussi M. Depaul institua une enquête qui eut le résultat suivant : sur neuf enfants vaccinés on finit par en retrouver six qui étaient tous infectés par une syphilis récente. Quant au vaccinifère, il était mort de syphilis héréditaire.

Ceci dit, affirmons un premier point : c'est l'apparition, fatalement nécessaire du bubon, à la suite du chancre. Un traumatisme, par exemple, peut s'accompagner d'une adénite, mais il est aussi très possible que cette complication fasse défaut. Avec le chancre syphilitique, au contraire, rien de semblable; aussi M. Ricord a-t-il dit que le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps.

II.—Siège du bubon.—Il se produit là où se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région intéressée, et pas ailleurs. S'agit-il d'un chancre du vagin ou de la verge, vous le verrez apparaître dans l'aîne. Le chancre occupe-t-il au contraire les lèvres, ce seront les ganglions sous-maxillaires qui seront intéressés. De tout cela résulte qu'il est important de préciser les différentes régions du bubon. Celui consécutif au chancre du périnée, de l'abdomen, de l'anus, occupera les aines; celui du menton, les ganglions rétro-géniens, de la langue, les ganglions sus-hyoïdiens, de la paupière, le ganglion préauriculaire, des doigts, le ganglion épitrocléen ou quelquefois de l'aisselle, et enfin celui du sein, les ganglions axillaires.

III.—Quand apparaît le bubon? En se basant sur de nombreux faits, on peut dire qu'il devient appréciable à la fin du premier septennaire ou dans le courant du deuxième. Se fait-il dans les ganglions quelque chose de préalable? Je ne le nie pas, mais j'affirme qu'on ne sent quelque chose cliniquement que vers la fin de la première semaine. Cela est d'autant plus important à connaître que vous verrez souvent des gens venir vous consulter pour une écorchure. Bien qu'il n'y ait pas encore de bubon, patientez néanmoins pendant quelque temps avant de vous prononcer, car le chancre n'est peut-être encore qu'au troisième ou au quatrième jour.

Enfin, question capitale, en quoi consiste ce bubon? Raisonnant a priori, on serait tenté de dire ceci : "A maladie grave, affection grave."

Ce serait, pour la circonstance, commettre une grave erreur, car c'est précisément le contraire qui a lieu. L'adénite consécutive au chancre infectant, en effet, est anodine à un point tel, qu'elle est souvent négligée par les malades, et passe même quelquefois inaperçue, parce qu'elle ne produit aucune douleur.

Résumons maintenant, tout d'abord en quelques mots, ses caractères principaux, au nombre de quatre : ce bubon est minime ou moyen, aphlegmasique, dur et polyganglionnaire.

I.—Adénite minime ou moyenne.—Le volume normal, en effet, peut être doublé, triplé, avoir la dimension d'une olive, d'une demi-noix ; mais il s'élève rarement au-delà. Comparez ces dimensions à celles d'une adénite inflammatoire de l'aine ; vous aurez alors affaire à un bubon qui a le volume d'une noix, d'un œuf, voire même d'un citron.

II.—Bubon aphlegmasique, c'est-à-dire, comme l'a si bien fait remarquer M. Ricord, dépourvu de chaleur, de rougeur et de douleur. A la surface d'un bubon symptomatique d'un chancre syphilitique, en effet, que voyez-vous ? La peau conserve sa couleur, la tuméfaction ganglionnaire naît, évolue et se termine sans douleur. De grandes différences séparent cette adénite de toutes les autres. Avec un bubon consécutif à un chancre simple, par exemple, le malade est obligé de garder le lit, tandis qu'avec une adénite d'origine syphilitique il peut danser. De plus, dans ce dernier cas, il n'y a pas de périadénite, si bien que les tissus voisins restent intacts, vous pouvez faire rouler la glande sous la peau.

III.—Adénite dure.—Lorsque vous touchez ce ganglion, vous sentez une dureté tellement spéciale que M. Ricord disait : " La dureté du bubon, c'est l'induration du chancre transportée dans le bubon."

