

## Technical and Bibliographic Notes / Notes techniques et bibliographiques

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

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

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

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

Additional comments /  
Commentaires supplémentaires:

Pagination continue.

# SOMMAIRE.

TRAVAUX ORIGINAUX.—*Du traitement des abcès froids*, par O. F. MERCIER, M.D..... 169  
*De la thoracentèse*, par A. O. BISSONNETTE, M.D..... 172  
CORRESPONDANCE.—*Association de sec nrs mutuels* (Dr LIPPÉ)... 176  
REVUE DES JOURNAUX.—MÉDECINE.—*Diagnostic des pleurésies latentes et des pleurésies secondaires* (POTAIN)..... 177  
*Recherches cliniques sur l'alcoolisme chronique tendant à la démence* (BASSIN) — *Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques* (GRENIER)..... 182  
*Des modes de terminaison du délire alcoolique* (TERRIER) ; *Diagnostic de la chlorose*..... 183  
*Valeur séméiologique et traitement des palpitations*..... 186  
CHIRURGIE.—*Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse*... 189  
*Des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'humérus* (CASTEX)..... 191  
*Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques* (RASCH).... 192  
*Tuberculose du testicule et de son traitement par la castration* (GOMBAUD)..... 193  
*Epithélioma bénin de la face* (ROUGIER) — *Les inflammations syphilitiques des doigts et des orteils* (KOCH)..... 194  
*La tonsille linguale* (KERSTING)..... 196

( Voir la suite, page 5 ).

---

**BONNE CLIENTELE A CEDER**, avec maison et dépendances, pour \$2,200.00, dont \$800.00 au moins comptant. S'adresser à G. A. Lacerte, M.D., Notre-Dame de Stanbridge, P.Q.

---

ASSORTIMENT COMPLET  
— DE —

REMEDES BREVETES FRANCAIS

ainsi d'Eaux Minerales,

Vichy, Contrexevile, etc.

L'EAU SULPHUREUSE " BONNE "

connue pour son efficacité dans les affections Catarrhales, Herpétiques, Rhumatismales et Strumeuses de la gorge, du Luarynx et des Bronches ; aussi LA LIQUEUR CONCENTRÉE DE

Goudron de Norvege,

dont on connaît si bien les mérites.

---

**LAVIOLETTE & NELSON,**  
(Coin des rues Notre-Dame et Saint Gabriel)  
MONTREAL.

**Dr. J. LEDUC & CIE**

# Pharmaciens - Chimistes

2033 et 2035, RUE NOTRE-DAME,

*Au coin du Carré Chaboillez et de la rue des Inspecteurs,*

**MONTREAL.**

---

## DROGUES ET PRODUITS CHIMIQUES

PARFAITEMENT PURS.

---

Préparations Pharmaceutiques les plus récentes et Médicaments nouveaux.

---

**PRESCRIPTIONS REMPLIES AVEC SOIN.**

---

*Commandes par la Poste exécutées sous le plus bref délai.*

---

## ANTIPYRINE

---

BANDAGES HERNIAIRES (Assortiment complet.)

---

**FLEURS SECHES, PARFUMS, ARTICLES DE TOILETTE, ETC.**

---

**Dr J. LEDUC & Cie**

2033 & 2035, RUE NOTRE-DAME

*Coin du Carré Chaboillez et de la Rue des Inspecteurs*

**MONTREAL.**

## SOMMAIRE (Suite.)

<b>OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.</b> — <i>Version céphalique pour les présentations du siège</i> (SOUTHWICK).....	198
<i>Sources et méthodes de traitement de quelques hémorragies en obstétrique et en gynécologie</i> (LOMER).....	199
<i>Traitement de la pyosalpingite par la large dilatation de l'utérus</i> (GOTTSCHALK)— <i>De l'ablation des annexes chez les femmes nerveuses</i> .....	201
<i>Parallèle entre les différents traitements usités dans les maladies chroniques des annexes de l'utérus</i> .....	202
<b>PÆDIATRIE.</b> — <i>Des hémorragies intestinales chez les nouveau-nés</i> .....	205
<i>De l'adénite périphérique généralisée comme signe de tuberculose</i> (GRANCHER).....	208
<i>Emploi des antipyrétiques dans les affections infantiles</i> (DEMME).....	210
<b>MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE.</b> — <i>Le sel d'Epsom dans le traitement de la dysenterie aiguë</i> (LEAHY).....	212
<i>Perchlorure de fer dans le traitement du chancre mou</i> (RETZEL)— <i>Des indications de la saignée</i> (PYE-SMITH).....	213
<i>Du jambul dans le traitement du diabète</i> (DUJARDIN-BEAUMETZ)— <i>Menthol dans les maladies de l'oreille</i> (SZENES).....	214
<i>Du salol dans la blennorrhagie</i> (HIRTZ).....	215
<b>FORMULAIRE.</b> — <i>Collodion antigoutteux; Coqueluche; Hémieranie; Constipation; Vomissements des enfants</i> .....	216
<b>BULLETIN.</b> — <i>L'analyse de l'urine dans les examens d'assurance sur la vie.</i> .....	217
<i>L'Institut Pasteur, de New-York</i> .....	219
<b>BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE</b> .....	220
<b>CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES</b> .....	221
<b>VARIÉTÉS</b> .....	224

## UNIVERSITÉ LAVAL A MONTREAL.

### FACULTÉ DE MÉDECINE

J. P. ROTTOT, M.D., *Doyen. Professeur de Pathologie interne et de Clinique interne.*

A. LAMARCHE, M. D., *Professeur d'Anatomie descriptive.*

A. DAGENAIS, M.D., *Professeur de Tocologie et de Clinique de Tocologie.*

J. A. LARAMEE, M.D., *Professeur de Clinique interne.*

A. T. BROUSSEAU, M.D.; *Professeur de Pathologie externe et de Clinique externe.*

N. FAFARD, M.D., *Professeur de Toxicologie et chargé du cours de Chimie.*

J. E. BERTHELOT, M.D., *Professeur d'Anatomie pratique.*

SEVERIN LACHAPPELLE, M. D., *Professeur d'Hygiène et de Clinique des maladies des enfants et chargé du cours de Médecine légale.*

H. E. DESROSIERS, M.D., *Secrétaire, Professeur de Matière Médicale et Thérapeutique.*

SALUSTE DUVAL, M.D., *Professeur de Physiologie et chargé du Cours de Botanique.*

A. A. FOUCHER, M.D., *Professeur des Maladies des yeux et des oreilles et Clinique d'icelles.*

ARTHUR JOYAL, M.D., *agrégé.*

M. T. BRENNAN, M.D., *agrégé, Professeur d'histologie et de bactériologie.*

L. N. DELORME, M.D., *agrégé, au cours d'Anatomie pratique.*

Pour informations, s'adresser au Vice-Recteur, 45 Place Jacques-Cartier ou à

H. E. DESROSIERS, M.D., *Secrétaire.*

94 rue St-Denis, Montréal.

Laboratoire Pharmaceutique

DE

# DAUSSE AINÉ

DUBOË-DAUSSE ET BOULANGER

GENDRES ET SUCCESSIONS

4, Rue Aubriot, PARIS

FABRIQUE SPÉCIALE

(Fondée en 1834)

## D'EXTRAITS PHARMACEUTIQUES

ÉVAPORÉS dans le VIDE

*Extraits mous et secs — Extraits fluides pour Vins,  
pour Sirops simples ou composés, etc.*

PILULES — GRANULES — DRAGÉES

Faits au Pilulier et exactement dosés

ENVOI du PRIX-COURANT sur DEMANDE

Adresser les Commandes aux Commissionnaires de Paris

EXIGER LE CACHET ET L'ÉTIQUETTE

## VÉSICATOIRE ROSE DE A. BESLIER

Au CANTHARIDATE de SOUDE



Ce **VÉSICATOIRE** est infiniment plus propre et beaucoup plus actif que l'autre : il peut se conserver très longtemps sans altération, sous toutes les latitudes. Il est indolore et il ne produit aucune irritation sur la vessie (par conséquent jamais de *Cystite* à redouter).



Envoi d'échantillons, à titre gracieux, aux Médecins qui en feront la demande directement à la maison **A. BESLIER, 13, rue de Sévigné, PARIS.**

Dépôt à Québec : D<sup>r</sup> Ed. MORIN & C<sup>ie</sup>. A Montréal : LAVIOLETTE & NELSON  
ET DANS TOUTES LES PRINCIPALES PHARMACIES DU Canada.

## PLUS DE MALADES DE LA POITRINE

En faisant chaque jour une injection sous-cutanée du contenu d'une petite seringue **Pravas (modèle Le Brun)** pleine d'**Eucalyptine LE BRUN**, on guérit la *Phthisie*, les *Bronchites* et les *Catarrhes pulmonaires*.

L'**EUCALYPTINE LE BRUN** ne contient pas de Morphine

## MALADIES DU CŒUR

Les **Dragées Tonico-Cardiaques LE BRUN**, prises à la dose de 4 à 10 par jour, guérissent les *Maladies du Cœur*, les *Palpitations* et l'*Hydropisie* la plus avancée.

**LE BRUN**, Ph<sup>m</sup>-Chimiste, 50 et 52, Faubourg-Montmartre et 47, rue Lafayette, à PARIS

Dépôts : à Montréal : LAVIOLETTE & NELSON ; à Québec : D<sup>r</sup> Ed. MORIN & C<sup>ie</sup>, et dans toutes les principales Pharm<sup>ies</sup> du Canada.

# TRAVAUX ORIGINAUX

---

## Du traitement des abcès froids ;

par O. F. MERCIER, M.D. (de Montréal, Canada).

L'ancienne chirurgie, la chirurgie d'avant la méthode antiseptique, n'osait toucher aux abcès froids. Ceux surtout qui avaient les vertèbres pour origine inspiraient une véritable terreur, et on avait presque pour axiome la donnée suivante : " dans les caries vertébrales, tout faire pour éviter la formation d'abcès ; mais une fois l'abcès formé, tout mettre en œuvre pour en éviter l'ouverture." En effet, la décomposition putride s'emparait presque infailliblement de l'abcès froid ouvert, et l'infection purulente emportait bien souvent le malheureux tuberculeux atteint de cette complication. Aussi n'osait-on presque rien tenter ; tout au plus essayait-on, lorsque la peau trop tendue menaçait de s'ulcérer, d'enlever par une ponction capillaire le trop plein de la collection.

Après la découverte de la méthode de Lister, on prit une large revanche, et on éventra presque sans distinction la plupart des abcès froids. Malheureusement, que de collections purulentes tuberculeuses ouvertes de la sorte qui, loin de guérir, donnèrent lieu à des suppurations intarissables, à l'épuisement et à la mort du patient.

Le grattage ou l'extirpation de la poche avec la curette tranchante devint alors de pratique courante, et donna à vrai dire des résultats réellement satisfaisants, et de nombreux abcès froids, traités par le curettage et une antiseptie irréprochable, disparurent complètement pour ne laisser après eux qu'une simple cicatrice.

Il n'en est pas moins vrai, cependant, que cette opération peu dangereuse et qui donne de bons résultats offre le triple inconvénient. d'auto-inoculation possible, de récurrence très fréquente et de laisser après elle une cicatrice parfois assez étendue.

En effet, la curette ouvre les vaisseaux de la zone suspecte, les bacilles sont absorbés, et on a de nombreuses observations de méningite ou de pneumonie tuberculeuse suivant cette intervention. En deuxième lieu la récurrence est fréquente, car le plus habile opérateur peut laisser quelques petits ganglions, quelques anfractuosités infectées des bacilles de Koch, qui au bout d'un certain temps redonnent naissance au foyer caséeux.

Le troisième inconvénient n'est pas moindre, car l'on sait le

désagrément que cause une cicatrice, surtout chez une femme, au cou par exemple, siège si fréquent d'adénite tuberculeuse.

Aussi M. Verneuil, comprenant bien que ce traitement n'était pas le *nec plus ultra*, a imaginé en 1885 l'injection iodoformée, maintenant bien connue en France, grâce à une note lue par lui-même au premier congrès des chirurgiens français, et au mémoire qu'il a publié dans la *Revue de Chirurgie*. M. P. Reclus a immédiatement reconnu les grands avantages que l'on pouvait retirer de cette méthode avant toute thérapeutique, et ne fut pas le dernier à la faire connaître par différents écrits qu'il publia sur ce nouveau traitement de la tuberculose chirurgicale.

Ce traitement est en usage courant dans les services respectifs de ces deux éminents chirurgiens, et à plusieurs reprises je l'ai vu employé dans ces deux hôpitaux : Hôtel-Dieu et hôpital Broussais, et j'ai pu constater les merveilleux résultats qu'il peut donner. Aussi ai-je été bien surpris lorsque, entendant parler de cette méthode pour la première fois, j'ai vu au service de M. Verneuil une petite fillette de huit ans qu'il nous montrait lui-même, qui un an auparavant était prise d'une arthrite tuberculeuse du genou des plus franches, et qui alors, après avoir subi deux fois l'injection d'éther iodoformé, et pris à l'intérieur par voie stomacale pendant tout ce laps de temps 5 centigrammes d'iodoforme par jour, était pleine de santé, avait engraisnée de sept ou huit kilos, et son genou complètement guéri lui permettait de trotter comme un lapin. J'ai vu par la suite, surtout au service de mon cher maître M. Reclus, plusieurs cas aussi intéressants, non seulement des arthrites mais même des abcès ossifluents de la colonne vertébrale, qui, sous cet admirable traitement, avaient donné lieu à un succès aussi beau.

Cette méthode a de plus à son actif la simplicité de son manuel opératoire. On se sert de l'aspirateur Dieulafoy, dont la plus grosse aiguille est plongée dans le point le plus saillant de la tumeur. Parfois cependant, en vidant ainsi la poche de son contenu puriforme, de gros flocons peuvent obstruer la canule. Il faudra bien se garder alors d'exercer une pression pour forcer l'obstacle, car les parois de l'abcès sont vasculaires, des canaux sanguins se rompant formeraient des caillots qui gêneraient les ponctions ultérieures. Il faut donc se contenter, et M. Verneuil insiste beaucoup sur ce point, de ponctionner simplement, sans manipulations. On doit plutôt dans ces cas d'obstruction débarrasser la canule en y passant un mandrin.

La collection évacuée, on pratique l'injection. Lorsque la cavité est grande, (mal de Pott), on doit se servir d'une solution au vingtième, soit 5 grammes d'iodoforme pour 100 grammes d'éther, qui est le contenu exact de l'aspirateur Dieulafoy. L'éther, par son énorme pouvoir de diffusion, offre l'immense avantage de se répandre dans les plus petits diverticules, dans les moindres

anfractuosités de l'abcès, entraînant avec lui l'iodoforme dont il tapisse d'une mince couche la paroi toute entière de la poche tuberculeuse.

Ici cependant cette opération offre un inconvénient auquel cependant il est facile de remédier. L'éthor se vaporise à la température du corps humain. Aussi la poche se distend et les téguments soulevés semblent sur le point d'éclater.

La première fois qu'on a recours à cette méthode, on est effrayé du brusque développement de la cavité, et de plus cette énorme tension par la compression qu'elle exerce fatalement sur les tissus environnants produit parfois de la douleur extrême, si surtout on opère au voisinage de quelque grosse branche nerveuse. On a même pu croire dans certains cas à une gangrène gazeuse à marche foudroyante. ~~Cependant si le derme est sain~~, au bout de quelques heures les souffrances et la tension diminuent, et la peau reprend peu à peu sa souplesse et sa vitalité primitives.

On a cependant observé quelques cas de sphacèle alors que la peau était plus ou moins altérée. Ces faits sont rares, mais encore faut-il les connaître ainsi que la possibilité de cet accident, car lorsque les téguments seront enflammés, amincis, violets, on devra laisser la canule en place pendant quelque temps après l'injection, en en bouchant l'entrée avec le doigt, sous forme de soupape que l'on enlève de temps à autre quand la tension est trop grande.

On doit aussi recourir à ce petit artifice quand on craint une trop grande douleur, et on laisse échapper ainsi le surplus des vapeurs éthérées, ne laissant aux tissus que la pression qu'ils peuvent supporter.

Soit qu'on enlève la canule de suite après l'injection ou qu'on la laisse quelque temps, on doit immédiatement après son extraction, boucher son ouverture d'entrée avec de la baudruche et du collodion.

L'abcès est-il recouvert de tissus altérés, le manuel opératoire doit être un peu différent. On n'ira pas alors enfoncer le trocart dans la partie la plus élevée de la tumeur, car c'est là l'endroit le moins résistant, et à cause de son peu d'épaisseur et d'élasticité, en retirant la canule on ne pourrait que très difficilement empêcher les vapeurs éthérées de sortir par ce trajet court et à parois peu élastiques, lequel n'ayant pas tendance à s'oblitérer laisserait plus tard échapper par son orifice les matières purulentes, donnant lieu ainsi à une malencontreuse fistule. On doit alors passer au côté, en tissu sain, et arriver par un chemin indirect à travers la paroi de la collection.

Dans les larges abcès, on se servira du mélange à 5 pour cent dont on injectera de 60 à 120 grammes. Mais dans les petits foyers, on injectera une solution plus concentrée, soit 10 pour cent, car alors on ne pourra pas injecter la même quantité d'éther iodoformé. De plus, pour ces petits abcès, le manuel opératoire doit subir certaines modifications, lorsque la poche est très petite et

surtout si la peau est altérée. Une grosse aiguille est nécessaire car le pus est souvent granuleux; mais comment oblitérer ensuite l'orifice d'entrée du trocart, entr'ouvert par la distension de la peau sous les vapeurs d'éther? On conseille de plonger d'abord dans la tumeur une aiguille de Pravaz à laisser en place; on évacue le pus avec l'aiguille Dieulafoy que l'on retire bientôt et dont on ferme facilement l'entrée puisque la poche est alors affaissée. On peut alors injecter l'éther par la seringue de Pravaz; l'orifice qu'a créé son aiguille est si petit qu'on l'obture sans peine, même après la distension des téguments.

J'insiste beaucoup sur ces petits détails de technique, car, on le sait, une opération, parfois des mieux conduites, ne doit son insuccès qu'à une légère faute opératoire.

Ces injections sont sans danger quant à l'intoxication, car l'éther est inoffensif, et jamais on n'a noté de phénomènes d'empoisonnement ou de narcotisme; quant à l'iodoforme, les 3 à 6 grammes injectés ne sauraient produire d'accidents, chose que l'on n'a observé qu'avec des doses de 10, 15, 20 grammes, encore les cas en sont-ils fort rares.

Le traitement par ces injections d'éther iodoformé est long. Souvent on est obligé de les renouveler deux, trois et même quatre fois avant d'obtenir une complète guérison; l'ouverture large, le curettage, l'évidement ou l'extirpation semblent plus expéditifs, mais les guérisons ne se maintiennent pas toujours, les récurrences sont fréquentes, tandis qu'elles sont plus rares avec cette nouvelle méthode. De plus, cette intervention est si simple que les opérés continuent à se livrer à leurs occupations habituelles.

Ce n'est pas tout, l'iodoforme déposé ainsi à l'intérieur des tissus se résorbe lentement. On a retrouvé l'iodoforme dans certains abcès froids, plus d'un mois après qu'on l'y avait injecté, et cette absorption lente modifie souvent l'état général. On a plusieurs observations de phthisiques dont l'état général a paru singulièrement bénéficier de cette nouvelle méthode de traitement des abcès froids.

Paris, 17 février 1891.

---

## De la thoracentèse.

PAR A. O. BISSONNETTE, M.D., (de Montréal, Canada).

La thoracentèse a été pratiquée dès les temps les plus anciens. On sait qu'Hippocrate ponctionnait déjà la poitrine avec un fer rouge. Plus tard, on employa le bistouri, puis le trocart, et peu à

peu l'opération devint plus en usage, surtout après que Laënnec eut découvert l'auscultation.

Mais pendant tout ce long espace de temps, la ponction n'était pratiquée que contre les accidents immédiats de la pleurésie. C'est à Trousseau que revient la gloire d'avoir démontré que l'évacuation d'une partie du liquide au dehors hâte le plus souvent la résorption totale de l'épanchement, et peut, en même temps, prévenir les complications dangereuses que souvent la pleurésie occasionne sur le poumon et le cœur. Trousseau se servait de la canule de Reybard, et cette méthode fut seule en usage jusqu'en 1869. L'ancienne canule et la baudruche mouillée qu'on y appliquait pour empêcher l'air de pénétrer dans la cavité pleurale furent définitivement supplantées par l'appareil aspirateur qu'inventa, en 1870, M. Dieulafoy. Maintenant, comme dit M. Potain, la thoracentèse n'est plus cette grave opération que tous les praticiens redoutaient, c'est une simple piqûre d'aiguille. L'ouverture qu'on pratique pour aspirer une quantité parfois très considérable de liquide est si minime, qu'une fois l'aiguille retirée, il est assez difficile de retrouver la trace de son passage à travers la peau.

M. Potain a inventé un appareil d'après le même système que celui de M. Dieulafoy, mais dont le mécanisme est beaucoup moins compliqué. Je crois qu'à Paris l'on se sert plus volontiers de ce dernier appareil, que j'ai vu employé tant à l'Hôtel-Dieu par Germain Sée, qu'à l'hôpital Cochin par Dujardin-Beaumetz, tant par Peter à l'hôpital Necker, que par M. Potain lui-même à la Charité.

Maintenant que nous avons parlé de l'histoire de la thoracentèse, voyons quand il faut l'employer.

Après l'introduction des aspirateurs, les praticiens, pris d'engouement, pratiquaient la ponction aussitôt que l'auscultation et la percussion avaient fait reconnaître la présence du liquide dans la plèvre. Aujourd'hui, on en est bien revenu de cet enthousiasme, et on ne pratique la ponction aspiratrice que quand l'épanchement est assez considérable pour gêner la respiration et déplacer le cœur (alors on intervient de suite à toutes les périodes de la maladie) et quand l'épanchement n'est pas bien considérable, mais persiste malgré tous les médicaments employés (alors on patiente jusqu'à ce que les symptômes fébriles aient disparu).

Mais laissons plutôt parler le célèbre clinicien de la Charité. Voici ce qu'il nous conseillait dans une récente clinique.

Les indications de pratiquer immédiatement la thoracentèse sont : la suffocation, l'asphyxie et un épanchement considérable distendant la cavité thoracique. Lorsque les phénomènes sont moins menaçants, lorsque vous ne voyez aucun danger immédiat, lorsque aucun symptôme ne paraît aller croissant, affectant une marche rapide, opérez, moins précipitamment, mais opérez toujours, quelle que soit la quantité de l'épanchement s'il date déjà de

quelque temps (15 à 20 jours). Enfin, si aucun traitement n'a été fait lorsque vous êtes appelé pour la première fois, ayez recours, avant toute opération, aux moyens antiphlogistiques, aux purgatifs et aux diurétiques, et si vous n'obtenez aucun résultat, pratiquez la thoracentèse. Quant à la nature du liquide, dès que vous aurez une certitude ou une présomption suffisante de la présence du pus dans la cavité pleurale, ponctionnez. (Potain, jan. 91.)

Quand on a bien constaté que la cavité pleurale renferme une quantité considérable de liquide, il faut opérer le plus tôt possible car la vie du malade est menacée. A ce propos, M. Potain nous raconte qu'un jour Lasègue fut appelé auprès d'un de ses confrères qui venait d'être pris d'une indisposition subite avec perte de connaissance, et, qu'on disait dans un état très grave. Lasègue ne put aller voir son malade que deux heures plus tard. Il le trouva à table, en train de prendre un dîner copieux. Néanmoins, comme il se plaignait d'avoir des douleurs dans le dos, Lasègue prit rendez-vous avec lui pour le lendemain. Le matin il arrive, trouve son malade au lit, il le fait mettre sur son séant pour l'aussculter, mais le patient se tient mal, il veut le faire se redresser il lui parle, pas de réponse, il le regarde, il était mort. Il avait succombé à un épanchement qui occupait tout le côté gauche de la poitrine. Voilà, ajoute M. Potain, le danger auquel de pareilles collections pleurétiques laissées à l'état latent peuvent donner lieu.

Plusieurs auteurs conseillent de faire garder au malade la position horizontale pendant l'opération. M. Potain, M. Dieulafoy ainsi que MM. Dujardin-Beaumez et Peter préfèrent faire asseoir le malade dans son lit. M. Dieulafoy pratique la thoracentèse dans le 8e espace intercostal, mais la plupart des praticiens, entre autres MM. Jaccoud et Potain, suivant la méthode de Trousseau, enfoncent le trocart dans le 6e espace intercostal si la pleurésie siège au côté gauche, et dans le 7e s'il s'agit d'une pleurésie droite, et toujours sur la ligne de l'aisselle.

On marque avec le crayon dermo-graphique le point de la paroi où le trocart doit aller s'implanter. Pour éviter de buter avec l'instrument sur le corps de la côte sous-jacente, on tend la peau avec l'index et l'annulaire. Alors, se servant comme conducteur de l'ongle du médius placé dans l'espace intercostal un peu en arrière des autres doigts, on pique la peau et l'on enfonce le trocart, rapidement mais sans violence, jusqu'à ce que l'on ne rencontre plus de résistance, à une profondeur de deux à trois centimètres. C'est alors que, tout en maintenant le trocart en place on tourne le robinet qui fait communiquer l'instrument avec le bocal aspirateur, et il ne reste plus qu'à retirer le trocart de la canule pour que le liquide s'écoule. Dès les premières gouttes, on peut, par le petit tube de verre, reconnaître la nature de l'épanchement.

Une décompression trop forte peut occasionner plusieurs acci-

dents, tels que la toux, l'expectoration albumineuse, le pneumothorax, etc. Aussi, dans le but de reconnaître le moment où l'on devra interrompre l'aspiration, M. Potain a adapté à son appareil un manomètre de son invention, de sorte qu'on peut maintenant se rendre compte de la tension intra-pleurale, et dès que celle-ci est devenue inférieure à la pression atmosphérique, il faut suspendre l'opération.

M. Dieulafoy conseille de ne retirer à la fois que 1000 à 1200 grammes de liquide, surtout si la pleurésie est ancienne. Quand l'épanchement est récent, on peut sans danger retirer une quantité plus considérable de liquide. Mais il est indispensable de vider la plèvre lentement. On arrête de temps en temps l'écoulement de manière à favoriser le dépièssement graduel du poumon et l'habituer peu à peu aux fonctions qu'il ne remplissait plus. Ces moments de repos permettent au praticien de suivre par l'auscultation et la percussion la marche de la respiration, c'est-à-dire l'état du poumon. Lorsqu'on approche de la fin de l'opération, on modère la force de l'aspiration et on rend l'écoulement de plus en plus lent. On évite ainsi la congestion du poumon et ses conséquences. Ces précautions doivent être d'autant plus suivies qu'il existe de la congestion pulmonaire concomitante. Si le malade est pris de quintes de toux, ou s'il se plaint de constriction thoracique, il faut cesser définitivement.

Quand la thoracentèse a été jugée nécessaire chez un individu atteint, soit de cachexie, de phlébite, de péricardite ou d'endocardite, etc., c'est-à-dire chez un sujet prédisposé à la syncope ou à l'embolie, on fait prendre au patient la position horizontale, on lui administre un cordial, puis on fait la ponction et on aspire le liquide très lentement et en plusieurs temps. On pourra ainsi éviter cette mort subite et rapide qui survenait si souvent quand on se servait encore de la canule de Reybard.

Lorsqu'on a retiré de la plèvre la quantité de liquide voulue, on retire le trocart d'un seul coup, en bouchant avec le doigt la petite ouverture qu'on vient de faire et il ne reste plus qu'à l'obstruer avec un petit morceau de baudruche retenu en place par une couche de collodion.

Avant de se servir de l'instrument, il est absolument nécessaire de l'avoir parfaitement aseptisé avec un liquide antiseptique quelconque. On flambe à l'alcool le trocart, et on lave avec soin la partie de la poitrine où l'on doit faire la ponction.

Pour finir ces quelques notes, je dirai que la thoracentèse telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui ne présente pas les dangers dont on l'a accusée, qu'elle est supérieure au traitement ordinaire de la pleurésie, enfin que c'est une excellente opération qui devrait être pratiquée beaucoup plus souvent qu'on ne le fait.

Paris, 10 mars 1891.

## CORRESPONDANCE.

## Association de secours mutuels.

*Monsieur le Rédacteur,*

Un avis de motion a été donné à la dernière assemblée des Gouverneurs, dans le but de discuter l'apropos de former une association de secours mutuels entre tous les médecins de la Province de Québec.

Ce projet, émis et encouragé par nos journaux de médecine, rencontre, je n'en doute pas, l'approbation de tous les membres de la profession. Tous, riches comme pauvres, surtout les pauvres, désirent en effet faire partie d'une telle association. Car il ne faut pas se le dissimuler, la profession est aujourd'hui si encombrée, nos services professionnels sont si mal rémunérés, que la plupart d'entre nous, à leur mort, laissent à peine de quoi se faire enterrer, et leur famille se trouve, pour ainsi dire, réduite à la mendicité. Cet état de choses est contraire à nos devoirs, à notre dignité.

Tel médecin aura travaillé pour l'avancement de la science, pour soulager les mille et une infirmités de l'humanité ; il se sera voué corps et âme à un travail ardu, ne se donnant ni trêve ni repos, et à sa mort, lui qui aura employé toute sa vie pour procurer le bonheur des autres, il aura la douleur d'emporter dans le tombeau la certitude qu'il laisse une femme, des enfants, sans abri, sans pain, en butte aux railleries, aux sarcasmes d'un entourage ingrat, exposés, faute de ressources suffisantes, à tomber dans le vice, à déshonorer un nom que, au prix de tant de sacrifices, il se sera efforcé de faire respecter. N'est-ce pas là le comble de la désolation ?

N'y a-t-il pas possibilité de remédier à cela ? Certainement, si l'on veut s'entendre, je suis persuadé que tous le désirent ; il ne s'agit que de trouver la manière de s'organiser. Ce doit être facile ; dans d'autres pays on a réussi, on peut réussir de même ici. Que chacun de nous cherche le meilleur moyen, qu'il l'émette dans nos journaux de médecine, qu'il fasse connaître son idée au gouverneur de son choix, et avant longtemps les médecins de notre province pourront se glorifier d'avoir le meilleur système d'assurance qui fût jamais.

En avant donc, il s'agit de notre dignité comme corps, il s'agit du bonheur de ceux qui nous sont les plus chers, du bonheur de nos familles.

Merci, M. le Rédacteur,

DR. J. LIPPÉ.

St-Ambroise de Kildare, 17 mars 1891.

## REVUE DES JOURNAUX

## MÉDECINE

**Diagnostic des pleurésies latentes et des pleurésies secondaires.**—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital de la Charité.—La mauvaise saison a ramené dans nos salles un certain nombre de pleurésies dont quelques-unes présentent une apparence clinique spéciale, très intéressante au point du diagnostic qui, dans ces cas, n'est pas sans présenter de réelles difficultés. Il ne faut pas oublier, en effet, que, le plus habituellement, la pleurésie est une maladie dont le diagnostic est absolument facile, par suite de la multiplicité des signes dont elle s'accompagne. Dans certains cas, au contraire, les difficultés deviennent considérables, au point que les plus habiles s'y laissent prendre et passent à côté d'une pleurésie sans la reconnaître. C'est sur les cas de ce genre que je désire appeler votre attention.

Voici d'abord, au n° 14 de la salle Bouillaud, un jeune homme dont la mère est morte d'une fluxion de poitrine, dont le père est bien portant et qui a perdu un de ses frères de phtisie pulmonaire. Il y a trois ans, ce malade eut une bronchite avec une petite hémoptysie. Après deux semaines de repos, il put reprendre son travail, mais depuis ce temps il tousse tous les hivers. Au mois de mai dernier, il fut pris d'un point de côté assez léger, qui s'accompagna de gêne respiratoire et d'une fièvre d'assez courte durée; il garda le lit pendant une quinzaine de jours. Tandis qu'auparavant il avait l'habitude de dormir sur le côté droit, depuis sa dernière indisposition, remarquez ce détail, le decubitus latéral gauche est le seul possible. Considéré comme tuberculeux, le malade alla à Estissac, où l'on traite la tuberculose par un remède spécifique. Au bout de peu de temps, on le renvoya guéri, ce qui ne l'empêcha pas, de retour à Paris, de venir nous consulter.

Il nous fut facile de constater l'existence d'une matité complète de presque tout le côté gauche, s'étendant en avant jusqu'à la clavicule, en arrière, jusqu'à deux centimètres au-dessous de l'angle de l'omoplate. Le cœur était très refoulé, sans que l'on put trouver d'hypertrophie cardiaque; sa pointe battait à mi-chemin entre le mamelon et le bord droit du sternum; le diaphragme était

abaissé. Il était facile de constater en outre l'abolition des vibrations thoraciques, l'existence d'un très léger souffle et d'un peu d'œgophonie à la partie supérieure, la suppression des mouvements respiratoires du côté gauche, et enfin l'agrandissement du périmètre thoracique du même côté. Il n'y avait donc pas de doute; le malade était atteint d'un épanchement pleural et même d'un grand épanchement.

Cependant, il était aussi atteint d'autre chose. Au sommet gauche on trouvait de la submatité en arrière, dans la fosse sus-épineuse, avec une respiration soufflante presque amphorique, des craquements humides et de la bronchophonie. A droite la sonorité était diminuée et il avait quelques craquements moins nombreux que du côté opposé. Il s'agissait donc d'un épanchement chez un plitistique au début du second degré.

Ce cas nous offre à résoudre un certain nombre de questions intéressantes.

Il faut d'abord savoir l'âge de l'épanchement; puis, en admettant qu'il est ancien, nous assurer s'il est en progrès, ou au contraire, s'il diminue.

L'histoire du malade ne nous donne pour arriver à fixer l'époque du début de l'épanchement, que des renseignements assez incomplets, car chez lui la maladie a été assez silencieuse pour que l'on puisse lui appliquer l'épithète de latente. Cependant, si vous vous rappelez qu'il a eu un point de côté avec un peu de fièvre et de gêne de la respiration, et que son decubitus modifié est devenu gauche depuis cette époque, vous pouvez, sans craindre de vous tromper, faire remonter au mois de mai le début de la pleurésie.

Maintenant l'épanchement se résorbe-t-il ou est-il en progrès, ou, enfin est-il stationnaire? La maladie a débuté depuis assez de temps pour que l'on puisse admettre qu'elle a dépassé sa période de progrès, et on devrait plutôt penser d'après l'examen du malade que le liquide commence à se résorber. En effet, quand un épanchement, qui s'est élevé jusqu'au sommet de la poitrine, commence à s'abaisser, il laisse derrière lui une zone présentant une diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire et dans laquelle les vibrations thoraciques sont perceptibles; brusquement, au niveau de la limite supérieure du liquide, on retrouve la matité absolue; en ce point, les vibrations et le murmure disparaissent. Tout cela existe chez notre malade, et de pareils signes suffiraient à affirmer un commencement de résorption s'il s'agissait d'une pleurésie simple. Malheureusement, chez lui, on doit penser à autre chose qu'une pleurésie simple, et dès lors ces phénomènes sont susceptibles d'une explication; il y a, en effet, dans les sommets, autre chose que la congestion que l'on constaterait si la maladie était simple; il y a des signes de tuberculose pulmonaire. Les adhérences qu'ont provoquées les lésions tuber-

culcuses ont immobilisé le poumon, l'ont maintenu contre la paroi thoracique, et ont ainsi empêché le liquide d'envahir les parties supérieures de la poitrine. C'est même pour cela que, bien que le niveau supérieur de l'épanchement ne soit pas très élevé, il y a cependant refoulement du médiastin, abaissement du diaphragme, etc.

Ce qui est particulièrement remarquable dans le cas que je viens de vous exposer, c'est que la maladie a pu exister pendant plusieurs mois sans être constatée.

Les pleurésies peuvent être latentes dans les circonstances diverses, soit qu'il s'agisse d'une erreur de diagnostic, la pleurésie étant secondaire, ou prise pour une autre maladie ; soit que le malade ne vienne pas se faire examiner, par suite de l'absence des signes subjectifs. Dans ce cas, la maladie, loin d'être plus bénigne, peut entraîner, par cela même qu'elle est méconnue, les conséquences les plus graves.

Laissez-moi vous rapporter, à ce propos, un fait que racontait souvent Lasègue. Il fut un jour appelé en toute hâte auprès d'un confrère, de passage à Paris, qui habitait un hôtel voisin et qui, disait-on, venait de tomber sans connaissance. Lorsqu'il arriva, le malade déjeunait et il s'empressa de s'excuser auprès de Lasègue, attribuant son accident à une faiblesse sans importance. Il raconta cependant qu'il avait une douleur dans le côté, dont du reste il ne se préoccupait pas, et qu'il avait combattue d'une façon banale.

Lasègue lui fit alors remarquer qu'une syncope n'était pas un accident sans importance, et que la nécessité d'un examen complet s'imposait. Il revint examiner le malade dans son lit le lendemain et ce dernier, au moment même où il le fait asseoir pour l'ausculter, retomba sur lui, mort. Il avait un épanchement pleural remplissant tout un côté de la poitrine. L'épanchement latent peut donc, comme vous le voyez, entraîner la mort subite.

Un médecin peut passer à côté d'une pleurésie quand les signes fonctionnels manquent, cela s'explique d'autant mieux que l'absence de ces signes peut-être complète, bien que cela se voit assez rarement. Plus souvent il y a des modifications dans l'intensité des symptômes qui sont très atténués, ou bien se présentent sous des apparences anormales.

C'est ainsi que lorsque le point de côté se trouve dans l'aisselle ou au niveau du sternum, on néglige de chercher du côté de la plèvre. La douleur peut manquer assez fréquemment dans les pleurésies secondaires et dans d'autres cas, après s'être montrée peu accentuée, elle disparaît rapidement.

Une jeune fille couchée au n° 18, de notre salle de femmes, a eu son point de côté au dessus de la clavicule, et bien qu'actuellement il se soit un peu étendu et arrive jusqu'au dessous de l'os, le siège de la douleur ne pouvait guère nous pousser à rechercher

une pleurésie. Nous avons été conduits à examiner la malade en détail, parce qu'elle se plaignait d'une faiblesse intense, d'une grande fatigue et que son aspect général rappelait celui de la fièvre typhoïde au début ; nous avons trouvé un épanchement pleural dont les symptômes généraux, comme nous le verrons tout à l'heure, relovaient d'une autre cause, car il s'agissait d'une pleurésie secondaire.

La toux sèche des pleurétiques ne dépend pas directement de la plèvre, car l'irritation expérimentale de cette dernière ne lui donne pas naissance ; elle indique simplement la congestion pulmonaire et bronchique et peut manquer comme elle.