IV.—Bubon habituellement composé de plusieurs glandes. Insistons sur tous les points et disons que ce n'est pas un caractère fatal, pour plusieurs raisons. D'abord, il est des endroits où il n'y a qu'un seul ganglion, témoin la région préauriculaire. Enfin, j'ajouterai même que dans des régions où il y a beaucoup de ganglions, l'aisselle par exemple, on ne rencontre très souvent qu'un seul ganglion. Quoi qu'il en soit, on peut dire que presque toujours le bubon est polyganglionnaire par la bonne raison que les chancres s'observent plus fréquemment aux organes génitaux. C'est à cet engorgement ganglionnaire multiple que l'on donne le nom, par hommage pour le grand maître, de pléiade de Ricord. Qu'est-ce donc que cette pléiade ? Une grappe de ganglions voisins les uns des autres, moyens, durs, aphlegmasiques et glissant sous la peau comme des noisettes dans un sac. Mais ceci est trop important pour que je n'ajoute pas quelques détails.

1^o Tous ces ganglions ne sont pas égaux. Le plus volumineux est celui qui est le plus près du chancre, aussi a-t-il reçu le nom de ganglion direct par rapport aux autres qui ne viennent qu'en deuxième main.

2^o Cette pléiade inguinale est habituellement double, une à gauche et une à droite. Dans le cas de chancre médian, et a fortiori quand il y a deux chancres, un à droite et un à gauche, cela est très compréhensible. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et, en certaines circonstances, on voit un chancre parfaitement latéral donner lieu à une pléiade double ou même à une seule pléiade du côté opposé. Pour expliquer de pareils phénomènes, il suffit de vous reporter à

l'anatomie de M. Sappey : " Les lymphatiques des téguments de la verge, dit-il, naissent de toute la superficie de l'enveloppe cutanée de la verge. Mais c'est surtout au niveau du repli qu'elle forme pour enfouir le gland, c'est-à-dire au niveau du prépuce, que ces vaisseaux se montrent en grand nombre. Ils constituent sur les deux faces de ce repli un réseau à mailles serrées qu'on cesse graduellement d'apercevoir, en se portant d'avant en arrière..... Les troncs issus du réseau préputial se jettent dans un tronc médian qui se divise sur la racine de la verge pour aller se terminer à droite et à gauche dans le ganglion inguinal interne le plus élevé. Très souvent aussi il ne se bifurque pas et se rend alors, tantôt à droite, tantôt à gauche, dans le même ganglion....."

J'arrive maintenant à un dernier point beaucoup plus important, à savoir l'engorgement successif des ganglions de proche en proche. On croyait autrefois que le retentissement du chancre se limitait au premier groupe de ganglions; mais des autopsies, des recherches démontrent que les glandes situées plus loin sont prises également. Lorsque j'étais médecin de l'hôpital de Loureine, le hasard a fait que trois femmes sont mortes en pleine éruption syphilitique. A l'autopsie, nous avons trouvé des ganglions iliaques presque égaux à ceux de l'aîne. M. Horteloup est arrivé au même résultat. Est-ce là un fait isolé? Est-ce que cela n'arrive que pour les glandes de la région inguinale? Non, car en plusieurs circonstances, sur un malade affecté d'un chancre de la paupière, on a trouvé l'engorgement des ganglions situés au-dessus de la clavicule, fait qui a d'autant plus d'importance qu'il touche peut-être à l'essence même de la syphilis, car il semblerait indiquer que cette affection se propage de proche en proche par les vaisseaux lymphatiques.—*Praticien.*

Réveil tardif de la syphilis.—Dans une dernière séance de l'Académie de médecine, M. Fournier a insisté vivement sur le danger des syphilis latentes qui, après le chancre initial, ne se révélant plus par rien sur l'individu contaminé, n'en infectent pas moins les germes qui peuvent en provenir.

Parmi les preuves les plus convaincantes, les moins discutables, de l'existence prolongée de ces syphilis endormies en apparence, viennent en première ligne les exemples d'accidents tardifs, souvent très graves, se développant après un grand nombre d'années de tranquillité absolue.