La dyspnée relève en partie de la douleur : aussi peut-elle manquer ou être peu accusée de même que cette dernière. Elle est aussi sous la dépendance de l'épanchement, bien qu'elle puisse faire défaut dans les cas où la plèvre est entièrement remplie de liquide. Un jour, M. Bucquoy fut appelé en consultation auprès d'un malade qui ne voulait pas accepter les avertissements de son médecin ordinaire, et qu'il trouva debout dans son salon parlant avec une animation et d'une voix forte à un certain nombre de personnes. Cet homme avait cependant un épanchement considérable, puisque la thoracentèse pratiquée immédiatement permit d'extraire cinq litres de liquide (en ce temps là on vidait complètement la cavité pleurale). A la suite de l'opération, le malade eut une congestion pulmonaire intense et une pneumonie du côté opposé.

Il y a des cas où le médecin ne reconnaît pas la pleurésie et quelquefois c'est par ignorance : mais, le plus souvent il s'agit d'une négligence, d'un défaut d'attention, qui tiennent à ce que l'on ne pratique pas un examen complet d'un malade récalcitrant ou que l'on a peur de fatiguer. Le médecin peut être considéré comme coupable lorsqu'il se contente de faire ce diagnostic à première vue, qui autrefois était si en honneur. Retenez bien ceci : il faut toujours examiner complètement votre malade, même quand la nature de son affection vous paraît absolument évidente.

J'ai soigné un homme venant du Caire, qui avait été envoyé par son médecin en Allemagne comme étant atteint d'une des maladies du foie si communes dans les pays chauds : il alla consulter une sommité médicale qui, au premier coup d'œil et sans pousser son examen plus loin, lui annonça qu'il était atteint d'une affection hépatique et l'envoya à Carlsbad. Le médecin de Carlsbad fit naturellement le même diagnostic, et bien que le malade se plaignit d'une vive douleur dans le côté, il attribua cette douleur à la maladie du foie et ordonna les verres d'eau traditionnels. La situation ne s'améliorant pas, le patient se décida un beau jour à venir à Paris, et, en l'examinant, je trouvai un épanchement pleural qui remplissait tout un côté de la poitrine.

et qui, malheureusement, était déjà devenu purulent. Malgré l'opération de l'empyème et des soins judicieux, le malade succomba. Que ceci reste dans votre souvenir, afin de vous prouver la nécessité de ne pas faire diagnostic en l'air. Jamais vous ne devez, lorsqu'un de vos clients ou un de vos amis, se plaint à vous en passant d'une douleur vague dans la poitrine, donner par complaisance un conseil banal; ce conseil, en effet peut faire le plus grand mal au malade, si à la suite il néglige de se soigner et ne s'inquiète pas d'une aggravation même légère dans son état.

Un certain nombre de maladies peuvent être confondues avec la pleurésie, surtout lorsque les signes habituels de cette dernière sont mal dessinés. En tête se place la congestion pulmonaire qui a reçu le nom de spléno-pneumonie.

D'autres fois, la pleurésie ne se manifeste que par des signes généraux de nature à égarer complètement, si on ne fait pas un examen complet. Lorsque j'étais chef de clinique de Bouillaud, il entra un jour dans le service, pendant l'absence de mon maître une jeune fille chlorotique, qui avait des accès de fièvre revêtant très nettement le type tierce; je lui administrai du sulfate de quinine et la fièvre cessa. Aussi, au retour de Bouillaud, je lui présentai la malade comme atteinte de fièvre intermittente, en lui disant qu'il ne restait plus qu'un peu de douleur au niveau de la rate tuméfiée. Mis en éveil par cette douleur de la rate, il fit un examen complet, et trouva un épanchement pleural gauche, qui m'avait échappé. Cette forme de pleurésie, qui s'accompagne d'une sorte de fièvre intermittente, est du reste maintenant bien connue.

La pleurésie est très souvent secondaire, et en général toute pleurésie secondaire doit être regardée comme étant d'un diagnostic difficile. Très fréquemment la pleurésie accompagne la congestion pulmonaire, la péricardite ou la péritonite, ou complique des kystes hydatiques du poumon ou du foie. Elle peut se produire dans le cours de toutes les maladies infectieuses; cependant sa fréquence est variable, suivant la maladie; elle est très commune, par exemple, dans la fièvre puerpérale, tandis qu'elle est fort rare dans la fièvre typhoïde.

Des pharyngites, des amygdalites, certaines éruptions furonculieuses générales s'accompagnent parfois de pleurésie. Elle est fréquente dans la période terminale des maladies du cœur et passe souvent alors inaperçue parce que l'on néglige d'examiner le thorax, afin de ne pas fatiguer les malades; cependant lorsque l'épanchement de ces pleurésies de l'asthénie devient abondant, elles peuvent accélérer la terminaison fatale.

Citons encore parmi les causes de l'épanchement pleural les affections génito-urinaires et surtout celles des annexes de l'utérus. Tantôt il s'agit de la propagation d'une inflammation

péritonéale, tantôt d'une véritable action réflexe. La jeune fille dont je vous ai déjà parlé qui, en même temps que sa pleurésie, présente un état général rappelant celui des maladies infectieuses, a, au début de son affection, rendu un caillot volumineux en même temps qu'elle avait de vives douleurs abdominales. Elle est malade depuis ce temps, et lorsqu'on exerce une pression un peu violente sur la région ovarienne, on provoque une douleur assez vive.

Enfin, parmi les pleurésies secondaires les plus fréquentes se range la pleurésie tuberculeuse, qui est si commune, que l'on a dit que la grande majorité des pleurésies étaient tuberculeuses. Cette opinion, qui a surtout été soutenue par Kelsh, Landouzy et Vaillard, est pour moi exagérée. Il y a des pleurésies à *frigore* et la majorité des pleurésies n'est pas causée par la tuberculose. Cependant, comme cette dernière se cache très souvent derrière l'épanchement, il importe de la rechercher avec le plus grand soin.

De même, chez un tuberculeux avéré, il importe de surveiller attentivement la plèvre, car, en dehors de ces pleurésies sèches, partielles ou généralisées, qui sont pour ainsi dire la règle dans la tuberculose, il peut apparaître un épanchement pleural, soit généralisé soit interlobaire, qui jouera un grand rôle dans l'évolution de la maladie.—*Bulletin médical.*

**Recherches cliniques sur l'alcoolisme chronique tendant à la démence,** par le Dr Gabriel BASSIN.—1o L'alcoolisme chronique peut à lui seul conduire à un état de démence.

2o Cette démence ne se produit qu'après des abus répétés.

3o Son évolution est accélérée par la coexistence de toute autre intoxication ou de toute affection ayant une influence nuisible sur le système nerveux central, ou par une prédisposition héréditaire.

4o Elle se produit plus sûrement avec des doses peu élevées, mais quotidiennes, qu'à la suite d'excès considérables mais irréguliers.

5o Cette démence a ses caractères propres qui permettent de la distinguer jusqu'à sa dernière période de celles qui sont dues à d'autres causes.

6o Elle est essentiellement chronique et incurable.

7o La responsabilité des alcooliques chroniques qui tendent à la démence est limitée et proportionnelle au début, mais elle devient nulle lorsque la démence est confirmée.—*Gazette médicale de Paris.*

**Contribution à l'étude de la descendance des alcooliques,** par le Dr L. GRENIER.—Se basant sur 188 observations dans lesquelles l'alcoolisme est noté chez les ascendants, l'auteur est arrivé à certaines conclusions intéressantes parmi lesquels je citerai, comme particulièrement dignes d'attention, les suivantes :

L'influence morbide des parents est maxima quand la conception a lieu au moment de l'ivresse de l'un des deux conjoints.

Les héréditaires d'alcooliques présentent une propension manifeste à commettre des excès de boissons. Ils deviennent eux-mêmes alcooliques dans une notable proportion, la moitié des cas environ, d'après notre statistique.

La majeure partie des fils d'alcooliques ont des convulsions dans la première enfance. L'épilepsie est la névrose que l'on pourrait considérer presque comme caractéristique de l'alcoolisme des parents, quand elle n'est pas la reproduction de la même névrose chez ces derniers, ou quand elle n'est pas l'indice d'une disposition névropathique de toute une famille.

De par leur état mental, les descendants d'alcooliques sont destinés à délirer plus facilement que les autres; de ce fait ils fournissent un énorme contingent à la folie. Toutes les formes de délire peuvent être observées.

Le délire alcoolique est plus fréquent chez les descendants des alcooliques que chez leurs parents, nouvelle preuve de leur déchéance intellectuelle.—*Gazette médicale de Paris*.

**Des modes de terminaison du délire alcoolique**, par le Dr Firmin TERRIER. 10. Quand le délire alcoolique survient chez les malades exempts de toute tare héréditaire, le pronostic est ordinairement bénin. La guérison est le plus souvent complète et survient en un ou deux septénaires.

20. Chez les personnes au contraire qui, frappées du sceau de l'hérédité vésanique ou nerveuse, font du délire alcoolique, le pronostic doit être réservé car une vésanie peut succéder à ce délire, souvent le délire de persécution, rarement la mélancolie, plus rarement encore la manie.

3. Le délire alcoolique contribue puissamment à l'affaiblissement précoce des facultés intellectuelles et morales.—*Gazette médicale de Paris*.

**Diagnostic de la chlorose** (1).—Aujourd'hui, nous possédons un certain nombre de signes d'une importance très grande pour établir le diagnostic formel de chlorose.

Les chlorotiques, en règle générale, sont apyrétiques; mais cette règle supporte quelques exceptions, et, depuis dix ans, on a signalé un certain nombre de cas de chlorose avec fièvre, sans qu'on pût découvrir de véritable complication. Il y a quelque temps, je voyais une jeune fille, pâle, affaiblie, avec un pouls petit et du souffle dans les vaisseaux du cou; la peau était chaude, et le thermomètre, mis sous l'aisselle, accusait une température de 39°5. Ceci me causa quelque inquiétude; je passai en revue soi-

(1) Suite. Voir la dernière livraison.

gneusement tous les organes, je ne découvris aucune complication. En existait-il réellement une? je le pense; en tous cas elle était peu grave, car au bout de deux ou trois mois, la malade se rétablit complètement. Mollière, de Lyon, a publié, il y a huit ans, un travail sur la chlorose fébrile; il considère les faits de ce genre comme assez fréquents; il avait d'abord recueilli huit observations; plus tard, il parvint à en réunir trente autres dans lesquelles, pendant une durée variable de quinze jours à plusieurs mois, les malades offraient une température allant de 37°8 à 39°8. M. Hayem, dans le cours de ses recherches si intéressantes, n'a rencontré que trois faits analogues; il croit à quelque complication non reconnue. Pour mon compte, j'incriminerais volontiers la constipation. Je sais que toutes les chlorotiques sont constipées et que toutes n'ont pas d'ascension thermique, mais toutes les constipations ne s'accompagnent pas du même travail chimique intestinal, et nous avons tout lieu de croire que l'un de ces processus si complexes peut être le point de départ d'une infection qui cause une élévation de température.

Si la température ne se modifie guère dans la chlorose, les modifications de la circulation sont au contraire très remarquées.

Le pouls est fréquent, mou, dépressible; quelquefois il a une certaine ampleur, mais la dépressibilité est toujours marquée; au sphygmographe on trouve une ligne d'ascension rapide à sommet aigu, sans crochet, et un dirotisme assez prononcé.

Du côté du cœur, la fréquence des battements est considérable; l'impulsion est vive; chez nombre de malades on ne perçoit aucun bruit anormal, on peut même dire que l'absence des bruits anormaux est la règle; chez d'autres on trouve des souffles qui ont prêté à discussion et ont souvent amené des confusions. Il est très important de bien les distinguer. Sont-ils particuliers à la chlorose? Non. L'anémie n'entre que pour une part indirecte dans leur production; il n'y en a même aucune entre l'existence des souffles et la chlorose. Ma conviction est qu'il s'agit de bruits extracardiaques. Si vous consultez vos livres classiques, vous y trouvez cette phrase pour ainsi dire stéréotypée: le souffle de la chlorose se perçoit au premier temps et à la base, c'est un souffle doux qui se propage le long des vaisseaux du cou. On n'entend à peu près jamais cela. Le siège du souffle est très variable: tantôt on le trouve dans la région moyenne du cœur, au niveau du troisième espace intercostal gauche, un peu au-dessus et en dedans du mamelon, d'autres fois c'est dans le deuxième espace à gauche du sternum, au foyer de l'artère pulmonaire; c'est un siège que mon collègue des hôpitaux, M. Constantin Paul, a signalé en même temps que moi; par ordre de fréquence décroissante, c'est un peu au dessus de la pointe que l'on perçoit un souffle, et enfin, dans des cas assez rares, au niveau du second espace intercostal droit, à l'origine de l'aorte. Après avoir ana-

lysé minutieusement ces souffles, pour des raisons qu'il serait trop long de vous énumérer ici, je reste convaincu que ces souffles sont des bruits extracardiaques.

Si nous considérons en particulier le souffle qui se produit au niveau du second espace gauche, nous voyons que c'est précisément en ce point que les deux poumons viennent se joindre au-devant du cœur, celui-ci dans ses mouvements comprime ces lames pulmonaires contre la paroi thoracique; d'autre part, il s'agit d'un bruit doux superficiel méso-systolique et ce ne sont pas là les caractères d'un souffle dépendant d'une affection intracardiaque.

Ces souffles n'ont donc pas une très grande valeur diagnostique, ils manquent souvent et peuvent se rencontrer en dehors de la chlorose; il est regrettable que l'on s'en soit tant occupé.

Mais quelque chose qui appartient beaucoup plus à la chlorose, c'est le souffle veineux et le frémissement que l'on perçoit sur le trajet des veines du cou.

Pour sentir au maximum le frémissement veineux, il faut avoir recours à un petit artifice: disposer deux doigts sur le trajet de la veine, l'un supérieur qui comprime légèrement le vaisseau, l'autre inférieur qui perçoit le frémissement notablement exagéré par cette manœuvre.

Si l'on applique un stéthoscope sur ces mêmes vaisseaux, on entend un souffle tantôt doux, tantôt rude, quelquefois musical; le rythme de ce souffle est variable, mais le plus souvent il est continu avec renforcement, c'est le bruit de diable des auteurs.

Trois facteurs peuvent faire varier les caractères d'un souffle produit par le passage du sang dans un vaisseau: 1o la richesse de ce sang en globules; 2o le degré de rétrécissement du vaisseau; 3o la rapidité avec laquelle le sang coule; de ces trois facteurs, le degré de rétrécissement et la vitesse du sang agissent surtout sur l'intensité du souffle; la richesse du sang en globules fait varier la tonalité, c'est là le caractère le plus important au point de vue de la chlorose; les souffles sibilants, à timbre aigu, ont une grande importance, tandis que les souffles ronflants en ont beaucoup moins: il faudrait même bien se garder de considérer comme chlorotique toute malade qui présenterait un souffle dans les vaisseaux du cou.

Fréquemment ces mêmes veines du cou sont le siège de mouvements, de véritables battements que Parrot avait attribué à une insuffisance tricuspidiennne; ils sont, je pense, susceptibles d'une autre interprétation. Normalement, pendant que le sang afflue de la périphérie, la veine se gonfle; au moment de la systole auriculaire ce gonflement s'accuse, puis survient un affaissement subit au moment de la diastole auriculaire; le sang s'accumule de nouveau jusqu'à ce que la diastole du ventricule vide l'oreillette: ces oscillations accusées par les instruments enregistreurs

ne sont pas normalement perceptibles à l'œil : chez les chlorotiques le sang peu riche en globules passe beaucoup plus facilement au niveau du réseau capillaire, les oscillations sont plus grandes et deviennent appréciables à la vue et au toucher.

J'ai insisté sur les différents signes que l'on peut rencontrer dans la chlorose, je vous ai montré en même temps leur importance pour que vous les recherchiez avec le plus grand soin ; vous éviterez de cette façon de confondre la chlorose avec d'autres affections qui auraient les apparences analogues, et vous saurez d'autre part reconnaître cette maladie là où elle sortirait un peu de son cadre habituel.—*Abeille médicale.*

### Valeur séméiologique et traitement des palpitations (1)—

Une cause fréquente d'erreur qui n'est pas très connue, est l'existence d'un *timbre* particulier des bruits qu'on a appelé *auriculo-métallique*, et dont on a une idée assez exacte en se couvrant le pavillon de l'oreille avec la paume d'une main en même temps qu'on percute la face dorsale de celle-ci avec les doigts de l'autre main. Ce timbre vraiment métallique est très souvent constaté en même temps que les palpitations. On discute encore sa cause physique ; il est probable que ce timbre dérive dans certains cas du voisinage d'une cavité contenant de l'air sous une certaine tension et faisant caisse de résonance (estomac tympanisé ou lame pulmonaire emphysémateuse) et dans d'autres cas d'un état particulier, de tension des muscles des piliers et des valvules auriculo-ventriculaires. En tout cas le timbre auriculo-métallique n'implique en aucune façon l'existence d'une altération du cœur. Il ne l'exclut pas non plus d'ailleurs, si on en trouve les signes caractéristiques ; mais par lui-même et à lui seul il n'a aucune signification.

Si on démêle au milieu du tumulte des bruits d'un cœur palpitant quelque chose qui ressemble à un souffle ou à un roulement, on attend que le cœur se soit un peu calmé et ralenti et on ausculte successivement les foyers de la base et de la pointe : je rappellerai brièvement que, pour les premiers, un bruit de souffle systolique, coïncidant avec le pouls radical, au niveau du foyer aortique (2<sup>e</sup> espace intercostal à droite du sternum) évoque l'idée de rétrécissement aortique ou d'anémie, — que, s'il est diastolique, alternant avec le pouls radial, au même siège, avec prolongement vers la partie inférieure du sternum et timbre aspiratif, il est l'indice d'une insuffisance des valvules aortiques ; — que le souffle systolique du foyer pulmonaire est l'indice d'un rétrécissement organique de l'artère pulmonaire (une rareté), ou un bruit d'anémic (C. Paul).

Pour la diastole, à ce foyer, un seul fait est à rechercher : existe-t-il un dédoublement du bruit diastolique, un des signes du rétrécissement mitral ?

(1) Suite. Voir la livraison d'octobre.

Pour les foyers de la région sous-mamelonnaire, un souffle au niveau de la pointe du sternum et à droite de celle-ci est le signe de l'insuffisance tricuspidiennne, de la dilatation du cœur droit ; — au niveau de la pointe du cœur, au dessous ou en dehors du mamelon, un souffle systolique se propageant vers l'aisselle est le signe de l'insuffisance mitrale ; — le roulement qui précède la systole est l'indice du rétrécissement mitral ; — le souffle prolongé précédant la systole et la couvrant est la marque du rétrécissement de l'orifice mitral avec insuffisance de la valvule.

Enfin vers la partie moyenne de la région précordiale, commençant un peu après la systole, disparaissant ou s'atténuant quand la respiration s'arrête, les *souffles extra-cardiaques*, à la connaissance desquels nous ont initiés les travaux du professeur Potain, ne doivent pas être considérés comme des signes d'altérations orificielles.

On ne confondra pas non plus avec ceux-ci les bruits de frottement *péricardique* qui ne coïncident que par exception comme temps et comme siège avec les souffles cardiaques.

Deux signes que l'auscultation peut révéler chez des individus atteints de palpitations sont l'un le *timbre* retentissant, tympanique, *clangoreux du second bruit du cœur* à la base qui est fréquent chez les athéromateux, l'autre le *bruit de galop du cœur gauche* perceptible un peu au-dessus du niveau de la pointe et qui pourra mettre sur la piste d'une néphrite interstitielle.

C'est à cette grande dégénérescence sénile, l'*artério-sclérose*, que sont imputables la plupart du temps les palpitations qui se montrent dans la seconde moitié de la vie : la rigidité des artères radiales en tuyaux de pipe et leur état de flexuosité ainsi que celle des temporales, l'exagération de la tension artérielle, l'arc sénile de la cornée (gérontoxon), la polyurie, avec albuminurie légère, l'hypertrophie du ventricule gauche, pour ne signaler que les principaux signes de l'artério-sclérose, forment les éléments du diagnostic et par suite de la thérapeutique.

Car c'est à la THÉRAPEUTIQUE qu'il faut arriver, et nous en possédons désormais les éléments que je résumerai rapidement.

Aux palpitations de croissance on opposera une hygiène sévère des exercices physiques ; c'est-à-dire qu'on ne privera pas les enfants d'exercice, mais on ne les laissera pas en prendre sans frein et à leur fantaisie. On leur défendra la course, le saut, mais on conseillera une gymnastique méthodique, graduelle, mettant en jeu les muscles des membres supérieurs et du thorax, accessoires de la respiration, dans le but d'obtenir un élargissement progressif de la cavité thoracique ; le solfège et la flûte étaient conseillés non sans raison par nos pères.

Le traitement de l'anémie et de la chlorose aura pour bases les moyens ordinaires ; les préparations martiales les mieux tolérées, protochlorure de fer, tartrate ferrico-potassique, protoxalate de fer (récemment préconisé par Hayem), alternant avec les

arsénicaux (liqueur de Fowler ou de Pearson); — l'hydrothérapie d'abord tiède, puis froide, depuis les lotions à l'éponge ruisselante, l'enveloppement matinal dans le drap mouillé jusqu'aux douches en colonne horizontale à jet simple ou brisé. J'ajoute et j considère comme un moyen héroïque de guérir les chloroses rebelles, les bains d'air comprimé qui, malheureusement, ne peuvent être employés qu'à Paris et dans de rares grandes villes et dont le prix de revient est un peu trop élevé pour la plupart des bourses; mais les inhalations d'oxygène sont déjà plus abordables.

Pour les dyspeptiques de tout âge on régularisera l'hygiène alimentaire, en ne craignant pas d'entrer dans les plus minutieux détails sur le choix des aliments, la quantité et la nature des boissons, les heures de repas et la manière de manger. Les amers simples ou convulsivants, quassia, noix vomique, teinture de Baumé, sulfate de strychnine; les antiseptiques et antiputrides: naphтол, salol, salicylates, eau chloroformée; les poudres dites absorbantes sont les bases de la thérapeutique médicamenteuse avec l'acide chlorhydrique et les laxatifs.

Contre l'onanisme, l'hygiène morale, la gymnastique et l'hydrothérapie.

Quand il y a lieu de penser que les palpitations sont liées à la lithiase biliaire, on institue le traitement spécial pour celle-ci: les alcalins, l'éther et la térébenthine, les stimulations cutanées et l'alimentation convenable.

Les palpitations de la grossesse sont modérées par la précaution de ne faire que des repas peu abondants et plus fréquents, de limiter la quantité des boissons, de faire inhaler de l'oxygène.

En cas d'albuminurie gravidique le régime lacté, l'oxygène, l'antisepsie intestinale.

Les erreurs hygiéniques des fumeurs excessifs, des amateurs d'alcool et de thé seront combattues énergiquement.

Aux hystériques et aux neurasthéniques l'électricité statique enlèvera souvent les douleurs au cœur en même temps que les palpitations. Chez les névropathes j'ai plusieurs fois obtenu un bon résultat en donnant, alternativement, la strychnine pendant 4 jours de la semaine et les polybromures pendant trois jours.

Aux uricémiques, une alimentation végétale, les alcalins, l'acide benzoïque et la lithine produiront d'heureux résultats.

Le meilleur traitement du syndrome de Graves-Basedow, c'est l'hydrothérapie combiné avec l'électricité galvanique, galvanisation du pneumogastrique dans la région cervicale et des ganglions intra-cardiaques dans la région précordiale.

Enfin les artério-scléreux devront être soumis à l'usage prolongé des iodures alcalins à faibles doses, et, s'il y a néphrite interstitielle, l'alimentation à base de lait, d'œufs, de farine, de viande blanche très cuite, les purgatifs assez fréquents forment la base du traitement.—Dr. LE GENDRE in *Concours médical*.

## CHIRURGIE.

**Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse.**

—Si l'on considère les tentatives annoncées de divers côtés et dont les résultats paraissent généralement heureux, parfois même remarquables, on peut croire que le traitement de la péritonite tuberculeuse est entré définitivement dans une phase nouvelle, assurément très différente de celle qui l'a précédée. Appliquer l'intervention chirurgicale à une maladie considérée longtemps comme étant d'ordre essentiellement médical, est une entreprise assurément audacieuse, mais justifiée d'avance aux yeux de ses promoteurs, par la sécurité que la pratique de l'antisepsie assure maintenant aux résultats des opérations, même de celles qui sont réputées les plus dangereuses. En fait, le succès a paru leur donner plus d'une fois raison : et si, d'autre part, on tient compte des lenteurs, des incertitudes du traitement médical proprement dit, on sera porté à croire que l'avenir du traitement de la péritonite tuberculeuse est vraiment du côté de la nouvelle méthode. Quel est ici le rôle de l'intervention chirurgicale ? Il est difficile de donner à cette question une réponse précise ; c'est au point que l'on serait tenté d'invoquer une explication tirée de l'empirisme, laquelle d'ailleurs, ne vaudrait pas mieux que la constatation pure et simple du résultat. On ne peut invoquer ici quelque chose de comparable à l'ablation et à l'éradication d'un foyer tuberculeux local, telle qu'elle se pratique journellement : l'étendue des lésions, le nombre et la multiplicité des granulations qui infiltrent la séreuse rendent pareille assimilation tout à fait inadmissible. Il est plus probable que l'amélioration constatée à la suite de la laparotomie provient soit de l'évacuation des foyers purulents inclus dans les fausses membranes, soit de la rupture des brides qui fixe une anse d'intestin dans des positions vicieuses. On peut accorder aussi l'incertaine influence aux lavages antiseptiques, à la *toilette du péritoine*, dont les chirurgiens ont soin de faire précéder l'application des sutures et enfin du drainage. Ces différentes conditions peuvent à la rigueur expliquer les résultats durables, voire les guérisons réelles qui ont été signalées récemment, aussi bien en France qu'à l'étranger, par des observateurs dignes de tout crédit.

Parmi ces derniers, nous enregistrons avec plaisir le nom de M. Terrillon, qui s'est déjà fait connaître comme partisan convaincu de la laparotomie appliquée au traitement de certaines

variétés d'affections abdominales. Dans une de ses leçons, M. le Dr Terrillon a fait connaître une nouvelle série opératoire dont les résultats brillants constituent vraiment, un plaidoyer très convaincant, presque décisif, en faveur de ses propres idées. Parmi ces faits nouveaux, il en est de remarquables, en ce sens que l'amélioration obtenue semble être en contradiction avec l'étendue et la gravité des désordres reconnus pendant l'opération. Mais, en pareille matière, quand on ne trouve pas d'explication satisfaisante, il faut se borner à la simple constatation des faits et la conclusion à tirer de ceux-ci est toute en faveur de l'intervention opératoire. D'ailleurs, M. Terrillon ne prétend point ériger celle-ci en méthode absolue et il a fait ses réserves, applicables surtout à certains cas que la clinique permet jusqu'à un certain point de déterminer par avance. Inutile aussi d'ajouter que dans l'appréciation de l'opportunité de l'opération, il y aura lieu de tenir grand compte des contre-indications, parmi lesquelles se place au premier rang l'envahissement des poulmons par des lésions similaires. Nous n'insisterons pas sur ce côté de la question qui est du ressort de la clinique proprement dite.

Étant ainsi établie, l'utilité de l'action chirurgicale, faut-il croire que les médecins devront à l'avenir se désintéresser de la thérapeutique d'une maladie qui a été longtemps considérée comme de leur domaine exclusif? Telle n'est sans doute point la pensée des partisans de l'opération; — ils reconnaissent l'utilité du traitement général soit avant, soit après celle-ci, attendu que le malade, amélioré par l'ouverture et le drainage du péritoine, n'en reste pas moins valétudinaire, toujours en imminence de réveil de tuberculose et dès lors justifiable des prescriptions ordinairement appliquées en pareil cas. Ainsi le rôle du médecin, bien que légèrement effacé, reste encore très important. On peut même croire qu'il est destiné à reprendre une partie du terrain perdu, si l'on s'en rapporte à M. Debove qui vient de faire une guérison de péritonite tuberculeuse obtenue chez une femme, au moyen d'une simple ponction suivie du lavage antiseptique de la grande cavité séreuse. Huit jours après cette petite opération la malade était notablement améliorée et la guérison définitive paraît aujourd'hui certaine. M. Debove, remarque judicieusement que ce fait, tout isolé qu'il soit, ne constitue pas moins un argument assez valable contre la laparotomie, envisagée comme méthode de traitement systématique et uniforme. Cette dernière étant une opération grave, il sera préférable de l'éviter si elle ne s'impose pas. Nous adhérons volontiers, pour notre part, à la conclusion de notre savant confrère et nous sommes persuadés, que la majorité des médecins y souscriront avec nous, d'autant que, en outre de l'innocuité absolue de la ponction simple, il y a la perspective séduisante d'une amélioration immédiate et prochaine, telle que ne peut la réaliser le traitement général.

Puis nous nous plaisons à voir, dans cette tentative heureuse de M. Debove, une sorte de revendication en faveur de l'intervention médicale que trop souvent peut-être on a taxé d'illusoire et de chimérique.—*Gazete médicale de Paris.*

**Des luxations de l'épaule compliquées de fractures de l'humérus.**—Le Dr CASTEX expose d'une manière très pratique la manière de faire le diagnostic et d'instituer un traitement rationnel dans un cas aussi difficile.

Le *mécanisme* de ces deux lésions concomitantes est variable: tantôt la luxation se produit d'abord; puis l'humérus vient heurter contre quelque saillie osseuse, se brise le plus souvent au niveau du col chirurgical; tantôt la fracture se produit la première et la tête est secondairement déplacée par la force vulnérante; on la trouve alors habituellement dans l'aisselle, sur le bord axillaire de l'omoplate.

Le *diagnostic* est rendu parfois difficile par le gonflement dû à l'épanchement sanguin. Le chirurgien est exposé à ne voir que la moitié de la lésion, méconnaissant ou la fracture ou la luxation, suivant les cas. Il faut aussi se méfier des cas où, dans une fracture comminutive de la tête humérale, sa saillie serait diminuée au point qu'elle ne paraîtrait plus être sur la surface glénoïde. Lorsque le diagnostic est embarrassant, le chirurgien doit déterminer d'abord s'il y a ou non déplacement de la tête, en cherchant les signes de certitude de la luxation: 1o dépression sous-acromiale; 2o présence de la tête humérale dans l'aisselle. Ce premier point établi, on reconnaît la coexistence de la fracture aux particularités suivantes: possibilité de ramener, sans effort, le coude au contact du tronc, conservation spontanée de cette attitude, facilité de faire exécuter au membre luxé divers mouvements sans rencontrer de résistance. En outre le diagnostic est confirmé par la mensuration de la partie antérieure de l'acromion à l'olécrâne qui révèle du raccourcissement, tandis que dans la luxation simple il y a plutôt allongement.

Le pronostic est sérieux; car la fracture de l'humérus ne permettant plus d'agir sur la tête luxée rend la réduction plus difficile; en outre le déplacement de la tête empêche que les surfaces de fracture se correspondent et que la consolidation se fasse aisément. Toutefois, en cas de non-réduction de la luxation, la gêne fonctionnelle est moins grande que dans les cas de luxation simple invétérée. Cette particularité tient à ce que la fracture permet au coude de revenir au contact du tronc. C'est ainsi que, dans les luxations anciennes, la fracture de l'os au dessous de la tête, dans les efforts de réduction, rend plus aisés un certain nombre de mouvements inhérents à l'articulation.

Quant au traitement, trois méthodes ont été successivement préconisées: la première consiste à traiter la fracture d'abord,

ne s'occuper de la réduction qu'après la formation du cal (Heister, J.-L. Petit, Boyer). Cette méthode compte plus d'insuccès que de succès: à mesure qu'on s'éloigne du jour de l'accident, les chances d'échecs augmentent en même temps que le danger des efforts violents que comporte ce mode de réduction (rupture du cal, des vaisseaux et des nerfs).

La seconde, dite de Riberi (1842), ne tient aucun compte ni de la fracture, ni de la luxation: elle consiste à imprimer des mouvements variés à l'humérus, par séances répétées, pour arrêter la constitution d'une pseudarthrose; elle a l'inconvénient d'entretenir dans le foyer traumatique une inflammation qui ne peut qu'accroître les atrophies et les raideurs consécutives.

M. Castex est partisan de la troisième méthode préconisée depuis longtemps par le Dr Richey qui pense que les luxations de l'humérus et du fémur, compliquées de fracture de l'extrémité supérieure de l'os luxé, doivent être réduites immédiatement. La fracture, ainsi ramenée à l'état de simplicité, doit être traitée comme les autres. Pour opérer cette réduction, il faut que le malade soit plongé dans l'anesthésie la plus complète. La puissance musculaire étant le principal obstacle à la rentrée de l'os, il suffit, quand elle est anéantie, d'exercer des pressions directes sur l'extrémité luxée, sans recourir à l'extension. C'est le procédé du *refoulement*. Par exemple, pour l'épaule, on appuie les deux pouces sur l'acromion et on se sert des huit autres doigts enfoncés dans la base de l'aisselle pour ramener au dehors, sur la cavité glénoïde, la tête humérale qui s'en est plus ou moins éloignée.—  
*Concours médical.*

**Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques,** par le Dr C. RASCH.—Les arthropathies syphilitiques représentent une des manifestations de la syphilis les moins étudiées, ce qui tient en majeure partie à leur rareté relative. On ne connaît jusqu'ici qu'un petit nombre de cas où les déterminations de la syphilis, respectant les tissus péri-articulaires, étaient localisées dans les jointures (chondro-arthrite syphilitique de Virchow, synovite syphilitique hypertrophique chronique de Finger). M. Rasch en mentionne six, publiés par : Edmansson, Risel, Lanceaux, Engelsted, Gies et Faber. L'auteur joint à cette liste la description de pièces anatomiques conservées dans les collections de l'université de Copenhague, et qui se rapportent à un cas de chondro-arthrite syphilitique (rotules et tibias).

M. Rasch publie ensuite deux cas de chondro-arthrite syphilitique où l'évolution clinique de l'affection articulaire a pu être étudiée pendant des semaines, avant le dénouement fatal, l'occasion s'étant présentée ensuite d'étudier dans tous ses détails le processus histologique de ces déterminations articulaires de la syphilis.

Pour ce qui concerne d'abord ce dernier point, l'auteur a résumé les résultats de ses recherches dans ces quelques mots : La forme d'arthropathie spécifique, connue sous le nom de chondrite syphilitique, d'arthrite syphilitique hypertrophique chronique, est caractérisée " en partie par une ulcération circonscrite et par une dissociation fibrillaire du cartilage, avec formation d'excroissances villoses, en partie par l'apparition de cicatrices radiées, déprimées, blanchâtres, dans le cartilage, en partie par une épaisseur diffus de la synoviale et par une prolifération intense des villosités." C'est en raison de ce que les lésions semblent toujours intéresser à la fois la capsulo synoviale et le cartilage, que l'auteur propose de la désigner sous le nom de *chondro-arthrite syphilitique*. Cette forme d'arthropathie paraît être identique à celle dont Virchow a entretenu jadis la Société médicale de Berlin, ainsi qu'à la forme décrite plus récemment par Schüller. Le second des cas relatés par Rasch est de nature à faire admettre que les ulcérations des cartilages, dans cette forme d'arthropathie syphilitique, se développent aux dépens d'infiltrations gommeuses.

Au point de vue clinique, il y a lieu de noter le peu d'intensité des manifestations subjectives; les douleurs sont faibles et la gêne fonctionnelle minime. Déjà Chomel avait signalé ce détail.

L'auteur a donné ensuite la relation de deux cas d'arthrite syphilitique du genou, guéris, et d'une façon éclatante, après administration de l'iodure de potassium. Se basant sur les quatre faits qu'il a eu l'occasion d'observer, il caractérise la symptomatologie de la chondro-arthrite syphilitique en ces termes : une tumeur diffuse assez molle de la capsule synoviale, avec limitation des mouvements à un degré assez faible, la douleur, qui présente une intensité variable, n'étant pas exagérée par les mouvements. Le diagnostic est en général très facile à faire; il ne peut présenter quelques difficultés qu'en tant qu'il s'agit de distinguer la chondro-arthrite syphilitique de la périarthrite gommeuse des auteurs français.—*Gazette médicale de Paris*.

**Tuberculose du testicule et de son traitement par la castration**, par le Dr J. GOMBAUD.—1o La castration est une opération en elle-même très peu grave, presque bénigne, depuis la découverte et les progrès de l'antisepsie.

2o Elle a souvent de bons effets dans la marche de la diathèse tuberculeuse dans les autres parties de l'organisme.

3o Elle peut être employée comme traitement précoce ou tardif de la tuberculose du testicule.

4o La castration a souvent un effet curatif très manifeste.

5o Les lésions tuberculeuses des autres parties de l'organisme et notamment des poumons, ne sont pas une contre-indication de la castration quand elles ne sont pas trop avancées et quand il n'y a pas d'accidents fébriles (Ollier).

6o Les indications pour la castration double sont toujours les mêmes que pour la castration simple.

7o L'âge du sujet ne doit pas influencer sur les déterminations du chirurgien, sauf pour les vieillards.

8o Si la douleur testiculaire est trop vive, la castration peut être autorisée, même chez les cachectiques avancés, s'ils le demandent et s'ils n'ont pas à ce moment de phénomènes fébriles trop vifs.—*Paris médical*.

**Epithélioma benin de la face.**—Souvent l'épithélioma est consécutif à des troubles de sécrétion des glandes sébacées. Le pronostic de cette variété est excessivement bénin, si on le compare aux autres formes et surtout à l'épithélioma de la lèvre inférieure.

L'épithélioma d'origine sébacée peut guérir sans intervention chirurgicale. Les applications locales d'acide acétique amènent rapidement la guérison, occasionnent peu de douleur et produisent une cicatrice à peine apparente.

Si la lésion ne se manifeste que par des croûtes séniles ou une tumeur verruqueuse, il importe de ne pas l'irriter par des grattages. Les méthodes fondantes sont sans résultat; les cautérisations superficielles sont sans effet.

Les méthodes radicales consistent dans la cautérisation et l'extirpation.

Parmi les caustiques on a employé le caustique de Vienne, la pâte de Canquoin, celle de frère Cosme.

M. le Dr ROUGIER, dans sa thèse inaugurale, a signalé les bons effets de la cautérisation avec l'acide acétique. Pur ou dilué avec égale quantité d'eau et appliqué sur les surfaces malades, il agit comme agent dissolvant des cellules épithéliales. En général la douleur est nulle ou très faible. Deux applications par jour sont suffisantes. Bientôt autour de la plaie on voit une zone érythémateuse assez forte et sur la lésion des croûtes jaunâtres qui tombent d'elles-mêmes au bout de deux à trois jours.

La guérison s'obtient habituellement au bout de deux mois.

Si l'acide acétique échoue, on peut employer le raclage avec une petite curette.