Nous avons déjà eu l'occasion de citer plusieurs faits de ce genre; celui, entre autres, d'un sergent de ville, qui dans le courant de l'année 1859, alors que Broca suppléait Jobert (de Lamballe) dans son service de l'Hôtel-Dieu, faillit subir une résection de la clavicule, à l'occasion d'une périostite syphilitique. Cette périostite s'était développée près de vingt ans après un chancre du prépuce qui avait disparu en quelques jours, sans traitement, et qui n'avait été suivi jusque-là d'aucune éruption, d'aucune gomme, d'aucun accident, soit secondaire, soit tertiaire.

Broca, écartant l'idée de syphilis pour cette cause, avait supposé une nécrose de la clavicule, et il devait opérer le malade le jour même où Jobert, qui commençait déjà à présenter certaines étrangetés dans sa manière d'agir, vient inopinément reprendre son service. Il s'exclama bruyamment à l'idée d'une résection de la clavicule, affirma qu'il ne s'a-

gissait que d'un accident syphilitique, malgré la date si reculée du chancre initial, malgré la santé restée parfaite dans l'intervalle. Et en effet, après quinze jours de traitement par les iodures à hautes doses, cet homme sortait de l'hôpital ayant sa clavicule complètement guérie.

Un cas tout à fait comparable, non moins démonstratif, peut être en ce moment observé dans le service de M. Guibout, salle Bichat, n° 47.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, entré le 20 février dernier.

Il y a vingt-sept ans que cet homme avait contracté la vérole. Présentant un chancre du gland, des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus, il avait alors consulté M. Verneuil, qui lui avait fait prendre 100 pilules (sans doute des pilules de Sédillot).

Depuis lors, il n'avait rien eu qu'on pût attribuer à la syphilis, jusqu'au début des accidents qui l'ont amené à l'hôpital.

Pendant dix-huit ans, aucune éruption n'avait paru. Cet homme exerçait l'état de tonnelier, et il se portait parfaitement, affirme-t-il.

Il y a neuf ans, il fut atteint d'une affection éruptive, occupant les bras et les jambes, considérée comme un eczéma simple par Hillairet, qui traita ce malade à l'hôpital Saint Louis. Cet eczéma disparut en sept semaines, sans autre traitement que des bains et des applications de pommade camphrée.

Dans son état de tonnelier, cet homme éprouva divers accidents durant ces dernières années. Il eut la cuisse droite écrasée par la chute de tonneaux très lourds; il eut la poitrine comprimée du côté droit, à la hauteur du mamelon, entre des tonneaux.

Il attribue un très grand rôle à ces accidents dans la genèse de l'affection actuelle, et ce n'est pas impossible, car les traumatismes peuvent provoquer consécutivement des manifestations locales d'une syphilis latente, comme de toute autre maladie constitutionnelle ou diathèse.

Quoi qu'il en soit, ce fut d'abord aux environs du mamelon droit qu'apparurent, il y a deux ans, de grosses bulles pleines de liquide. Ces bulles, à ce que prétend le malade, ne reposaient pas sur un fond rouge; il n'y avait entre elles ni rougeur, ni gonflement de la peau. Elles se succédaient sur un espace qui s'étendait de jour en jour, sans, paraît-il, changer de caractère jusque vers la fin de l'année 1884. Il y a deux mois environ seulement que les choses se compliquèrent. Au lieu de simples bulles, on vit paraître des nodosités, des saillies de la peau, des tubercules, qui s'ulcérèrent et devinrent le point de départ de plaies multiples.

Lors de son entrée, cet homme présentait, sur le thorax, l'abdomen, le bassin, la fesse du côté droit, et toute la moitié supérieure de la cuisse droite, une vaste plaque d'un rouge violacé, couverte d'une éruption tuberculeuse ulcérée, de plaies suppurantes, dont quelques-unes, profondes, intéressaient la peau dans toute son épaisseur, et quand on exerçait une pression autour d'elles, donnaient issue à du pus accumulé dans les couches sous-cutanées. Quand on faisait tenir debout cet homme, il était courbé fortement sur le côté droit, par suite de la rétraction cicatricielle résultant d'anciens trajets fistuleux de ce genre.—*Gazette des hôpitaux.*

FORMULAIRE.

Dyspepsie atonique.—*Da Costa.*

P.—Teinture de noix vomique.....	10 gouttes
Teinture de capsicum.....	1 goutte
Teinture de quinquina composée.....	1 drachme

M.—A prendre trois fois par jour. En même temps, *Da Costa* prescrit de trois à cinq grains de pepsine au moment des repas.—*College and Clinical Record.*

Fièvre hectique des phthisiques.—*Da Costa.*

P.—Sulfate de quinine	1½ grain
Extrait de digitale.....	½ “
Poudre d'opium.....	¼ “

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Plaques muqueuses.—*Gross.*

P.—Nitrate acide de mercure.....	1 drachme
Eau.....	1½ once

M.—Appliquer au moyen d'un pinceau, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Condylomes syphilitiques.

P.—Calomel.....	30 parties
Acide borique	15 “
Acide salicylique.....	5 “

M.—En saupoudrer le condylome une fois par jour.—*Philad. Med. Times.*

Sucre laxatif.—

P.—Sel de la Rochelle	10 parties
Sucre de lait.....	30 “
Huile essentielle de citron.....	q.s.

M.—Dose : Une ou deux cuillerées à thé, au déjeuner.—*Analectic.*

Potion diurétique.—*Dr J. Mullone.*

P.—Esprit comp. de juniper.....	1 chopine
Sulfate de fer.....	2 drachmes
Acétate de potasse.....	½ once
Extrait fluide de digitale.....	2 drachmes
Sirope de scille.....	½ once

M.—Dose : Une cuillerée à soupe trois fois par jour.—*New York Medical Journal.*

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTREAL, MAI 1885.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

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

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

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

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

La nouvelle loi concernant les asiles d'aliénés.

M. le Dr V. P. Lavallée a eu l'obligeance de nous faire parvenir une copie de l' "Acte relatif aux asiles d'aliénés subventionnés par la province de Québec," tel que présenté à l'Assemblée Législative de Québec par l'Hon. M. Blanchet. Tel qu'il est, le projet de loi n'est pas parfait, nous l'admettons, mais il indique suffisamment qu'un travail considérable s'est fait dans l'esprit de nos gouvernants au sujet du meilleur mode d'administration des asiles d'aliénés et que l'on est décidé de prendre un peu à ce sujet l'avis de la profession médicale qui est le plus directement intéressée au parfait fonctionnement de ces institutions. Les réclamations qui se sont élevées de partout contre le mode d'administration de nos asiles ont porté leur fruit, en partie du moins, et nous avons lieu de croire que les remarques de la presse médicale ont été pour quelque chose dans le résultat obtenu.

Les préliminaires du bill se lisent comme suit. Les italiques sont de nous.

CONTRÔLE DES ASILES.

1. Les asiles d'aliénés subventionnés par la législature de Québec sont sous le contrôle et la surveillance du gouvernement de la province.

MÉDECINS DES ASILES—LEUR NOMINATION ET SALAIRE.

2. Pour chacun des asiles de la Longue-Pointe et de Beauport, il est nommé par le lieutenant-gouverneur en conseil :

1. un surintendant médical ;
2. un médecin interne et,
3. un assistant-médecin interne.

Le salaire du surintendant médical ne doit pas excéder le montant de dix-huit cents piastres par année.

Le salaire du médecin interne ne doit pas excéder le montant de dix-huit cents piastres par année.

Le salaire de l'assistant-médecin interne ne doit pas excéder le montant de douze cents piastres par année.

Ces salaires sont payés par la province.

DISCIPLINE INTÉRIEURE DES ASILES.

3. Des règles et règlements peuvent être faits par le lieutenant-gouverneur en conseil pour la discipline intérieure et le bon fonctionnement des asiles.

Le médecin interne est tenu de résider auprès de l'asile, et son assistant, dans l'asile même ou dans son voisinage immédiat.

Ils sont chargés de faire exécuter les règles et règlements faits pour la discipline intérieure et le bon fonctionnement de l'asile, l'assistant doit aider le médecin interne à exécuter les ordres qu'il donne, et le remplacer en cas d'absence ou de maladie.

Les propriétaires des asiles, leurs surintendants, employés et serviteurs, sont tenus de mettre à exécution les ordres du médecin interne et de son assistant.

Les propriétaires sont, en outre, tenus de loger l'assistant-médecin interne d'une manière convenable.