L'ablation avec l'instrument tranchant donne aussi de bons résultats; mais bien des malades n'y consentent pas.—*Paris médical*.

**Les inflammations syphilitiques des doigts et des orteils,** par le Dr K. KOCH.—Deux cas d'affections syphilitiques des doigts, où, par suite d'une erreur de diagnostic, des médecins avaient proposé de recourir à des opérations mutilantes, repoussées par les intéressés, ont été pour M. Koch une occasion de rechercher dans les recueils de la littérature médicale, les docu-

ments peu nombreux d'ailleurs qui se rapportent à l'étude de cette localisation de la syphilis.

L'auteur s'occupe d'abord de la dactylite syphilitique des adultes. Dans la plupart des faits publiés jusqu'ici, l'époque d'apparition de l'accident primitif était connue, et remontait à plusieurs années (dans quelques cas à 10-25 ans) ; dans un petit nombre de cas seulement on avait affaire à la syphilis héréditaire, ou bien les renseignements anamnétiques faisaient défaut. Dans sept cas, les lésions syphilitiques avaient eu leur point de départ dans les parties molles, évoluant tantôt sous la forme d'un épaissement diffus, uniforme, assez dur, peu douloureux, d'une phalange ou de tout un doigt et des parties avoisinantes, ou sous la forme de foyers circonscrits, de petits noyaux d'indurations, de nodosités, de bosses. Les deux formes sont susceptibles de se terminer par résolution.

Le plus souvent toutefois les lésions deviennent le siège d'un travail ulcératif, qui peut être superficiel, comme aussi il peut s'étendre en profondeur et donner lieu à la formation de poches, de trajets fistuleux, se cicatriser en certains points, s'étendre en d'autres, et aboutir finalement à des ulcérations serpiginieuses d'aspect tout à fait caractéristique. A ces lésions peuvent s'en associer d'autres : des tuméfactions et des épaissements du périoste, des ulcérations des os, de l'ostéomyélite gommeuse, des troubles circulatoires dans les jointures avec épanchement, des altérations des ligaments, des capsules synoviales et des cartilages articulaires, sous forme d'infiltrations gommeuses. Les ongles ne sont envahis que par des troubles de nutrition relativement minimes. Les tendons et leurs gâines sont généralement respectés.

Les affections primitives des os des doigts et des orteils (dactylite syphilitique osseuse ou périostée) sont plus fréquentes. Elles consistent dans une périostite ou une ostéomyélite gommeuse, la périostite l'emportant comme fréquence. L'auteur a donné une description détaillée des caractères cliniques et anatomo-pathologiques de ces deux formes de syphilis des doigts.

M. Koch a soulevé, d'autre part, la question de savoir s'il existe, indépendamment de l'arthrite secondaire des doigts, consécutive aux altérations des parties molles et du squelette des os, une arthrite syphilitique primitive. Il répond à cette question par l'affirmative, en se basant sur une observation de Surgis et sur une autre tirée de sa pratique personnelle et dont voici un résumé : chez une femme de 24 ans, qui ne se savait point syphilitique et qui ne présentait pas de signes de syphilis héréditaire, la première articulation de l'index gauche avait été envahie, six semaines auparavant, par de violentes douleurs. En examinant la jointure malade, Koch découvrit un épanchement intra articulaire de moyenne abondance, coexistant avec une tuméfaction considérable des parties molles, qui s'étendait jusque sur le dos de la

main, tuméfaction très douloureuse. Au niveau de la jointure malade, la peau était d'un bleu foncé. Il y avait de la mobilité anormale, surtout dans le sens transversal, avec crépitation, sans doute en raison de la destruction des cartilages articulaires, de la capsule et des ligaments. Les phalanges et les métacarpiens n'étaient pas intéressés. L'immobilisation de la main, et des lotions tièdes ne donnèrent aucun résultat. Par contre l'administration de l'iodure de potassium procura une amélioration rapide, et finalement il s'établit une ankylose osseuse de la jointure malade, avec raccourcissement du doigt fixé en extension.

Tandis que chez l'adulte la dactylite syphilitique présente des caractères cliniques très dissemblables d'un cas à l'autre, chez l'enfant, au contraire, elle évolue avec une grande uniformité. Sur 19 cas relevés par l'auteur, 18 se rapportaient à la syphilis héréditaire. Le plus souvent la dactylite avait débuté dans les premiers temps de la vie, rarement après la première année et après que l'enfant eut déjà présenté des manifestations syphilitiques du côté de la peau et d'autres os.

Les altérations intéressaient les phalanges, le plus souvent la première, jamais les parties molles, comme dans les cas de spina ventosa tuberculeux. L'évolution était tantôt aiguë, tantôt chronique. D'habitude il s'agissait d'une ostéomyélite syphilitique. Dans un cas seulement, chez un enfant de 9 ans, il s'agissait d'une périostite raréfiante, avec disparition de phalanges entières et destruction des tissus articulaires. La première forme de l'ostéomyélite syphilitique est apte à guérir promptement sous l'influence d'un traitement approprié; mais le processus peut aussi envahir les parties molles, aboutir à la formation d'abcès et d'ulcérations et à des difformités des doigts. L'auteur s'est occupé longuement de l'étude anatomo-pathologique de ces lésions, ainsi que du diagnostic de la dactylite syphilitique, diagnostic qui doit être fait avec l'affection tuberculeuse, goutteuse, diabétique du même organe, avec les tumeurs sarcomateuses et enchondromateuses. Dans les cas douteux, il faut recourir au traitement spécifique, qui, en cas de succès, confirmera le soupçon d'une affection syphilitique.

Le pronostic est le plus souvent favorable, surtout chez les enfants, lorsque le traitement est institué à une époque pas trop éloignée du début. Ce traitement se résume dans l'emploi de la médication spécifique et d'un régime reconstituant. Ce n'est que dans les circonstances exceptionnelles qu'on devra recourir à un traitement local, opératoire.—*Gazette médicale de Paris.*

**La tonsille linguale.**—Dans une des séances de la Société médico-physique de Würzburg (1889), le Dr. Georges Kersting a rappelé l'attention sur ce qu'on a nommé la tonsille ou amygdale linguale, dont l'étude présente un certain intérêt théorique et pratique.

Waldeyer a nommé "anneau lymphatique" cette couche de tissu adénoïde, qui part de la voute du pharynx, descend de chaque côté dans la fossette de Rossemüller en émettant quelques follicules clos dans la muqueuse de la trompe cartilagineuse (tonsille tubaire de Gerlach), puis dans la loge amygdalienne comprise entre le pilier postérieur et le pilier antérieur du voile palatin, pour atteindre la base de la langue en avant de l'épiglotte. Ces follicules clos, rares en certains points, sont au contraire très agglomérés en d'autres, d'où résulte la tonsille pharyngienne à l'apophyse nasilaire, les amygdales (dans la loge amygdalienne; et la tonsille linguale. Inversement on peut considérer l'anneau lymphatique de Waldeyer comme constitué par les 4 tonsilles pharyngiennes (5 y compris la tonsille de Gerlach), reliées par du tissu adénoïde disséminé dans les intervalles.

Les follicules clos qui occupent à l'état normal, la base de la langue, forment une couche presque confluyente depuis les papilles caliciformes jusqu'à l'épiglotte, d'une amygdale à une autre, et constituent la tonsille linguale.

Stein a démontré que, des tonsilles et des follicules clos de la bouche et de la langue, sort une énorme quantité de leucocytes à travers l'épithélium. Suivant Rossbach, grâce au ferment, la ptyaline, qu'ils renferment, ils ont une énorme puissance saccharifiante.

Ces follicules clos s'hypertrophient souvent, mais le plus souvent ne donnent lieu à aucun trouble, mais si par leur grand développement, ils viennent à toucher le sommet de l'épiglotte, les malades se plaignent d'une sensation de corps étranger dans la gorge, d'un besoin de déglutir, d'oppression, de troubles dans la voix, etc.

Seifert a pu s'assurer par le stylet que la douleur provenait des follicules clos en contact avec l'épiglotte; le diagnostic était confirmé par la cocaïne à 10 0/0 qui supprimait les sensations. Le traitement consiste dans les badigeonnages iodés pour les cas légers, et le galvanocautère pour les cas graves. La guérison ou l'amélioration est de règle.

L'affection s'observe dans la jeunesse et surtout dans l'âge moyen, tandis que les varices de la langue sont de plus en plus fréquentes à mesure qu'on avance en âge. Elle est de plus, souvent associée à l'hypertrophie des amygdales et à la pharyngite granuleuse.—*Gazette médicale de Paris.*

---

## OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

---

**Version céphalique pour les présentations du siège,** par le docteur **SOUTHWICK.**—Les difficultés que l'on rencontre au cours d'un accouchement par le siège sont connues de tous les médecins qui ont une certaine expérience. Peu importe la patience avec laquelle on surveillera le travail, ou l'habileté que l'on déploiera au cours des interventions, beaucoup d'enfants meurent pendant l'accouchement ou peu de temps après. La mortalité des enfants est différemment appréciée par les auteurs, et, tandis que Hecker l'évalue à 13 pour 100, Winckel à 20 pour 100, Charles Bell va jusqu'à donner le chiffre de 22 pour 100. Toutes les statistiques sont cependant bien moins sévères que celles de la maternité de Bade, qui présentent un intérêt spécial, en ce sens qu'elles permettent d'établir une comparaison entre les accouchements au forceps et le pronostic du travail dans les présentations du siège.

	Mortalité des femmes. Pour 100.	Mortalité des enfants. Pour 100.
En 1883. Forceps.....	1,97	12,76
Siège.....	2,49	35,02
En 1884. Forceps .....	1,05	10,08
Siège .....	1,07	23,06
En 1885. Forceps .....	1,04	9,08
Siège .....	1,02	25,00

Il y a donc plus d'un enfant sur quatre et plus d'une mère sur cent qui succombent dans les accouchements par le siège; en outre, l'auteur fait remarquer que cette mortalité est bien plus considérable que dans les extractions au forceps. Si ce sont là les résultats que l'on obtient dans les grandes maternités dirigées par des chefs experts, combien plus grave doit être le pronostic dans la pratique civile.

Le danger pour l'enfant est dans la compression du cordon, qui ne doit pas durer plus de neuf minutes, limites au delà de laquelle survient la mort. A moins que l'enfant ne soit très vigoureux, il ne résistera guère à une compression aussi prolongée; les enfants faibles succombent même bien avant. D'autres conditions encore peuvent influer sur la vitalité de l'enfant; c'est ainsi que les efforts vigoureux d'extraction peuvent à eux seuls causer la mort. Si l'enfant excède le poids moyen, que l'on peut évaluer à

sept livres; si le col est épais, dur, le périnée plutôt large, étalé, le pronostic sera plus défavorable que ne semble l'indiquer les statistiques citées plus haut, surtout s'il s'agit de primipare, avec un bassin ayant juste les dimensions normales.

L'auteur insiste ensuite sur la nécessité d'établir le diagnostic avant que la femme n'entre en travail; et, pour éviter les difficultés, il conseille de procéder à la version vaginoabdominale environ quinze jours avant l'époque présumée de l'accouchement. L'opération serait facile et ne demanderait pas plus de dix minutes. Les préparatifs sont les mêmes que pour la version par manœuvres externes, que le docteur Southwick dit avoir eu l'intention d'effectuer si la femme n'était trop obèse. Voici comment il décrit son manuel opératoire :

Coucher la malade sur le dos, fléchir les cuisses sur l'abdomen de façon à relâcher les parois abdominales; la tête et les épaules étant fortement soulevées par les oreillers, l'auteur introduit l'index et le médius dans le vagin, en ayant soin de ne pas toucher au canal cervical. Le premier temps de sa manœuvre consiste à presser doucement sur le siège à travers les parois du segment inférieur, de façon à le soulever au-dessus du détroit supérieur, et, autant que possible, du côté de la fosse iliaque correspondant au dos de l'enfant; avec l'autre main, placée sur la paroi abdominale, il repousse le siège dans le même sens. L'extrémité céphalique va subir, par suite de ce mouvement, un déplacement dans une direction opposée; la main qui est placée sur la paroi abdominale pourra aider à faire basculer la tête en bas. Si elle s'arrête ou si elle n'a pas de tendance à descendre, on emploiera la main gauche à maintenir le siège, qui a toujours une tendance marquée à revenir sur sa place première; pendant qu'avec la main droite, primitivement placée dans le vagin, on poussera la tête fœtale du côté du bassin. On évitera toute manœuvre pendant les contractions utérines. Un autre mode opératoire consiste à faire coucher la malade sur le côté; de cette façon, on favoriserait d'une façon tout à fait particulière le mouvement de bascule; mais cette méthode a l'inconvénient de fatiguer la malade outre mesure.

Une fois la version accomplie, l'auteur conseille de placer sur les côtés de l'utérus une serviette pliée, le tout maintenu par un bandage serré. De cette façon, on empêcherait tout nouveau déplacement du fœtus. Vingt-quatre ou quarante-huit heures après, on peut enlever le bandage, car l'enfant a eu le temps nécessaire pour s'accommoder à sa nouvelle situation.—*Abeille médicale.*

**Sources et méthodes de traitement de quelques hémorragies en obstétrique et en gynécologie,** par le docteur R. LOMER.  
—Les varices du vagin qui se rompent pendant la grossesse, peu-

vent faire croire à un placenta prævia et naturellement le traitement reste impuissant, tant que l'on n'a pas découvert la cause du mal. Après les accouchements opératoires difficiles, spécialement chez les primipares, si des hémorragies artérielles se déclarent, il ne faut jamais négliger d'inspecter la région urétrale; il y a là deux petites artères qui peuvent donner lieu à des hémorragies très fortes. Ces hémorragies succèdent parfois au premier coït.

Les hémorragies du vagin peuvent provenir de *pessaires* impropres ou trop longtemps portés. Chez les femmes âgées atteintes de *colpïte sénile*, il y a, dans le vagin, des endroits circonscrits dépourvus d'épithélium qui, par frottement réciproque, donnent lieu à des écoulements de sang modérés. Le premier accouchement entraîne des lésions vaginales. M. Lomer conseille, si l'on a fait des applications de forceps difficile, d'attendre quelques moments après la sortie de la tête pour faire le dégagement du tronc; les vaisseaux vaginaux se trouvent alors comprimés jusqu'à thrombose.

Un *ulcère syphilitique* de la lèvre postérieure du col peut donner lieu à des hémorragies profuses; il en est de même des *érosions*, des anciennes déchirures du col avec *ectropion*.

Dans ces *petits myomes* de la paroi du col, que l'on reconnaît à leur dureté et quelquefois à l'aplatissement du cul-de-sac vaginal, les hémorragies sont assez fréquentes. Le plus souvent ils se trouvent en avant et entraînent des difficultés de la miction. Les douches chaudes sont alors excellentes. D'autres fois, il s'agit; d'un catarrhe chronique du col avec de petits *polypes muqueux*; l'examen permet de les voir et de les enlever par torsion. L'examen pratiqué pendant l'écoulement permettra seul, souvent, de voir le *carcinome*, s'il siège sur la surface interne du col.

Un grand nombre d'hémorragies *post partum* que l'on dit *atoniques*, proviennent de *déchirures des artères du col*. M. Lomer conseille de se servir de deux grandes cuillers de cuisine en zinc, de les plier par le milieu et de les désinfecter; on a alors deux leviers latéraux d'un emploi facile. Avec ces leviers, des aiguilles, des fils et des pinces de Museux, on peut faire la ligature médiate. Dans l'hémorragie du col, le sang coule sitôt la sortie de l'enfant, a une couleur peu foncée et arrive constamment.

Parmi les affections de l'utérus, M. Lomer insiste surtout sur l'*atonie chronique*. Il s'agit de femmes qui ont accouché ou avorté plusieurs fois, dans un temps relativement court; après quoi surviennent des hémorragies qui se succèdent rapidement. L'utérus est de grandeur naturelle, de consistance particulièrement molle, si bien qu'on le différencie difficilement des parois abdominales. La cavité est vide et le curettage ne produit nul effet, non plus que les douches. Le mieux est de se servir de courants constants de faible intensité, que l'on applique deux fois par semaine.—*Gazette médicale de Strasbourg*.

**Traitement de la pyosalpingite par la large dilatation de l'utérus,** par le docteur GOTTSCHALK.—Ce traitement est surtout indiqué dans les cas où la trompe est déjà distendue par le pus et ne présente pas d'incurvations ou d'étranglements qui sont autant de poches distinctes pleines de pus.

Des ces derniers cas, il est évident que l'extirpation seule de ces trompes irrégulièrement distendues est le seul remède ayant chances de succès. Mais il n'y a aucun danger à commencer une large dilatation de la cavité utérine dans le traitement de la pyosalpingite. Cette opération menée prudemment rompt les adhérences et ouvre la voie pour un écoulement naturel du pus. Dans ces cas-là, il ne faut pas pratiquer le curettage que recommandait Waltori, de peur de crever les poches renfermant le pus, car il ne présente aucun avantage sur la dilatation simple et antiseptique.

La technique de la dilatation de l'utérus est toujours la même et des plus simples. Elle peut se faire au moyen de la laminaire. Les instruments dilateurs peuvent aussi être employés suivant le cas. Il faut prendre soin entre chaque pansement de donner une injection intra-utérine avec la sonde à double courant. Les tampons intra-utérins peuvent rester de un à trois jours en place. Le pus imbibé peu à peu les tampons et s'élimine de cette façon. Le tampon intra-utérin, tout en élargissant la cavité utérine, dilate aussi l'ouverture de la trompe par le même mécanisme. Donc, en résumé, la dilatation de la cavité utérine peut toujours être essayée dans la pyosalpingite.—*Gazette de gynécologie.*

**De l'ablation des annexes chez les femmes nerveuses.**—L'ablation des annexes de l'utérus pour combattre les phénomènes douloureux persistants chez les femmes nerveuses perd de plus en plus du terrain dans l'esprit et la pratique des gynécologues. Nous observons chaque année, des cas dans lesquels la castration a laissé persister les douleurs à peu près au même degré qu'avant l'opération, que les ovaires enlevés aient été d'ailleurs trouvés sains ou plus ou moins altérés. Nous avons conclu de notre observation personnelle que l'intervention chirurgicale, pour être justifiée, doit avoir pour base, non l'intensité ou la ténacité de la douleur, qui peut céder à une autre médication comme elle peut résister à l'opération elle-même, mais la nature et la gravité de la lésion constatée.

Dans son excellent *Traité de Gynécologie*, M. Pozzi dit, de son côté: "Il ne suffit pas que l'ovaire soit très douloureux, pour qu'on soit certain qu'il est le point de départ de la maladie: on connaît l'ovarie des hystériques; de plus, il peut exister chez toutes les femmes des douleurs névralgiques ayant une origine centrale, avec irradiations centrifuges. Souvent des dents saines sont d'une sensibilité extrême dans la névralgie du trijumeau; il ne viendra à l'idée de personne de les extraire. On a objecté à

cette juste remarque d'Olshausen que, la castration étant très bénigne dans les cas où l'ovaire n'est pas malade, et la douleur étant atroce, beaucoup de malades consentiront à une opération qui peut leur offrir des chances même incertaines de guérison. Elle aurait du moins l'effet d'abolir l'exaspération constante qui se produit au moment de la menstruation."

Plus loin M. Pozzi conclut ainsi: "La grande préoccupation de l'opérateur ne doit pas tant être de savoir si l'ovaire qu'il va enlever présente une lésion *anatomique* que de s'assurer qu'il est le point de départ *physiologique* des accidents; l'examen des signes rationnels prime ici l'examen physique. Mais il faut avouer qu'il est extrêmement difficile de se prononcer, et, à moins d'une conviction bien arrêtée, un chirurgien consciencieux reculera toujours devant une opération qui, lorsqu'elle est inutile, constitue une véritable mutilation, bien plus grave, au point de vue social, que l'amputation d'un membre."

À l'étranger l'utilité et l'opportunité de l'opération de Battey ne sont pas autrement appréciées. Déjà, au *Congrès de Copenhague*, elle avait eu contre elle la grande majorité des suffrages. Tout récemment, à la *Société obstétricale de Londres*, des gynécologues éminents, comme Playfair et Spencer Wells, l'ont à leur tour condamnée. Les conclusions du premier sont très nettes. L'opération est contre-indiquée, si les annexes ne présentent aucune altération; elle ne produit aucun résultat favorable dans l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, l'hystéromanie. Mais, alors même que les annexes sont malades, il faut, chez les femmes nerveuses, commencer par traiter la névrose. Si on parvient à la guérir, ou même à l'atténuer, on pourra peut-être éviter l'opération sur les annexes.

M. Priestley, à l'appui de l'opinion de ses collègues, qu'il partage complètement, fait remarquer, non sans raison, qu'il n'est pas plus logique de castrer une femme pour une névralgie de l'ovaire, qu'un homme pour une névralgie du testicule. Or, dans ce dernier cas, la castration a-t-elle été jamais pratiquée ou même proposée?

Est-ce à dire que l'opération de Battey doit désormais être toujours et absolument proscrite? Ce serait peut-être aller un peu loin. Nous connaissons deux cas où elle nous a paru justifiée et même, dans le dernier de ces cas, nous n'avons pas refusé à la malade l'assentiment qu'elle nous a demandé. Mais ces cas sont très rares, tout à fait exceptionnels et, d'une manière générale, il est permis de dire que l'opération de Battey doit disparaître de la chirurgie courante.—*Gazette médicale de Paris*.

**Parallèle entre les différents traitements usités dans les maladies chroniques des annexes de l'utérus.**—On entend généralement sous le nom de maladies chroniques des annexes les

inflammations chroniques de la trompe de Fallope et des ovaires. Les principales de ces affections sont la salpingite, l'hydro et l'hématosalpinx. Les différents traitements plus ou moins en vogue dans ces différents cas sont : 1o le repos, l'expectation ; 2o l'électricité ; 3o le massage ; 4o le curettage de l'utérus et l'opération d'Emmet ; 5o le cathétérisme des trompes ; 6o la ponction vaginale des trompes kystiques ; puis, enfin, la laparotomie, qui peut donner lieu aux opérations secondaires suivantes : l'ovariotomie ou l'ablation des ovaires, le drainage d'un hydro-alpinx, la rupture des adhérences ; puis les opérations plastiques que l'on peut faire sur les trompes : la salpingostomie.

Le traitement par le repos seul ne peut jamais amener à de bien grands résultats ; l'action des médicaments doit être évitée en pareil cas, bien qu'on ait préconisé le sulfate de magnésie, encore ne peut-il pas toujours être toléré. J'ai vu un cas dernièrement dans lequel l'emploi de ce dernier, à jeun, amenait du tympanisme de l'abdomen avec élévation de la température ; j'ai vu le même phénomène se produire chez une malade, opérée de l'ovariotomie, à laquelle on donna une dose de ce même sel le huitième jour. Un pareil tympanisme peut provoquer dans ces cas une distention dangereuse des adhérences.

Quoique l'électricité paraisse enrayer la croissance des tumeurs fibreuses de l'utérus ou pourrait même, d'après Prochoronick, guérir la blennorrhagie en tuant les gonocoques, il est difficile de comprendre cependant comment le courant pourrait drainer des trompes, rompre des adhérences et faire disparaître les produits de l'inflammation.

Le massage est passible de quelques objections quand il est pratiqué sur les organes génitaux, et il est absolument dangereux quand les trompes sont dilatées et que les parois sont devenues très minces, ce qui est le cas le plus fréquent ; on a vu, à la suite de massage, des écoulements purulents se faire jour par l'utérus, ce qui prouverait que le pus a pu trouver issue par les trompes. Si cette rupture avait eu lieu dans le péritoné, on voit d'avance à quel danger la malade aurait pu être exposée.

On use et abuse de la curette. Cet instrument est certainement excellent pour la cure de l'endométrite. Des autorités étrangères déclarent que l'endométrite infecte les trompes et peut même s'étendre jusqu'aux ovaires. Le traitement de l'endométrite par la curette, en enlevant la cause, devrait aussi guérir les maladies des annexes. Ce principe de traitement est purement théorique, car la curette n'a de vrais succès que dans l'endométrite pure, et quand il existe une maladie des annexes, il est très dangereux de gratter et de dilacérer l'utérus. La curette a souvent été la cause directe d'une grave inflammation des annexes.

L'opération d'Emmet, comme remède des maladies des annexes

est aussi basé sur la pure théorie. Le cathétérisme des trompes est difficile pour ne pas dire impossible. La ponction vaginale des ovaires kystiques, qui a été préconisée par Léopold, est une opération qui ne peut se faire qu'à l'aveugle, et il est arrivé plus d'une fois de ponctionner un sac fœtal pour un ovaire kystique.

L'oophorectomie est la meilleure opération dans la plupart des cas de ces maladies chroniques des annexes. Lorsque le diagnostic a été bien posé par l'examen bi-manuel, lorsque l'existence d'un pyosalpinx a été reconnue, la section abdominale est l'opération qui offre le moins de danger pour la patiente et, en tous cas, le plus de chance pour la guérison radicale. L'oophorectomie double a malheureusement des suites mentales qui sont les plus nuisibles, et les fistules interminables, que l'on a pu observer dans ces cas, sont relativement très rares. Une très petite minorité de patientes souffre de douleurs continuées après l'opération, probablement à cause d'adhérences intestinales ou de produits inflammatoires qui n'ont pu être enlevés et qui compriment les nerfs. Un hydrosalpinx pur est souvent très difficile à enlever, et la source de grandes douleurs pendant la menstruation, surtout quand la capsule du kyste est congestionnée. J'ai trouvé que l'incision et le drainage sont très efficaces pour enlever cette douleur. Le grand avantage de cette pratique est de ne pas avoir de pédicule à suturer, ce qui est le plus grand inconvénient lorsqu'on enlève radicalement un hydrosalpinx.

Une opération que l'on fait souvent aujourd'hui et qui est moins radicale que l'oophorectomie, est la rupture des adhérences avec drainage. Cette opération n'est pas toujours facile et nous n'avons pas l'avantage de pouvoir la juger d'après une statistique nombreuse. Le chirurgien qui la pratique a de la tendance à croire qu'il n'a pas fait une opération radicale quand il n'a pas enlevé quelque chose. L'opération qui consiste à rompre les adhérences demande une certaine expérience, pour savoir quelles adhérences sont à rompre et pour savoir si les annexes peuvent être soulagées par cette méthode.

On doit faire attention de ne pas ouvrir un foyer de suppuration dans le péritoine. Un simple incision abdominale a souvent suffi pour guérir une maladie des annexes qui se manifestait par de grandes douleurs ou d'autres symptômes objectifs caractéristiques, quoique souvent à l'ouverture du ventre on ne pouvait voir aucune lésion pathologique tangible.

L'explication de pareils cas est très difficile. On trouve que lorsqu'il y avait de la péritonite chronique, ces opérations paraissent donner de bons résultats. Skutsch et Martin ont sauvé des trompes dilatées par une opération plastique appelée salpingostomie. On fait un trou à une extrémité de la trompe et on suture ensemble la muqueuse à la séreuse. Cette opération peut avoir de l'avenir, mais elle est inadmissible quand il existe

de la suppuration, et il ne faut pas la pratiquer lorsqu'il y a une inflammation adhésive active, car bientôt cette ouverture serait recouverte par des tissus de nouvelle formation. L'ablation complète des organes malades doit être naturellement évitée autant que possible, mais lorsqu'on se trouve en présence de cas négligés depuis longtemps, il vaut toujours mieux avoir recours à une opération complète que palliative. — *Gazette le gynécologie.*

## PÆDIATRIE.

**Des hémorrhagies intestinales chez les nouveau-nés.** — Les hémorrhagies intestinales sont assez rares chez les nouveau-nés, mais j'en ai rencontré un assez grand nombre d'exemples dont plusieurs ont été publiés dans un chapitre spécial de mon *Traité des maladies des enfants*, à une époque où ce sujet était encore peu connu.

L'hémorrhagie n'est qu'un symptôme, cela est bien évident, mais de quelle lésion humorale ou solide est elle le symptôme ? Elle se manifeste chez des enfants de un jour à trois semaines, sur les deux sexes également. Elle dépend parfois de l'hérédité lorsqu'il y a *hémophilie* ou purpura et cette cause est assez fréquente, — de la *syphilis*, d'après Pinard, Auvard, Eischel, etc ; de la *déglutition du sang* sur le mamelon gercé de la mère ou de la nourrice, mais ces cas ne sont jamais graves. — de la *congestion muqueuse gastro-intestinale* par gêne à la circulation de la veine porte, gonflement du foie ou difficulté de l'établissement de la respiration ; — des embolies capillaires causées par la migration des caillots formés dans la veine ombilicale ; — de l'obstruction d'une artériole de la muqueuse affaiblissant la vitalité des tissus et permettant au suc gastrique de les corroder, ce qui est l'opinion de Landau ; enfin des ulcérations simples de l'estomac ou du duodénum, ulcérations très petites de 8 millimètres sur 6 et qui ont été observées plusieurs fois par divers médecins. D'après M. Dassar ces ulcères se voient principalement dans le duodénum, dans l'estomac, mais jamais dans les dernières portions de l'intestin grêle et du gros intestin. Ces lésions se trouvent de préférence au niveau de la deuxième portion du duodénum près du pylore ou au voisinage de l'embouchure du canal cholédoque (Obs. de Landau, Anders, Spiegelberg). À l'estomac, ces ulcérations sont un peu disséminées sur les différentes parties de cet organe ; tantôt on les rencontre sur la face interne et près du grand cul-de-sac, tantôt au niveau du cardia ou pylore.

*Forme de ces ulcères.*—Le plus souvent les auteurs signalent la forme arrondie, décrivent les bords comme réguliers, taillés à l'emporte-pièce. Ils peuvent être cependant sinueux et déchiquetés; certains ulcères sont allongés, parfois même ont une tendance à devenir annulaires (Genrich).

*Profondeur.*—Ordinairement les ulcères n'intéressent que la muqueuse; mais il n'en est pas toujours ainsi. Ils peuvent entamer aussi la tunique musculaire, atteindre même la séreuse péritonéale, de telle sorte qu'ils deviennent perforants.

*Fonds de l'ulcère.*—Tantôt l'ulcère semble être fermé par un gros caillot qui le masque parfois entièrement (cas de Landau), tantôt il est comme tapissé par une sorte de couenne grisâtre; dans d'autres cas, il reste béant et son fond est rougeâtre. Il est assez fréquent de voir y aboutir un vaisseau, qui est coupé comme par un instrument tranchant.

*Lésions de voisinage.*—Lorsque l'ulcération est perforante, on a signalé quelquefois l'existence d'une congestion inflammatoire du péritoine, mais alors le malade succombe trop rapidement pour que les lésions de la séreuse soient bien profondes.

*Lésions concomitantes.*—Presque toujours, quand il existe des ulcères stomacaux, ou duodénaux, les principaux viscères de l'économie se sont montrés remarquablement exsangues.

Les symptômes généraux du début sont peu caractérisés et c'est souvent la nourrice qui, en déshabillant l'enfant, s'aperçoit que les langues contiennent du sang, ou bien elle en remarque quelques taches sur l'oreiller selon qu'il y a eu mélena ou hématomèse. Le nouveau-né paraît être, quelquefois en effet, assez bien portant, il n'est pas pâle et tette même très bien.

L'hémorrhagie est alors peu abondante et cesse ordinairement. La maladie est limitée aux symptômes purement objectifs que nous décrirons bientôt, c'est-à-dire l'hématomèse et le mélena. Si elle continue, apparaissent peu à peu les signes ordinaires des hémorrhagies d'une certaine importance que nous étudierons dans ce chapitre.

Quant à ces hémorrhagies gastro-intestinales peu considérables des nouveau-nés, qui ne se manifestent pas par des signes extérieurs, et dans lesquels la mort aurait été observée, elles doivent être bien rares.

Si parfois la mort peut arriver avant que les garde-robes ou les vomissements puissent révéler l'accident, la cause doit en être recherchée ailleurs.

Lorsque le sang sort en abondance des vaisseaux pour se répandre dans le tube digestif, les symptômes sont très caractéristiques et très nets. Avant l'apparition de l'hématomèse et du mélena, il y a généralement des symptômes précurseurs qui sont pour faire prévoir le diagnostic d'une grande importance. Le nouveau-né semble abattu, il dort continuellement et l'on peut voir

survenir des changements fréquents de coloration de la face. Quelquefois on remarque une certaine agitation, des convulsions dans les membres et les muscles de la figure. La déglutition est pénible, difficile, accompagnée de nausées.

Ces symptômes coïncident, croyons nous, avec l'épanchement de sang dans l'intestin.

Quelques instants après, le diagnostic est confirmé par l'expulsion plus ou moins rapide du sang par la bouche ou l'anus. Alors apparaissent les signes caractéristiques des hémorrhagies abondantes : la pâleur des téguments, la décoloration de la muqueuse conjonctivale, de la muqueuse des lèvres, les extrémités se refroidissent, le pouls devient faible, petit, la respiration est inégale, irrégulière, enfin, l'enfant est dans un état très grand de prostration. Si la terminaison doit être fatale, les symptômes d'anémie s'accroissent, la peau prend une teinte jaune cirreuse, les yeux sont convulsifs en haut, la température s'abaisse de plus en plus, et le petit malade ne peut plus ni téter ni crier. Il vomit tout ce qu'on lui fait prendre et perd de son poids de jour en jour. D'autres fois les phénomènes nerveux dominent la scène. Le nouveau-né est agité, a des tremblements, des mouvements convulsifs, la respiration est spasmodique.

Au point de vue de l'état de l'abdomen, le plus souvent on ne trouve rien d'anormal. Généralement le ventre est souple, non ballonné, parfois cependant il est le siège d'une légère sensibilité et d'un peu d'empatement.

Enfin, quel que soit le temps que séjourne le sang dans le tube digestif, il finit par être expulsé soit par la bouche, soit par l'anus, ou par ces deux orifices simultanément.

L'hématémèse seule est assez rare. Cependant plusieurs auteurs en rapportent des exemples. Le sang est tantôt noir, tantôt rouge, selon qu'il a séjourné un temps plus ou moins long dans le tube digestif. La quantité de sang expulsé par hématomèse est ordinairement assez considérable sans être toutefois généralement aussi abondante que dans les évacuations par l'anus. Les vomissements surviennent ordinairement chaque fois que l'on donne le sein à l'enfant. Mais il est plus fréquent de voir le mékæna seul que l'hématémèse.

Le sang rejeté par l'orifice anal peut présenter les mêmes caractères que celui qui est rendu par vomissements et, cela, pour la même raison. Il peut être, en effet, rouge, franchement pur, apparaître en plus ou moins grande quantité et avec une plus ou moins grande fréquence. Le sang sort parfois aussi sous forme de caillots allongés et assez grêles, ainsi que M. Ribemont en a rapporté une observation ; d'autres fois, et c'est ce qui arrive le plus souvent, il est parfaitement noir, c'est le véritable mékæna. La première expulsion est généralement mélangée au méconium et le mékæna précède l'hématémèse. Enfin, lorsque chez un nouveau-né

on saisit dans son état ce changement soudain qui caractérise une grande hémorrhagie et qu'immédiatement un sang pur est expulsé par l'anus, on peut dire que l'entérorrhagie vient de se produire dans un point de l'intestin assez rapproché de l'orifice anal.

Que l'hémorrhagie se fasse sous forme d'hématémèse ou de mélæna, elle débute généralement dans les premières vingt quatre heures ou dans le deuxième jour qui suivent l'accouchement. Cependant quelques auteurs, tels que Barrier, Billard, Rilliet et Barthez, signalent le début à une époque un peu plus reculée, et ils rapportent des faits où l'évacuation sanguine n'est survenue chez des enfants qu'au bout de cinq, six et même huit jours.

*Pronostic.*—Les auteurs qui ont traité avant nous l'hémorrhagie gastro-intestinale chez les nouveau-nés en ont fait une affection très grave. En relisant les principes statistiques nous constatons : que Kling a perdu 6 enfants sur 17, que sur 23 cas cités par Rilliet, l'issue a été funeste onze fois ; la mort est survenue neuf fois rapidement et deux fois à la longue par épuisement. D'après Silbermann la guérison serait de 56 0/10 et Dasser rapporte que sur 78 cas il y a eu 35 guérisons et 43 morts.

*Traitement.*—On peut appliquer sur le ventre des compresses froides d'eau et de vinaigre ; des boissons froides ; une potion de 100 grammes avec de l'eau de Rabel 1 gr. ; deux à cinq gouttes de perchlorure de fer dans l'eau ; une potion avec 1 gramme d'extrait de ratanhia ou d'hamamelis virginica.

Si l'enfant est très affaibli il faudra lui donner de l'eau chaude et une demi-cuillerée à café de cognac.—DR. BOUCHUT, in *Paris médical*.

**De l'adénite périphérique généralisée comme signe de tuberculose.** Clinique de M. le Prof. GRANCHER.—Le diagnostic de la tuberculose est souvent si difficile qu'il faut profiter de tout les signes qui peuvent y être de quelques secours. M. le docteur Marinescu en a étudié récemment un dans thèse qui peut être utile ; c'est celui que M. Legroux a été décrit sous le nom de micropoly-adénopathie. M. Grancher l'appelle plus simplement adénopathie périphérique.

Il y a des enfants chez lesquels tous les ganglions sont un peu hypertrophiés et un peu endurés ; ces ganglions, au lieu d'être à peine appréciables au toucher comme à l'état normal, se reconnaissent facilement et donnent au toucher la sensation de petits grains de plomb. Ils roulent sous le doigt, mais sont indolents et sans aucune adhérence à la peau. C'est un symptôme peu apparent et qu'il faut chercher pour le trouver.

Au point de vue de cette recherche, les ganglions peuvent être divisés en plusieurs groupes : les ganglions inguinaux, et ici il n'est question que de ganglions superficiels, divisés eux-mêmes en deux groupes : ceux qui sont à la base du triangle crural et

ceux qui sont à son sommet; ceux là ne reçoivent aucun lymphatique des viscères. Viennent ensuite les ganglions axillaires qui sont mixte en quelque sorte, puisqu'ils sont en communication avec la plèvre, puis les ganglions cervicaux placés le long du sterno-mastoïdien, en communication avec le larynx et la trachée, et enfin les ganglions de la tête placés les uns derrière la nuque, les autres plus en dehors, d'autres près de la parotide, d'autres encore sous-maxillaires. Toutes ces chaînes se touchent formant une véritable nappe ganglionnaire. Or tous ces ganglions peuvent être atteints avec les caractères qui viennent d'être indiqués d'une façon plus ou moins généralisée et devenir alors un élément important de diagnostic.

Du travail antérieur de M. Legroux, il résulterait que tout sujet atteint de tuberculose locale présenterait de l'adénopathie sous-cutanée généralisée. M. Grancher ne croit pas que ce rapport soit aussi constant; néanmoins, lorsqu'on voit survenir par exemple des accidents faisant craindre la méningite et que ce signe existe, il faut en tenir grand compte. Il en est de même lorsqu'un enfant présente des accidents abdominaux fébriles. La tuberculose péritonéo-intestinale est alors presque certaine. M. Legroux considère d'ailleurs cette adénopathie généralisée qui disparaît souvent avec l'âge, comme une manifestation primitive de la tuberculose.