Le médecin interne ou son assistant peut, pour cause d'incompétence ou d'insubordination, demander aux propriétaires de l'asile la révocation des surveillants, infirmiers et gardiens.

En cas de dissentiment au sujet de cette révocation, c'est l'inspecteur des asiles qui décide.

BUREAU MÉDICAL.

4. Le surintendant médical, le médecin interne et son assistant forment un bureau appelé : " Bureau Médical de l'asile des aliénés de (nom de l'asile)."

Le quorum de ce bureau est de deux.

2. Les propriétaires de chacun de ces asiles sont tenus de fournir au bureau, une chambre suffisante et convenablement meublée dans leurs établissements et aussi rapprochée que possible de l'endroit où se trouve la pharmacie qu'ils sont aussi obligés de fournir.

POUVOIRS ET DEVOIRS DU BUREAU MÉDICAL RELATIVEMENT AU TRAITEMENT DES PATIENTS.

5. Conformément aux dispositions de la loi, le bureau médical surveille l'admission des patients à l'asile et leur renvoi temporaire ou définitif d'icelui.

Ce bureau a le contrôle du service médical, de la classification des patients et du traitement qui doit leur être donné.

Le médecin interne et son assistant doivent consacrer tout leur temps au service des patients, et prescrire le traitement médical ou moral approuvé par le bureau, qui lui paraît le plus propre à hâter ou assurer leur guérison.

RAPPORTS DU BUREAU MÉDICAL.

6. Le surintendant médical doit faire un rapport dès les premiers jours de chaque mois, au nom du bureau médical, au secrétaire de la province.

Ce rapport doit indiquer le nombre de patients admis pendant le mois précédent, leur état et leur condition, le nom de ceux qui se sont évadés ou qui sont décédés, l'état et la condition des patients en général, le nom de ceux qui ne peuvent être mis en liberté; et contenir, en outre, toutes les observations et suggestions utiles ou nécessaires touchant l'amélioration de la condition des patients et le bon fonctionnement de l'asile.

Un rapport général complet détaillé est aussi fait, chaque année, de la même manière, par le surintendant médical.

Ce rapport général doit indiquer le nombre des patients admis durant l'année, le nombre de ceux qui ont été renvoyés temporairement ou définitivement, la date des admissions et des renvois, le nombre et le nom des patients payants, le nombre de ceux qui ont été guéris ou dont la condition a été améliorée, ainsi que de ceux qui sont décédés à l'asile, ou qui s'en sont évadés; et contenir en général, toutes les améliorations adoptées ou suggérées soit dans le traitement, soit dans l'entretien des patients, ainsi que toutes les informations demandées par le lieutenant-gouverneur en conseil.

* * *

La citation est un peu longue, mais nos lecteurs nous la pardonneront sans doute en faveur de l'importance du sujet.

Comme on le voit, le gouvernement a compris l'importance de mettre la direction des asiles—en ce qui concerne le traitement des aliénés—entre les mains du corps médical, exclusivement. Ainsi les propriétaires d'asiles n'auront désormais plus rien à voir dans le traitement des malades, leur admission, classification, renvoi, etc. Leur rôle se borne tout simplement à exécuter les ordres du bureau médical. Ce bureau médical aurait pu, sans inconvénients, se composer d'un plus grand nombre de membres. C'est encore peu de trois médecins pour huit ou neuf cents malades, mais cela viendra plus tard, sans doute. Dans tous les cas, au lieu d'un médecin visiteur, instrument passif entre les mains des propriétaires, et d'un médecin interne nommé, contrôlé et payé par ces mêmes propriétaires, nous aurons un surintendant à rôle actif, un médecin interne et son assistant, dont *tout le temps* devra être consacré au soin de leurs malades, et dont les salaires seront payés par la province. Le *bill* ne dit pas que ces médecins devront être compétents, mais le bon sens le dit bien, lui, et il est à espérer que l'on saura profiter de l'occasion pour le reconnaître et agir en conséquence. Il y a ici d'importantes réformes à opérer.

Ce qui frappe tout d'abord dans ces préliminaires, c'est la somme d'autorité—nous dirions volontiers de suprématie—donnée aux médecins des asiles. Comparé à l'ancien état de choses, l'état actuel constitue un immense progrès. On pourra espérer, maintenant, que les médecins sauront se faire entendre. Ce ne sera pas un mal assurément.

Il nous fait plaisir de voir que l'admission des malades à l'asile, ainsi que leur renvoi, sera dorénavant confiée au seul bureau médical, et que le traitement des aliénés devra être institué d'une manière sérieuse,

personne autre que les médecins n'ayant droit de s'en mêler. Quelques-uns trouveront peut-être bien naïve cette expression de notre satisfaction. C'est que nous avons toujours naïvement cru que les médecins seuls étaient compétents à traiter les maladies, mentales ou autres. Il paraît que nous nous étions trompé.

Grâce au projet de loi actuel nous pourrions toujours nous flatter, du moins en ce qui concerne les aliénés, de les voir désormais sous les soins de personnes qui s'y entendent.

Mais—il y a un mais, et un gros mais encore ! Dans tout ce qui précède nous avons parlé de la condition future des aliénés comme d'une chose sûre et certaine, ne devant plus souffrir l'ombre d'une difficulté. Hélas ! le bill en question n'a pas encore subi sa seconde lecture, et l'on a, en certains endroits, fait contre son adoption une croisade si acharnée que le pauvre projet de loi aura grand'peine à s'en tirer, nous assure-t-on. Au nom du bon sens nous espérons encore que ces craintes sont exagérées et que si le gouvernement ne prend pas possession des asiles d'aliénés, comme cela serait désirable, il tiendra à honneur de ne pas violer à la fois les lois de l'humanité et de la raison au point de maintenir davantage un état de choses dont on a tant à se plaindre.

La Variole.

Montréal a, actuellement, une nouvelle visite de la variole. Cette visiteuse n'est pas commode, on le sait, et au surplus, elle se fait fort de le prouver. Depuis le jour où le premier cas a été constaté 40 autres cas ont été enregistrés dont plusieurs ont succombé, à l'heure où nous écrivons. Ça ne ressemble aucunement à une épidémie pour rire, comme on le voit.

D'où est venue la maladie ? Un employé des wagons Pullman, muni d'une attestation de M. le Dr Rodger, médecin de la compagnie du Grand Tronc, laquelle attestation disait que le porteur était atteint de la variole, fut dirigé d'abord vers le *Montreal General Hospital* où l'on refusa de l'admettre, puis à l'Hotel-Dieu où, après examen, il fut admis, la maladie dont il souffrait ne semblant pas, aux autorités médicales de cette dernière institution, devoir être grave. Au bout de quelques jours, la contagion s'était répandue dans l'hôpital et il fallut congédier la plupart des malades dont quelques-uns étant déjà en pleine période d'incubation, transportèrent la maladie en ville.

Les autorités civiles, sous la direction du comité d'hygiène, ont tout fait pour empêcher la propagation ultérieure de l'épidémie naissante. Cependant, jusqu'à aujourd'hui, il ne semble guère y avoir eu de baisse sensible dans la proportion quotidienne des cas observés. Le Bureau de Santé a là une belle occasion de déployer ses ressources et son activité. Nous comptons bien qu'il n'y manquera pas, et que l'on y aura assez de désintéressement pour oublier les petites querelles et rancunes personnelles pour s'occuper davantage du bien public.

Erratum.—Dans notre livraison d'avril dernier, page 148, ligne 37^e, au lieu "toutes les 2 ou 3 jours," on doit lire: "toutes les 2 ou 3 heures."

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—*Statistiques municipales pour l'année expirée le 31 décembre 1883.*
—Québec, 1885.

HUNTER.—*Ovariotomy*, by James B. Hunter, M.D., New-York.

HUNTER.—*Fifty cases of abdominal section; with remarks on Laparotomy*, by James B. Hunter, M. D., New-York.

LABUSQUIÈRE.—*Des ruptures utérines pendant le travail à terme : pathogénie et traitement*, par le Dr A. Labusquière.—Paris, G. Steinhil, éditeur, 1884.

VALUDE.—*Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires*, par le Dr Emile Valude.—Paris, G. Steinhil, éditeur, 1885.

RICHARDIÈRE.—*Etude sur les scléroses encéphaliques primitives de l'enfance*, par le Dr H. Richardière.—Paris, G. Steinhil, éditeur, 1885.