Dans ces conditions il était intéressant de savoir à quoi s'en tenir sur la nature de ces ganglions; c'est ce qu'a fait M. Marinescu en étudiant leur structure bactériologique. Il les a étudiés à différents degrés de développement, mais le fait le plus important au point de vue de ce signe diagnostique, c'est que les plus petits de ces ganglions, alors même qu'ils ne présentent à l'œil nu aucunement l'aspect tuberculeux, renferment des bacilles, et communiquent la tuberculose aux animaux par inoculation.

Ces recherches viennent donc confirmer la valeur diagnostique de ce signe. M. Grancher a pu montrer à sa clinique deux enfants chez lesquels il a été fort utile au début; l'un avait des signes encore obscurs de méningite, l'autre de tuberculose intestinale, et la marche de la maladie a confirmé leur nature tuberculeuse. Chez un troisième, cependant, le signe fut en défaut, car les phénomènes cérébraux se dissipèrent bientôt. Mais dans ce dernier cas, l'adénopathie n'était pas aussi généralisée qu'elle doit l'être pour avoir toute sa signification; il faut ajouter que pour que ce signe ait toute sa valeur, il faut vérifier avec grande attention s'il n'existe pas des lésions légères de la peau ou du cuir chevelu susceptibles de produire une adénopathie plus ou moins étendue.

En somme, il s'agit d'un signe de probabilité, mais non d'une certitude et qui peut, en s'unissant à d'autres, prendre une grande importance dans le diagnostic.—*Abeille médicale.*

### Emploi des antipyrétiques dans les affections infantiles.—

L'étude, à l'hôpital de Berne, des affections de l'enfance, en ce qui concerne cette médication, a démontré que des élévations de température modérées, de 38°5 à 39°5, ne durant que peu de jours; ne nécessitent aucunement l'emploi des médicaments antipyrétiques.

M. DEMME, professeur de pédiatrie à Berne, préfère l'application autour du tronc d'un drap humide et froid renouvelée toutes les heures ou toutes les deux heures. L'expérience lui a appris l'excitation nerveuse et l'agitation qui accompagnent les températures moyennes, l'insomnie qui n'est pas rare dans ces cas, sont combattues avec succès par un bain tiède de 26 à 28 degrés durant de 5 à 10 minutes et renouvelé de une à deux fois par jour.

Ce ne sont que les températures élevées et persistantes de 40 degrés qui semblent nécessiter l'emploi des antipyrétiques dont nous disposons et encore sous certaines réserves. Ce n'est pas, en effet, l'élévation seule de la température qui doit dans ces cas entrer en ligne de compte, c'est également le caractère même du processus pathologique qui lui a donné naissance, ainsi que la force de résistance du malade.

D'après M. Demme, la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les broncho-pneumonies sont les affections qui supportent le mieux le traitement médicamenteux antipyrétique. Par contre, il évite ce dernier ou ne l'emploie qu'à son corps défendant dans la diphtérie, les exanthèmes aigus (scarlatine, rougeole, etc., etc.) et dans la pneumonie fibrineuse.

L'emploi combiné des bains et des médicaments antithermiques ne lui semble pas recommandable, pas plus que le bain rafraîchissant à température progressivement décroissante; il ne fait usage de ce dernier que très rarement, en cas d'indications spéciales émanant de l'exagération du chiffre de la température. Par contre, les *bains tièdes* lui auraient toujours donnés des résultats antipyrétiques satisfaisants; il les fait donner à 26 degrés et les accompagne, quand il existe des symptômes comateux et une teinte légèrement cyanotique de la face, d'*affusions froides de la tête et de la nuque*, renouvelées souvent et à de courts intervalles pendant le bain.

Pour ce qui concerne le choix des antipyrétiques, M. Demme donne la préférence, dans le cas de rhumatisme articulaire aigu, au *salicylate de soude*, à condition toutefois que les organes digestifs le tolèrent, car s'il existe de la répulsion pour ce médicament et une tendance à la diarrhée et aux vomissements, il le remplace par le *salol*.

Les doses journalières du salicylate de soude sont les suivantes :

Pour un enfant de	2 à 4 ans	0 gr. 50 à 1 gr.
—	5 à 10 ans,	1 gr. à 2 gr.
—	11 à 15 ans,	2 gr. 50 à 3 gr.

Celles du salol sont les suivantes :

Pour un enfant de 2 à 4 ans, 3 fois par jour, un paquet de 25 à 35 centigrammes.

Pour un enfant de 5 à 10 ans, 3 à 4 fois par jour, un paquet de 50 à 75 centigrammes.

Pour un enfant de 11 à 15 ans, 3 à 4 fois par jour, un paquet de 75 centigrammes à 1 gramme.

Dans la fièvre typhoïde, la thalline, sous forme de sulfate de thalline, aurait rendu les plus précieux services. Il en administre indemne un paquet toutes les 2 heures à la dose de :

Pour un enfant de	3 à 4 ans.	1 centigramme
—	5 à 10 ans,	2 —
—	11 à 15 ans,	3 à 5 —

—Suivant nous, la thalline doit être laissée de côté parce qu'elle détermine quelquefois de la cyanose et du collapsus.

Dans les broncho-pneumonies à haute température, sujettes à des rechutes et d'une longue durée, M. Demme préconise à la première période les doses répétées d'*antipyræe*. Il l'administre en solution dans de l'eau à laquelle il ajoute un peu de sucre et quelques gouttes de cognac. Grâce à cette préparation, il n'a eu qu'exceptionnellement à constater des troubles de l'appétit ou des vomissements. C'est toujours à elle qu'il a eu recours, et cela avec succès, quand il s'agissait d'abaisser des températures d'une élévation exagérée dans les broncho-pneumonies, au cours d'exanthèmes aigus ou d'une diphtérie grave. C'est donc l'antipyrine qu'il préfère à tous les antipyrétiques. Il la prescrit à la dose de 2 à 3 grammes par fractions qui sont administrées d'heure en d'heure.

Pour les enfants de	2 à 4 ans,	20 à 40 centigrammes
—	5 à 10 ans,	50 à 74 —
—	11 à 15 ans,	80 cent. à 1 gramme.

Ces doses sont absolument suffisantes pour remplir leur but et M. Demme ne s'explique pas que certains médecins préconisent des doses bien plus considérables qui ont l'inconvénient d'amener des vomissements et des températures de collapsus.

Quand il s'agit, dans le cours d'une broncho-pneumonie, d'abaisser la courbe de la fièvre hectique, l'antipyrine ou l'un quelconque des nouveaux antipyrétiques appartenant à la série aromatique, ne produisent que peu d'effets. Par contre, le sulfate de quinine donne les résultats les plus remarquables; on peut, grâce à lui, non seulement hâter la terminaison de la maladie, mais même la juguler.

Les doses sont :

Pour des enfants de	2 à 4 ans,	20 à 40 centigrammes.
—	5 à 10 ans,	50 centigrammes.
—	11 à 15 ans,	75 cent. à 1 gramme.

—Concours médical.

**Mortalité des enfants hérédosyphilitiques.** — Longtemps méconnue par les médecins, cette funeste conséquence de la syphilis doit entrer en ligne de compte parmi les causes de la dépopulation. M. KIRKUS a étudié la question et a dressé une statistique qui est un éloquent réquisitoire contre les syphilitiques. Il en tire les conclusions suivantes :

La syphilis est une cause puissante d'avortements et de mortalité chez les enfants.

La proportion des avortements et des accouchements prématurés est de 24 pour 100 à l'hôpital Saint-Louis et de 38 pour 100 à l'hôpital de Lourcine.

Les enfants syphilitiques meurent dans la proportion de 48 pour 100 du fait de la syphilis paternelle, et dans la proportion de 78 pour 100 du fait de l'hérédité mixte. L'ancienneté de la maladie affaiblit l'influence de la syphilis, de sorte que du fait de la syphilis ancienne les enfants ne meurent que dans la proportion de 40 pour 100.

Les enfants hérédosyphilitiques meurent en général dans les premiers mois de leur existence.

Il leur arrive quelquefois de vivre plusieurs années et de mourir d'accidents cérébraux tardifs.

M. Fournier suppose que la syphilis est la cause de malformations congénitales. Cette opinion est partagée par M. Lannelongue. — *Paris médical.*

---

## MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

---

**Le sel d'Epsom, dans le traitement de la dysenterie aiguë,** par A. LEAHY. — L'auteur publie les résultats de quatre-vingt-quinze cas de dysenterie traités par lui à Hyderabad. Tous ces cas se rapportent à des malades pauvres, qui cherchent un asile dans les hôpitaux. De ces quatre-vingt-quinze malades, trois sont morts, dont deux étaient déjà moribonds, à leur arrivée à l'hôpital. Selon l'auteur, il faut en moyenne deux jours de traitement par le sel d'Epsom pour faire disparaître les symptômes de dysenterie. Après la disparition des symptômes dysentériques, on administrait aux malades une potion astringente, avec du opium. Le mode d'administration de l'auteur est le suivant : on prend une quantité de sulfate de magnésic suffisante pour saturer 7 onces (210 grammes) d'eau, et on y ajoute 30 grammes d'acide sulfurique dilué. On prend une à deux cuillères à bouche dans un

verre d'eau toutes les heures jusqu'à l'effet. On peut administrer, en même temps du sulfate de morphine ou des lavements d'amidon laudanisés.

L'auteur affirme qu'au début de la dysenterie, les solutions saturées de sel d'Epsom agissent d'une façon étonnante. S'il y a de la fièvre, elle disparaît ; le sang et les mucosités disparaissent des selles et elles deviennent abondantes, féculentes et bilieuses ; le ténésme cesse. L'anxiété des malades diminue ; les fonctions de la peau deviennent plus actives, et le sommeil apparaît après les premières doses. C'est principalement dans la dysenterie aiguë que la méthode du docteur Leahy agit favorablement, plus le cas devient chronique, moins bien agit cette méthode.

Voici les conclusions de l'auteur :

1o. Ce traitement ne produit pas des effets dépressifs sur le système nerveux ;

2o. Il ne produit ni nausées, ni vomissements ;

3o. Il calme et repose le malade ;

4o. Ses effets sur la muqueuse intestinale sont salutaires, puisqu'il fait disparaître l'hyperhémie, de sorte qu'il prévient la formation des ulcères, et ceux qui se sont déjà formés sont placés dans des conditions plus défavorables pour la guérison. Il prévient l'inflammation aiguë et l'engorgement de la muqueuse, qui aboutit à une mortification des tissus.—*Abeille médicale.*

#### Perchlorure de fer dans le traitement du chancre mou.—

Frappé par les résultats brillants obtenus par Winckel dans le traitement des ulcères puerpéraux par le perchlorure de fer, RETZEL l'a employé contre le chancre mou. Les badigeonnages avec le perchlorure de fer répétés pendant quatre jours transforment le chancre en une surface avec granulations saines qui, traité par le calomel, guérit en cinq jours. La douleur occasionnée par l'application du remède est rarement assez vive pour nécessiter l'anesthésie préalable par la cocaïne.—*Praticien.*

**Des indications de la saignée.**—M. PYE-SMITH a fait à la Royal Medical and Chirurgical Society de Londres, sur les indications et les contre-indications de la saignée, une communication dont voici les conclusions :

Il faut saigner : 1o quand il y a cyanose avec distention des cavités cardiaques droites produite soit par un obstacle dans la circulation pulmonaire ou dans la grande circulation ; 2o quand on est en présence de phénomènes convulsifs urémiques ; 3o dans les cas d'anévrisme de l'aorte quand les douleurs sont très vives.

Il ne faut pas saigner dans les fièvres, dans les inflammations aiguës, dans les hémorrhagies cérébrales ; il faut être très réservé de la saignée dans les pneumonies aiguës.

M. Pye-Smith a appuyé ses conclusions sur une série d'observations très démonstratives.—*Praticien.*

**Du jambul dans le traitement du diabète** par M. DUJARDIN-BEAUMETZ.—Le jambul, *Eugenia jambolana* ou *zygium jambolanum*, est une myrtacée dont les graines ont été préconisées dans le traitement du diabète. Scott avait fait à ce sujet une série d'expériences et avait avancé que, si on mélange de l'amidon et du malt avec de la poudre de jambul, la fermentation qui s'établit ne donne que 19 o/o. M. Villy et moi avons repris ces expériences et sommes arrivés à des résultats diamétriquement opposés, du moins pour ce qui concerne les expérimentations *in vitro*.

Pour ce qui est relatif aux expériences cliniques, voici ce que j'ai constaté, lorsqu'on administre aux diabétiques de la poudre de jambul à la dose de 3 à 10 grammes par jour : s'il s'agit de *diabète grave*, c'est-à-dire d'une variété de diabète que ne modifie pas le régime alimentaire, l'emploi du jambul ne donne que de mauvais résultats, il aggrave même la situation ; s'il s'agit d'un *diabète bénin*, c'est-à-dire d'un diabète qui guérit par le seul régime alimentaire, je n'ai pas besoin de dire qu'on ne peut juger de l'efficacité du médicament ; pour le *diabète moyen*, celui qui s'améliore beaucoup, sans disparaître cependant, sous l'influence du régime, j'ai constaté que le jambul était un médicament adjuvant très utile ; lorsqu'on a vu la quantité de sucre, sous l'influence du régime approprié, diminuer beaucoup, on peut remarquer que le jambul prescrit à ce moment-là, fait diminuer ou même disparaître la glycosurie.

Par contre, chose curieuse, si le malade ne se soumet pas aux règles sévères de l'hygiène élémentaire, le jambul produit alors une aggravation.

Comment agit ce médicament adjuvant dans le diabète ; comment pourrait-on le prescrire autrement que sous forme de poudre ? Ce sont là des questions que je n'ai pas encore résolues.

M. DUBOUSQUET-L'ABORDERIE.—Sur cinq malades diabétiques que j'ai suivis très régulièrement, j'ai pu constater les mêmes effets thérapeutiques du jambul que M. Dujardin-Beaumetz ; au bout de trois à cinq jours, s'il s'agit d'un diabétique traité par le régime et d'une forme de moyenne gravité, le sucre disparaît.

Enfin, j'ai constaté de bons effets du jambul dans un cas de diarrhée observé chez un jeune soldat qui revenait du Tonkin.—*Abeille médicale*.

**Menthol dans les maladies de l'oreille.**—Le menthol a été recommandé, il y a un an, par M. Cholewa pour les furoncles du conduit auditif externe avec l'idée que ce remède agissait comme un antiseptique. Mais c'est aussi un analgésique. On l'applique sur du coton sous forme de solution huileuse (à 20 o/o). Le docteur SZENES (de Budapesth) s'en est servi dans sept cas de furoncle et deux cas d'otite externe diffuse. Dans un de ceux-ci l'inflammation venue d'un catarrhe chronique de l'oreille moyenne

avait envahi le conduit auditif externe; le méat auditif externe était presque oblitéré par la tuméfaction. L'insertion d'un bourdonnet trempé dans la solution huileuse fit disparaître l'enflure, de sorte qu'on put traiter l'affection profonde. Sur les sept furoncles, le foyer se trouvait ouvert trois fois avant l'introduction du menthol; dans les quatre autres cas on s'en servit directement, les malades refusant une opération préalable. D'après Szenes, bien que ce remède ne puisse s'opposer à la formation de nouveaux furoncles, il convient fort bien. On change le tampon une fois par jour et l'on évite la nécessité de pansements minutieux.—*Lyon médical*.

**Du salol dans la blennorrhagie.**—M. HIRTZ croit, avec MM. Dreyfous, Lacroix et William White que le salol a une action non douteuse sur l'écoulement blennorrhagique. Ses expériences portent sur 33 cas. Vingt fois le salol pur ou associé au copahu ou au cubèbe, a guéri l'écoulement en douze jours, quelquefois huit. Dix fois, le résultat a été le même qu'avec les autres résineux. En portant la dose à 5 ou 6 grammes, il n'a pas constaté la coloration noire phéniquée des urines. Il prescrit le salol par cachets de 0,35 à 0,40 ou bien par capsules mixtes au copahu ou au santal.—*Paris médical*.

---

Le *jambul* est originaire des Indes et se cultive aux Antilles. Les feuilles, à court pétiole, ont de trois à quatre pouces de long; elles sont oblongues, ovoïdes et à l'exception d'autres feuilles de plantes de même ordre ne donnent pas de points transparents à la lumière transmise. Elles ont une saveur et une odeur épicées. Vers le mois de juillet ou d'août l'arbre porte un fruit rouge pourpre de la grosseur d'une olive avec un gros noyau vert. On y trouve une proportion considérable de tannin. Ce fruit s'emploie dans la diarrhée et comme gargarisme dans les inflammations de la gorge.—*Pacific Record*.

---

## FORMULAIRE

**Collodion antigoutteux.**

P.—Collodion flexible .....	5 parties.
Ether sulfurique.....	5 “
Acide salicylique.....	4 “
Muriate de morphine .....	1 “

M.—En application toutes les heures sur l'orteil atteint. — *Médecine moderne.*

**Coqueluche.**—*Germain Sée.*

P.—Racine de belladone pulvérisée .....	1/5 grain.
Poudre de Dover.....	1/2 “
Soufre sublimé.....	4 “
Sucre blanc .....	10 “

M.—*Dose* : A prendre de deux à dix fois par jour. — *Journal de médecine.*

**Hémicranie.**—*Hammerschlag.*

P.—Citrate de caféine .....	1/4 grain.
Phénacétine.....	2 1/2 “
Sucre de lait.....	3 1/4 “

M.—Administrer dans du lait toutes les deux heures. — *St. Louis Medical and Surgical Journal.*

**Constipation.**—*Lutaul.*

P.—Citrate de fer et d'ammonium .....	30 grains.
Extrait fluide de cascara sagrada.....	35 minimes
Saccharine .....	8 grains.
Eau.....	2 1/2 onces.

M.—*Dose* : Une demi-cuillerée à thé trois fois par jour avant les repas.

**Vomissements des enfants.**—*Hollopetcr.*

P.—1o. Calomel.....	1/2 grain.
Sousnitrate de bismuth.....	1/2 drachme.
Sucre de lait .....	4 grains.

M.—Faire 12 poudres. *Dose* : Une prise toutes les deux heures. — *Pacific Record.*

P.—2o. Créosote de hêtre.....	1 goutte.
Sucre de lait .....	10 grains.

M.—Faire 12 poudres. — *Pacific Record.*

# L'UNION MEDICALE DU CANADA

Propriétaire et Administrateur: — — Dr A. LAMARCHE.

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

Secrétaire de la Rédaction: — — — Dr M. T. BRENNAN.

MONTREAL, AVRIL 1891.

---

## BULLETIN.

---

### L'analyse de l'urine dans les examens d'assurance sur la vie.

---

L'analyse de l'urine est-elle toujours nécessaire dans les examens d'assurance sur la vie? A voir le petit nombre de compagnies qui ne font pas figurer cette analyse dans la série des questions d'examen, on pourrait répondre à coup sûr *oui*. De même est-on tout naturellement porté à répondre dans l'affirmative quand on songe à la grande fréquence de l'albuminurie et à l'importance extrême attachée à ce symptôme par la plupart des pathologistes. En effet, s'il est des auteurs qui admettent volontiers l'existence d'une albuminurie dite physiologique, plus ou moins transitoire et dépourvue de tout caractère grave, en revanche il en est plus encore qui considèrent la présence de l'albumine dans l'urine comme constituant, dans tous les cas, un accident des plus sérieux, en ce qu'il indique l'existence très probable d'une lésion rénale quelconque ou d'une maladie générale avec laquelle il faut nécessairement compter.

Mais s'il est théoriquement vrai que l'albuminurie soit toujours un symptôme sérieux, en est-il de même pratiquement? *Non*, répondent les partisans de l'albuminurie physiologique. *Non*, répondent encore certaines compagnies d'assurance, qui affectent de ne pas s'occuper plus que de raison du caractère de l'urine, et qui n'exigent pas l'examen de cette sécrétion chez ceux qui sollicitent l'octroi d'une police. D'après un relevé assez exact, en effet, le chiffre annuel de la mortalité ne serait pas plus élevé parmi les assurés des compagnies où on n'analyse pas l'urine que parmi ceux des compagnies qui exigent cette analyse. D'autre part, quelle importance faut-il attacher à la présence du mucus,

du pus, des cylindres, du sucre, des sédiments, etc ? Si la réponse est facile pour ce qui concerne le sucre et le pus, elle ne l'est pas toujours quand il s'agit des cylindres, ou de certains sédiments de nature mal définie ou liés à un état pathologique transitoire. Souvent l'âge du sujet, son mode de vie, ses habitudes, sont alors de nature à modifier sensiblement la portée pronostique de l'analyse.

Dans une note lue dernièrement au *Chicago Post Graduate Medical School* (1) par M. le Dr. Purdy, de Chicago, nous trouvons, brièvement mais très pratiquement résumés, les règles qui doivent guider le médecin examinateur dans ces cas et l'engager à accepter ou à refuser tel ou tel risque. Ceux de nos lecteurs, et ils sont nombreux, qui sont examinateurs de compagnies d'assurance, nous sauront gré de reproduire ici, en entier, les conclusions du Dr. Purdy :

1. Si l'urine est albumineuse, le risque ne doit pas être recommandé pour le seul fait que la quantité d'albumine est petite, même s'il n'y en avait que des traces.

2. S'il y a de l'albumine dans l'urine et que l'applicant soit âgé de plus de quarante ans, rejetez l'application.

3. Si l'on constate dans l'urine la présence de l'albumine et de cylindres, l'application doit être rejetée, quel que soit d'ailleurs l'âge du sujet et quelle que soit la quantité d'albumine.

4. Si l'albumine se trouve dans l'urine en quantité considérable—2 grammes par litre ou davantage—le risque doit être rejeté.

5. Si l'applicant a atteint ou dépassé l'âge mûr et a toujours été bon mangeur, surtout en viandes ; s'il se lève régulièrement toutes les nuits pour évacuer des quantités considérables d'une urine limpide et à gravité spécifique peu élevée ; si en outre il y a tension marquée du pouls avec augmentation d'intensité du second bruit, rejetez l'application, même en l'absence de toute trace d'albumine.

6. Si l'examen révèle la présence de véritables cylindres rénaux : épithéliaux, granuleux, gras, hyalins ou composés, rejetez l'application, même si l'urine n'est pas albumineuse.

7. Si l'urine a une gravité spécifique normale (1.020), ou plus élevée que la normale, mais si elle contient de l'albumine à de certains temps, tandis qu'en d'autres elle n'en offre pas de traces, surtout le matin, au lever, et s'il n'y a pas de cylindres, l'applicant n'ayant pas atteint trente ans et paraissant être en bonne santé, l'albuminurie doit être indubitablement de forme fonctionnelle, et la compagnie peut accepter le risque sur le pied d'une dotation de dix ans. A tout prendre, néanmoins, de tels risques ne peuvent être considérés comme étant absolument sûrs.

8. Si l'applicant a été sujet à des attaques fréquentes ou occasionnelles de gravelle—et cela récemment—l'application doit être rejetée.

(1) In *N. Y. Medical Journal*, 28 février 1891.

9. Si l'applicant a eu une ou plusieurs attaques de gravelle et accuse plus ou moins de douleur sourde à la région rénale, et si enfin l'urine est plus ou moins trouble par la présence du pus, l'application doit être rejetée.

10. Si l'applicant ayant eu des attaques de gravelle, cinq ans se sont écoulés depuis la dernière attaque, l'urine restant parfaitement normale et aucune douleur ne se faisant sentir du côté du rein, le risque peut être accepté.

11. Si l'applicant a dépassé l'âge de cinquante ans et si la miction se fait parfois avec plus ou moins de lenteur et de difficulté, le jet étant petit, bifurqué ou vertical et s'arrêtant quelquefois brusquement avant la fin, s'il est obligé de se lever chaque nuit régulièrement pour vider sa vessie et s'il est sujet à des accès périodiques de miction fréquente, le risque ne doit pas être accepté, même dans le cas où l'urine elle-même serait absolument normale.

12. Si l'urine renferme du sucre, l'application doit être rejetée.

13. Si l'urine est trouble par mélange de pus ou de sang, l'application doit être également rejetée.

### “ L'Institut Pasteur ” de New-York.

Nous avons reçu de la part de M. le Dr GIBIER, directeur de l'*Institut Pasteur*, de New-York, le premier rapport annuel de cette institution, et nous nous hâtons d'en communiquer le détail à nos lecteurs.

Du 18 février 1890 au 18 février 1891, 828 personnes, mordues par des chiens ou des chats, se sont présentées pour traitement. Ces sujets peuvent être divisés en deux catégories :

1° Pour 643, il fut prouvé que les animaux qui les avaient mordus n'étaient pas enrégés. Ces sujets furent en conséquence renvoyés, après traitement de la morsure quand la chose fut jugée nécessaire.

2° Dans 185 cas le traitement anti-rabique fut mis en œuvre, la rage chez les animaux qui avaient mordu ayant été prouvée, soit cliniquement, soit par suite d'inoculations faites dans le laboratoire, et, dans beaucoup de cas, par la mort d'autres personnes ou animaux mordus par les mêmes chiens. *Aucun cas de mort par rage n'a été rapporté chez les sujets ainsi inoculés.*

Les sujets pauvres ont été traités gratuitement.

Les malades sont répartis comme suit, par États, Territoires, &c.

New-York.....	81
New-Jersey.....	27
Massachusetts .....	16
Connecticut .....	11
Illinois.....	9

Georgie .....	5
Caroline du Nord.....	5
Pensylvanie.....	5
Maryland .....	3
Missouri ..	3
New-Hampshire.....	2
Texas.....	2
Kentucky.....	2
Ohio.....	2
Maine.....	1
Arizona.....	1
Minnesota.....	1
Iowa .....	1
Caroline du Sud.....	1
Nebraska.....	1
Rhode-Island ..	1
Arkansas.....	1
Virginie.....	1
Louisiane.....	1
Territoire Indien.....	1
Ontario (Canada) .....	1

M. le Docteur GIBIER voudra bien agréer, avec nos remerciements pour l'obligeance qu'il a eue de nous communiquer les rapports de son Institut, nos très sincères félicitations pour le succès qu'il a obtenu jusqu'à ce jour. Nous savons avec quel zèle et quel talent M. GIBIER a su diriger l'Institut Pasteur depuis sa fondation, et nous sommes heureux, en applaudissant à ses succès, d'en rapporter l'honneur à un des enfants de notre commune mère-patrie.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

M. le professeur Paul Lefort publie d'élégants et pratiques petits livres destinés à rendre un véritable service. Ces *manuels* légers, succinets, disposent, en un tableau dont les dimensions restreintes n'excluent pas la précision, les différentes matières : anatomie, physiologie, pathologie, hygiène, médecine légale, etc. Chaque matière est traitée dans un volume à part, où les recherches sont aisées, facilitées par un plan net et lucide.

Ces *manuels*, destinés spécialement aux étudiants, ne profiteront pas à eux seuls. Comme ils mettent en relief les points importants des diverses sciences dont ils traitent, comme ils sont mis au point des théories acceptables les plus nouvelles, comme ils mettent en regard de chaque théorie ou fait nouveau les noms de leurs parrains, ils aideront beaucoup aux recherches de prati-

ciens, et leur permettront d'étudier rapidement une question quelconque d'anatomie, de physiologie et de pathologie.

C'est une heureuse idée que la publication, par le professeur Paul Lefort, de ces *Aide-mémoire*, qui trouveront le succès mérité par toute innovation utile.

— *Manuel du doctorat en médecine. Aide-Mémoire de pathologie interne*, par le professeur Paul LEFORT. 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné, 3 fr. Librairie J. B. Baillière & Fils, 19, rue Hautefeuille (près du boulevard Saint-Germain,) à Paris.

— *Aide-Mémoire de Physiologie*. 1 vol. in-18 de 312 p. cart. 3 fr.

— *Aide-Mémoire d'Histologie, d'Anatomie (Ostéologie, Splanchnologie. Organes des Sens) et d'Embryologie*. 1 vol in-18. du 272 p. cart. 3 fr.

— *Aide-Mémoire d'Anatomie à l'amphithéâtre (Dissection, Arthrologie, Myologie, Angéiologie, Névrologie, Découvertes anatomiques*. (1 vol. in-18 de 276 pages, cartonné, 3 fr.

— *Aide-Mémoire d'Hygiène et de Médecine légale*. 1 vol. in-18 de 276 pages, cart. 3 fr.

— *Aide-Mémoire de Therapeutique, de Matière médicale et de Pharmacologie*. 1 vol. in-18 de 276 pages, cart. 3 fr.

---

## CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

---

La vaccination des enfants vient d'être rendue obligatoire pour toute l'Égypte. Tout enfant doit être vacciné trois mois après sa naissance.

Le Reichstag allemand a discuté dernièrement une pétition demandant l'admission des femmes aux études universitaires, y compris les études médicales, ainsi qu'à la profession de médecin. Le Reichstag a simplement passé à l'ordre du jour. Pas galants du tout ces Teutons!

Le prix de la quinine est tellement réduit, dit le *Medical Record*, que les manufacturiers ont dû s'organiser dans le but de produire une hausse. Une fabrique allemande, toutefois, ayant refusé de se joindre aux autres fabricants, le prix de l'alcaloïde reste au plus bas, et la lutte qui s'engage promet d'être aussi amère que l'est le médicament lui-même.

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunira à Lyon, le lundi 3 août 1891. Les questions du programme sont :

1<sup>o</sup>. Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.—Rapporteur M. le docteur Brun ;

2°. De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécutés.—Rapporteur M. le docteur Henry Contagne;

3°. De l'assistance des épileptiques.—Rapporteur M. le docteur P. Lacour.

Les rapports sur ces questions seront envoyés à chaque membre adhérent un mois avant la réunion du Congrès.

Tout document concernant le Congrès doit être adressé au Dr. Albert Carrier, médecin des hôpitaux, rue Laencin, 13, à Lyon.

**La Grippe.**— La grippe a fait derechef son apparition aux Etats-Unis, mais sous une forme plus ou moins bénigne, sauf à Chicago et en certains endroits des Etats du Sud et de l'Ouest où nous dit le *Medical Record*, elle est aussi *active* qu'elle l'était l'an dernier. A Montréal, nous n'avons eu jusqu'à ce jour, que des cas isolés et généralement peu graves.

### Université Laval, Montréal. — Faculté de Médecine.

Les examens pour le doctorat en médecine ont eu lieu dans la dernière semaine de mars et ont donné le résultat suivant :

#### 1° EXAMEN : —

*Hygiène* : MM. J. N. Albert, N. J. B. Aubin, N. Bellemare, J. A. Bernier, V. J. Bourdeau, E. A. Charron, O. Chenevert, Is. Côté, A. A. Dufresne, G. H. A. Dufresne, J. A. Duhamel, A. Fontaine, A. E. Gallant, J. A. Gélinas, A. G. Girard, C. H. Godin, F. X. P. Goyette, H. O. Joyal, A. Lefebvre, F. S. J. Létourneau, Z. J. Z. Malo, L. V. Masse, W. F. McNally, A. Mercier, E. Milot, A. F. X. L. Ouellet, J. P. Régner, J. C. D. Roberge, J. M. Rondeau, O. Routhier, H. J. Roy, A. Trudeau, L. Trudeau, R. Trudeau, H. Valois.

*Histologie* : MM. J. N. Albert, N. J. B. Aubin, N. Bellemare, J. A. Bernier, V. J. Bourdeau, E. A. Charron, O. Chenevert, Is. Côté, G. H. A. Dufresne, J. A. Duhamel, A. Fontaine, A. E. Gallant, A. G. Girard, C. H. Godin, H. O. Joyal, E. Larue, A. Lefebvre, F. S. J. Létourneau, Z. J. Z. Malo, W. J. McNally, A. Mercier, E. Milot, A. F. X. L. Ouellette, J. P. Regnier, J. C. D. Roberge, O. Routhier, H. J. Roy, A. Trudeau, L. Trudeau, R. Trudeau, H. Valois.

*Botanique* : MM. J. N. Albert, N. J. B. Aubin, N. Bellemare, J. A. Bernier, V. J. Bourdeau, E. A. Charron, O. Chenevert, I Côté, A. A. Dufresne, G. H. A. Dufresne, J. A. Duhamel, A. Fontaine, A. E. Gallant, A. G. Girard, C. H. Godin, H. O. Joyal, A. Lefebvre, L. J. Lemieux, F. S. J. Létourneau, Z. J. Z. Malo, L. V. Masse, W. J. McNally, A. Mercier, E. Milot, A. F. X. L. Ouellet, J. P. Régner, J. C. D. Roberge, J. M. Rondeau, H. J. Roy, F. C. G. Schiller, A. Trudeau, L. Trudeau, R. Trudeau, H. Valois.

#### 2° EXAMEN (M.B.) :

*Anatomie, Physiologie, Pathologie générale, Chimie* : MM. D. S.

Bélanger, C. J. Bernard, O. Chenevert, A. A. Daoust, R. J. N. Dazé, A. Duquette, A. Fontaine, J. A. Gauthier, A. E. Gendron, W. Jarry, J. E. Lamoureux, D. Landry, E. Landry, E. R. Larue, Is. Lavoieite, C. Loblanc, H. Legault, L. J. Lemieux, H. Lesage, F. S. J. Létourneau, F. X. L. De Martigny, M. J. S. Martel, S. J. McNally, H. Milot, L. A. Montpetit, E. Montpetit, J. P. M. Ouimet, D. A. Plouffe, F. X. Renaud, J. E. Rivard, F. C. G. Schiller, J. St. Onge.

### 3<sup>e</sup> EXAMEN :

*Matière médicale* : MM. J. A. Brien, F. Choquette, D. J. Crevier, T. A. Demers, S. Derome, J. S. M. Ethier, H. T. Gaboury, J. O. Johnson, F. Sylvestre.

*Tocologie* : MM. D. S. Bélanger, E. P. Benoit, J. A. Brien, L. A. Charlebois, D. J. Crevier, T. A. Demers, J. S. M. Ethier, H. T. Gaboury, D. Landry, R. Laurier, C. J. Leblanc, F. Sylvestre, J. O. Johnson, N. A. Dussault.

*Toxicologie* : M. A. Fontaine.

### 4<sup>e</sup> EXAMEN, (M.D.) :

*Pathologie interne, Pathologie externe, Médecine légale, Ophtalmologie et otologie* : MM. J. B. N. Auger, A. H. N. Bellemare, T. E. Caron, L. A. Charlebois, J. A. Chauvet, C. E. Daunais, S. Derome, J. T. Dion, N. A. Dussault, J. O. Johnson, U. J. P. Lalonde, J. D. Lemay, S. MacDuff.

Les cours du troisième terme ont commencé mercredi, le 8 avril, et se donnent dans l'ordre suivant :

Dr Duval—*Electricité médicale*, 8 h. 30 a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr Brennan—*Clinique de gynécologie*, 8.30 a. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr Foucher—*Clinique d'ophtalmologie*, 9.30 a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr Fafard—*Chimie médicale*, 9.30 a. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr Laramée—*Clinique interne*, 10.30 a. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr Brosseau—*Clinique externe*, 10.30 a. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr S. Lachapelle—*Clinique de pédiatrie*, 2 p. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr S. Lachapelle—*Pédiatrie*, 3 p. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr Brennan—*Histologie morbide*, 3 p. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr Lamarche—*Petite chirurgie*, 4 p. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr Desrosiers—*Matière médicale et pharmacologie; opérations pharmaceutiques*, 4 p. m., mardi, jeudi, samedi.

Dr Rottot—*Clinique des maladies des vieillards*, 5 p. m., lundi, mercredi, vendredi.

Dr Foucher—*Réfraction et accommodation*, 5 p. m., mardi, jeudi.

Dr Dagenais—*Clinique de toxicologie*, sur avis spécial.

## VARIÉTÉS

## Ce que le médecin doit être. (1)

Les malades, en général, ne supportent pas les damerets ; ils savent que les aigles ne se lissent pas les plumes comme les oies quand il va pleuvoir, et que le paon est un sot oiseau, lors d'il mue.

Le Docteur *Hérisson* se fâche toujours pour une vétille..... et on ne le revoit plus. Le Docteur *Platpied* au contraire ne se fâche jamais, et on peut le charger des commissions pour la ville !

On ne rencontre le Docteur *Solus*, ni au café, ni dans le monde, ni nulle part ; il vit confiné dans sa solitude comme les anciens stylites sur leurs perchoirs, au dessus et en dehors des foules. Il jouit d'une haute considération, sans doute, mais le monde ne va guère à qui semble vouloir se retirer de lui.

Son confrère *Mondain*, au contraire, est de toutes les fêtes, dîners, bals, concerts, spectacles, et l'on se demande quand il étudie ? — Il n'étudie pas. Aussi n'est-ce pas lui qu'on appelle pour les opérations graves ou les cas sérieux.

Le Docteur *Agame* est un célibataire endurci. "Tant mieux, pensent certaines gens, cela l'empêchera au moins de confier les secrets des autres à sa femme !" A ses débuts, il a eu à soigner l'essaim bourdonnant des jeunes filles à marier, atteintes d'affections indéfinissables, embaumant la fleur d'oranger. Cette clientèle charmante est éphémère comme l'efflorescence du cerisier, un arbre fruitier qu'on ne cultive pas pour ses fleurs.

Pour beaucoup le célibataire est suspect. On m'a conté à Strasbourg, qu'au moment d'émigrer, les cigognes massacrent tous les mâles surnuméraires sans ménage, afin d'assurer la paix aux ménages établis. Sans doute l'exemple de ces échassiers monogames, prévoyants et sévères, n'est pas à imiter, mais ma fable prouve que le médecin garçon est obligé à la plus grande réserve : la sévérité de sa vie doit le mettre à l'abri de tout soupçon de mauvaises mœurs. Se marier ou ne pas se marier est affaire de tempérament, de goût ou, mieux, de vocation, et devant une résolution de cette gravité, ce n'est ni le philosophe Marphurius, ni Panurge qu'il convient de consulter. Si l'on me demandait mon avis, je dirais que le jeune docteur fait bien de fonder une dynastie : il est bon qu'après les misères et les fatigues de la journée, il trouve le soir, dans une maison bien tenue, les joies réconfortantes du foyer familial. La femme peut beaucoup pour le succès du praticien ; elle peut tout pour le bonheur de sa vie ; le tout est de la bien choisir : il la faut intelligente, douce et dévouée. — *A suivre.*

## Décès.

DESROCHES.—Le Dr J. M. DESROCHES est décédé à St-Jude, jeudi, le 9 courant, à l'âge de 56 ans.

(1) Suite. Voir la livraison de mars 1890.