PINARD.—*Le Busiotribe Tarnier*, par le Dr Pinard, professeur agrégé à la Faculté de Paris.—Paris, G. Steinhil, éditeur, 1885.

JACOBI.—*Catalepsy in a child three years old*, by A. Jacobi, M.D.—Reprint from *The American Journal of the Medical Sciences*, April 1885.

EDWARDS.—*Modern Therapeutics of the Diseases of Children, with observations on the hygiene of Infancy*, by Joseph F. Edwards, M. D., D. G. Brinton, 115 South Seventh St., Philadelphia, 1885. Octavo de 350 pages.

Le titre de l'ouvrage est déjà une recommandation ; car, bien que presque tous les traités de pédiatrie s'occupent de thérapeutique infantile, les traités spéciaux sont comparativement très rares, et c'est probablement pour cela que le traitement des maladies des enfants est, en général, si peu en faveur parmi les praticiens, au moins les nôtres. Diagnostic plus difficile et thérapeutique différente, en voici assez pour expliquer le fait. L'ouvrage du Dr. Edwards est donc très-opportun. L'auteur n'a pas voulu faire un ouvrage original mais bien une compilation des traitements préconisés par les spécialistes les plus éminents de toutes les parties du monde, et en cela il semble avoir atteint son but très-heureusement. L'ouvrage est bien imprimé, bien cordonné et nous n'hésitons pas à le recommander comme un livre indispensable à tous ceux qui s'occupent de pédiatrie.

NOUVELLES MÉDICALES.

M. le Dr Jos. Houle, M.D. (Laval, 1885), vient de se fixer à Lachine.

M. le Dr. Jos. Desjardins a laissé Yamaska pour St. Jules, où il succède au Dr. J. M. Desroches.

M. le Dr David, ex-interne de l'Hôpital Notre-Dame, a ouvert un bureau au No. 86 rue St. Antoine, Montréal.

M. le Dr W. Prévost, retour de Paris, se fixe définitivement à Montréal.

M. le Dr. Herménégilde Jeannotte, ci-devant de St. Hilaire, vient se fixer à Montréal.

Nous apprenons à la fois le mariage et le départ pour l'Europe de M. le Dr. Flavien Dupont.

M. le Dr. Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, vient d'être nommé Commandeur de la Légion d'Honneur.

Par suite de la mise à la retraite de M. le Professeur Bouchard, la chaire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris est déclaré vacante. M. le Prof. Landouzy est chargé par *interim* du cours d'hygiène.

Les maladies qui actuellement font le plus de ravages à New York sont la rougeole, la scarlatine et la diphthérie. A Montréal la rougeole tend à disparaître et est remplacée par la variole. La diphthérie continue.

Le " traité d'obstétrique " du professeur Lusk vient d'être traduit en français par M. Doléris, chef de clinique de M. le professeur Pajot.

Le *Congrès Français de Chirurgie* a eu plein et entier succès. Les communications, discussions, etc., ont été des plus intéressantes. Dans une prochaine livraison nous donnerons à nos lecteurs un aperçu des travaux de ce congrès.

L'Association Médicale Américaine a tenu sa 36e séance annuelle à la Nouvelle Orléans, les 28, 29 et 30 avril et le 1er mai courant, sous la présidence du Dr. Henry F. Campbell, d'Augusta, Ga.

A l'observatoire de Yale College, dans le cours de l'année 1883-84 on a examiné 6,326 thermomètres de clinique.

Nécrologie.—A New-York, J. Lawrence LITTLE, M. D., professeur de chirurgie au *New-York Post-Graduate Medical School*.

NAISSANCES.

BASTIEN.—A Ste-Philomène, comté de Chateauguay, le 30 mars, la Dame du Dr J. V. Bastien, une fille.

FILIATRAULT.—A Montréal, le 27 avril, la Dame du Dr M. S. Filiatrault, une fille.

DECÈS.

DE VAUDREUIL.—A New-York, le 24 avril, M. le Dr Louis de Vaudreuil.

ARCHAMBAULT.—A l'Assomption, le 3 mai, Camille Archambault, Ecr. N. P. père du Dr Gaspard Archambault de Montréal.